

**Titolo:** Un modello cognitivo del Disturbo di Panico e dell'Agorafobia: aspetti psicopatologici e linee di intervento

**Autori:** Andrea Gragnani<sup>1-2</sup>, Giulia Paradisi<sup>2</sup>, Francesco Mancini<sup>1-2</sup>

**Affiliazioni:** <sup>1</sup> Associazione di Psicologia Cognitiva, Roma; <sup>2</sup> Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Roma e Grosseto

**Riassunto:**

Lo scopo di questo articolo risiede nel presentare un perfezionamento del modello cognitivista del Disturbo di Panico, in particolare quello di Clark, che nonostante abbia conseguito negli anni robuste prove empiriche e cliniche a supporto, considera l'agorafobia esclusivamente come una sottoclasse di evitamenti del Disturbo di Panico. Il nostro modello si propone di superare i limiti esplicativi del modello classico e prevede la presenza di una specifica classe di sensazioni temute dall'agorafobico, quelle legate *all'indebolimento del senso di sé* ed una peculiare valutazione catastrofica delle stesse. Essa si manifesta apparentemente sotto forma di timori di morte ed impazzimento, ma sarebbe riconducibile al timore relativo alla perdita di controllo percepita come *dissolvimento* definitivo e irrecuperabile del *senso di sé*. Accanto alla descrizione degli elementi intrapsichici ed interpersonali favorevoli allo scompensamento, il mantenimento e il trattamento del disturbo, è stata data una particolare enfasi alla spiegazione dei fattori di vulnerabilità che incidono sulla sua insorgenza.

**Parole chiave:** Disturbo di Panico, Agorafobia, terapia cognitiva, esposizione enterocettiva

**Title:** A cognitive model of Panic Disorder and Agoraphobia: psychopathological aspects and areas of intervention

**Summary:** The aim of this article lies in presenting an improvement of the cognitive model of Panic Disorder, particularly to Clark, who although over the years has achieved strong empirical evidence and clinical support, it considers agoraphobia not just as a subclass of avoidances of Panic Disorder. Our model aims to overcome the explanatory limits of the classical model and it provides the presence of a specific class of sensations feared by agoraphobic subject, those related to the *impairment of the sense of self*, and a peculiar catastrophic evaluation of them. It is manifested apparently as fears of death and madness, but it would be due to fear of loss of control perceived as final and irrecoverable *dissolution* of the *sense of self*. Next to the description of the intrapsychic and interpersonal elements conducive to the failure, the maintenance and treatment of the disorder, has been given special emphasis to explanation of the vulnerability factors affecting its occurrence.

**Key Words:** Panic Disorder; Agoraphobia; Cognitive Therapy, Interoceptive Exposure

## **Presentazione e inquadramento diagnostico**

Il Disturbo da Attacchi di Panico (DAP) è tra i più frequenti dello spettro ansioso: il DSM-IV-TR (APA, 2000) riporta una prevalenza compresa tra 1,5% e 3,5% della popolazione generale ed è descrivibile come una condizione caratterizzata da attacchi inaspettati (cioè non associati ad uno stimolo situazionale, si manifestano a “ciel sereno”) e ricorrenti e da una persistente preoccupazione di avere altri attacchi e/o dalle implicazioni di tali attacchi e/o e una alterazione dello stile di vita con una serie di evitamenti che dura da oltre un mese. Nel DAP l’attenzione del soggetto è sulle sensazioni fisiche e mentali attivate dall’ansia e il nucleo del suo timore riguarda l’eventualità di morire o di impazzire o di perdere il controllo. L’Agorafobia (AG) viene attualmente definita come “ansia relativa all’essere in luoghi o situazioni dai quali sarebbe difficile (o imbarazzante) allontanarsi, o nei quali potrebbe non essere disponibile aiuto nel caso di un attacco di panico o di sintomi tipo panico (per esempio la paura di poter avere un improvviso attacco di capogiri o di diarrea)” (APA, 2000). L’Agorafobia è sicuramente il disturbo fobico più grave e disabilitante, presenta bassi indici di remissione spontanea, e si riscontra in circa un 50% di soggetti che soffre di DAP (Wittchen et al., 2008; Wittchen et al., 2010), normalmente si sviluppa come conseguenza di tale disturbo (Ballenger e Fyer, 1996) e ciò avviene solitamente entro un anno dall’esordio degli attacchi di panico (APA, 2000). Essa consiste sostanzialmente in evitamenti di tre generi di situazioni: quelle caratterizzate da solitudine (intesa come lontananza da luoghi e persone familiari), da costrizione fisica (spazi chiusi quali: ascensori, teatri, cinema, chiese, metropolitana, treno, aereo, nave) e, infine, da spazi vasti e aperti, come piazze e ponti. I pazienti di fronte alla possibilità di affrontare situazioni temute provano ansia anticipatoria e se l’evitamento è bloccato allora sperimentano un attacco di panico. L’ansia anticipatoria e il panico sono ridotti dalla presenza di una persona considerata protettiva.

## **Il modello cognitivo del panico**

Gli attacchi di panico si verificano quando gli individui percepiscono alcune sensazioni corporee e mentali innocue legate all’arousal autonomico come molto pericolose, cioè le interpretano quali segnali di un’imminente e improvvisa catastrofe (es: segno di morte o di pazzia): il soggetto può avere un attacco se interpreta la confusione mentale come il segnale di un impazzimento o qualche secondo di tachicardia come il segno di un infarto in corso. Se uno stimolo, chiamato *scatenante* (interno o esterno), viene percepito come minaccia imminente genererà uno stato di forte preoccupazione (ansia), il soggetto interpreterà in maniera catastrofica le sensazioni mentali e somatiche che accompagnano questo stato emotivo, a questo punto si allarmerà ulteriormente, contribuendo ad aumentare l’intensità delle sensazioni temute e così via, fino ad innescare un circolo vizioso culminante nell’esplosione vera e propria dell’attacco di panico. Le cognizioni catastrofiche (ad es. le palpitazioni interpretate come segno di infarto) assumono, in circa un terzo dei pazienti, la forma di immagini catastrofiche (Hibbert, 1984; Ottaviani e Beck, 1987), le quali inducono poi il panico (come potrebbe essere, nel nostro esempio, il “vedersi” in preda ad un attacco di cuore).

Il modello cognitivo del panico di Clark (1986; Salkovskis, 1988; Wells, 1997) è utile non solo per chiarire la caratteristica dell’*imprevedibilità* degli attacchi, che insorgerebbero spontaneamente in conseguenza alla comparsa di sensazioni improvvise, ma anche per spiegare l’aspetto dell’*auto-suggestione* che generalmente contraddistingue il quadro clinico considerato. Secondo questo

modello, infatti, il soggetto che soffre di panico può ritrovarsi nel circolo vizioso entrandovi da ogni suo punto: partendo dallo stimolo scatenante ma anche, ad esempio, avvertendo direttamente alcune sensazioni somatiche e mentali legate all'arousal e convincendosi della pericolosità di tali sensazioni dando credibilità alle rappresentazioni catastrofiche connesse.

Il frequente ripetersi di episodi di ansia e di panico può indurre la persona a temere che queste si ripresentino, sviluppando aspettative rispetto alle condizioni o alle situazioni legate a tali sensazioni (Taylor, 2000). Le aspettative, quindi, diventano a loro volta attivanti (per l'anticipazione della sensazione sgradevole) o aumentano l'attenzione del soggetto verso le sensazioni giudicate spiacevoli (Kirsch, 1999) e/o pericolose, meccanismo che produce un abbassamento della soglia di percezione di esse, con il risultato che saranno percepite più facilmente e con maggior intensità (Wells, 1997).

### **L'Agorafobia**

Il modello della Terapia Cognitiva Standard (CBT) considera l'AG come un insieme di evitamenti aventi la funzione di mantenere il DAP, mentre una serie di evidenze cliniche mostrano come essa sia l'espressione di un quadro sindromico unitario e specifico (Gragnani e Mancini, 2004, 2008). La solitudine, la costrizione e i luoghi aperti e vasti sono le situazioni che innescano il panico solo e soltanto e, per definizione, nei pazienti agorafobici. Perché? Qual è il minimo comune denominatore di questi fattori antecedenti alla comparsa di sintomi d'ansia e/o panicosi? Tali condizioni, prese singolarmente, non sarebbero sufficienti a spiegare l'insorgenza del panico, a meno che non si faccia ricorso, come illustrato da Gragnani e Mancini (2004, 2008), al ruolo della specificità della catastrofe temuta dagli agorafobici, ovvero la perdita del controllo percepita come dissolvimento del senso di sé, perdita della coscienza di sé e della percezione di sé come agente (che sarebbero alla base dei timori di morte o di impazzimento riferite dai pazienti). Per gli agorafobici l'impazzimento è temuto e immaginato come la trasformazione in una sorta di "zombie", con aspetti di perdita di agentività e di decisione sulle proprie azioni così sintetizzabili: "Non sono più io a comandare me stesso, non ho più il controllo su di me". Questi pazienti sono spaventati dall'eventualità di agire senza consapevolezza ed è proprio questo aspetto che viene temuto del diventare pazzo: l'impossibilità di gestire se stessi, l'improvviso azzeramento della propria autonomia decisionale. Dato questo timore, il paziente cerca di essere sempre presente a se stesso ovvero tenta di avere sempre ben chiare e rappresentate tutte le *cose* che possano dimostrare e dimostrargli che è lui ad agire. Per quanto riguarda il tema della morte, invece, l'agorafobico sembra temere delle specifiche *circostanze interne*, come certe malattie che interrompono in maniera brusca ed improvvisa lo stato di coscienza (come infarti o ictus). Non è la morte in sé ad essere temuta, ma il timore del dissolvimento, del perdersi e, anche in questo caso, del trovarsi a non avere più il controllo e la coscienza di sé. Nell'individuo agorafobico quindi, le situazioni sopra accennate (solitudine, costrizione e spazi aperti) eliciterebbero in maniera diretta delle sensazioni fisiche e/o mentali descrivibili nei termini di fluttuazione, di indebolimento del senso di sé, di coesione interna, che verrebbero poi interpretate come il prodromo della perdita di controllo tanto temuta. L'idea è che quelle sensazioni di indebolimento del senso di sé, comunemente esperite da tutti gli individui e ritenute tutt'al più fastidiose, siano invece percepite dall'agorafobico come soggettivamente intollerabili e pericolose, pena la disgregazione e il dissolvimento del senso di sé (Gragnani e Mancini, 2008).

L'individuazione della specificità della catastrofe temuta nell'agorafobico ci permette di evidenziare alcune differenze nel funzionamento scopistico delle varie esperienze dell'attacco di panico, che non sono le stesse in tutti i casi e, in particolare, di discriminare specifiche situazioni, sensazioni ed interpretazioni catastrofiche caratterizzanti quadri clinici differenti (es. agorafobia, fobia sociale, disturbo di panico semplice, ecc).

Perché la presenza di un accompagnatore avrebbe la funzione di ridurre o annullare l'effetto panicogenico di alcune situazioni? La solitudine sarebbe particolarmente aversiva per gli agorafobici poiché favorirebbe sensazioni di indebolimento di sé; tale condizione, intesa come assenza o indisponibilità di figure di riferimento, limitando la ricezione di informazioni di rimando dal mondo esterno, non garantirebbe un efficace "rispecchiamento", una soddisfacente coscienza di sé, il che attiverebbe il timore di perdita di controllo intesa come perdita di coesione di sé e di agentività. Quindi l'effetto rassicurante dell'accompagnatore deriva dalla funzione di riconoscimento reciproco e di rispecchiamento di sé con un "altro" familiare. L'aspetto specifico della solitudine è quindi l'assenza di familiarità, e non l'assenza di protezione, come ipotizzato da molti autori.

Per quanto riguarda le condizioni di costrizione, invece, esse sarebbero valutate dall'agorafobico non tanto come un ostacolo al raggiungimento della figura di attaccamento in caso di pericolo, come sostenuto da Bolwby (1973) e poi ripreso da altri autori, ma primariamente come una diminuzione della possibilità di esercitare la propria volontà ed agentività (Gragnani e Mancini, 2008): si pensi non soltanto a tutte le situazioni fisicamente costrittive, ma anche quelle "psicologicamente" tali, in cui ad esempio il potere è nelle mani dell'altro (come nel caso dell'aereo, in cui è il pilota a comandare il mezzo). Secondo questa ottica, dunque, per l'agorafobico tali situazioni sarebbero aversive e foriere di panico per il fatto che contengono aspetti di riduzione della possibilità di esercitare la propria agentività e della capacità di autogestione, che attengono all'ambito dell'autonomia decisionale. Riguardo agli spazi aperti, infine, l'ipotesi è che vengano temuti dall'agorafobico per l'assenza di punti di riferimento di tipo percettivo, caratteristica che faciliterebbe la comparsa di sensazioni di disorientamento, che a loro volta contribuiscono a produrre quella percezione di disgregazione del senso di sé precedentemente descritta. Inoltre si è clinicamente constatato che il timore del panico negli agorafobici si riduce in maniera inversamente proporzionale al livello di motivazione percepita: i pazienti sarebbero più pronti ad accollarsi dei "rischi" e quindi ad affrontare con maggiore disponibilità quelle situazioni panicogeniche in altri momenti evitate, quando sentono di essere fortemente motivati. Questo stato mentale avrebbe il potere di contrastare la sensazione di indebolimento del senso di sé, disponendo il soggetto a percepirsi come internamente più "coeso" e quindi meno incline a sperimentare stati emotivi di ansia e di panico. Questo spiegherebbe ancor meglio il motivo per cui lo stato depressivo secondario alla riduzione degli investimenti e alla percezione di sé come persona debole e bisognosa, frequentemente presente in chi soffre di DAP ed AG, accompagnandosi ad un generale senso di inutilità e dunque a demotivazione, faciliterebbe la comparsa di sensazioni di inconsistenza, apportando quindi meccanismi peggiorativi al disturbo stesso.

La presenza di questo stato depressivo, inoltre, renderebbe l'esposizione a stimoli fobici più aversiva, poiché capace di dimostrare o causare ulteriore debolezza e bisogno di protezione da parte del soggetto. Non solo, l'impegno esasperato a prevenire il panico si tradurrebbe anche in una riduzione delle capacità metacognitive, ovvero della capacità di *distancing* dai propri schemi cognitivi patogeni, rendendo più difficile il cambiamento.

## **Fattori di mantenimento e di aggravamento del disturbo**

Il fatto di ritenersi in procinto di perdere completamente, definitivamente e in modo irrecuperabile il senso di sé e valutare ciò gravissimo ha evidentemente delle conseguenze emotive ma implica anche una serie di altri esiti, come il fatto che altre sensazioni e situazioni, non strettamente legate all'indebolimento del senso di sé, siano temute e dunque evitate dal paziente: ciò può avvenire per un semplice meccanismo associativo o a seguito del modo specifico con cui il paziente ritiene di poter perdere il controllo, ad esempio, se è per infarto, allora temerà con maggiore probabilità sensazioni e situazioni che a suo avviso lo possono potenzialmente causare. Un altro possibile effetto è la permanenza in un sistematico stato di allerta, che produce risvolti più specificamente cognitivi sui meccanismi di mantenimento del disturbo: l'attenzione, l'immaginazione, la memoria e la memorizzazione avranno caratteristiche di selettività per sensazioni ed informazioni attinenti la possibilità di perdere il controllo e dunque vi sarà una maggiore disponibilità di informazioni di pericolo. Tale stato di allarme favorirà inoltre la comparsa dell'ansia anticipatoria che, come è noto, facilita l'insorgenza del panico. Ancora, al timore di perdere il senso di sé può conseguire un orientamento prudenziale nel controllo delle ipotesi di sicurezza e pericolo, dunque una maggiore resistenza e credibilità delle credenze di pericolo, anche se debolmente giustificate, e un aumento della dannosità attribuita alle sensazioni temute. Lo stato di ansia produce inoltre euristiche come quelle della disponibilità per cui se un evento è ben rappresentato aumentano le informazioni coerenti con un'alta probabilità, quindi aumenta la probabilità attribuita dal soggetto all'evento temuto. Tra le conseguenze emotive dell'ansia che spiegano il mantenimento del disturbo citiamo il *mood congruity effect* (Bower, 1981; Teasdale e Russel, 1983) ovvero il fenomeno cognitivo per cui i pensieri e le credenze tendono ad essere coerenti con l'emozione attivata (se provo ansia, diventano più accessibili e presenti nella mente esempi e prove del fatto che esiste una minaccia). Infine, per quanto riguarda le conseguenze comportamentali dell'ansia, è molto frequente che si vada a strutturare tutta una serie di evitamenti, comportamenti protettivi e di ricerca di sicurezza che potrebbero prevenire esperienze disconfermanti circa la pericolosità della minaccia immaginata (Salkovskis et al 1999; Helbig-Lang e Peterman, 2010) e che talvolta contribuiscono a peggiorare i sintomi temuti rendendo più probabile l'attacco (come nel caso del ricorso all'iperventilazione che aumenta la sensazione di soffocamento) (Salkovskis, 1988).

A questi processi, che spiegano la permanenza dell'ansia e i circoli viziosi di auto-alimentazione della stessa, si aggiungono il ragionamento emozionale (*affect as information*: i soggetti con alta ansia di tratto inferiscono la presenza di un pericolo a partire dal proprio stato affettivo-emozionale negativo, es: "Se sono in ansia, allora ci deve essere un pericolo"), il problema secondario (ovvero la valutazione che il soggetto dà della propria ansia e che di frequente riguarda scopi di autostima e che aumenta la resistenza al cambiamento) e, in ultimo anche l'*Anxiety Sensitivity* (AS) (Reiss e McNally, 1985).

L'*Anxiety Sensitivity* è una particolare attitudine cognitiva che si riferisce all'intensa paura delle sensazioni legate all'arousal neurovegetativo. I soggetti con una bassa AS tendono a considerare tali sensazioni associate all'arousal autonomico (palpitazioni, dispnea, parestesia, ecc) come "fastidiose", mentre i soggetti con punteggi elevati mostrano una tendenza ad interpretarle come "pericolose", foriere di disastri (un aumento del battito cardiaco può essere decifrato come indicatore di infarto, un lieve capogiro come un segnale di svenimento, la confusione mentale come segno di impazzimento) (Reiss, 1991; Schmidt et al., 1997; Pérez Benítez et al., 2009; Naragon-

Gainey, 2010). Vi sono ormai prove sostanziali sul fatto che l'AS sia un fattore di vulnerabilità per la psicopatologia in genere (Schmidt et al., 1999, 2008; Taylor et al., 1999; Rodriguez et al., 2004), *ma assume un ruolo cruciale nel mantenimento dei disturbi d'ansia e più specificamente del DAP* (Cox et al., 1999, 2001; McNally, 2002; Norton et al., 2005; Sexton et al., 2003; Taylor, 1999) e questo dato suggerisce la necessità di considerare tale costrutto come un vero e proprio fattore di rischio per la cronicità del disturbo stesso (Pérez Benítez et al., 2009; Olatunji e Wolitzky-Taylor, 2009).

In ultimo, insieme ai meccanismi di natura intrapsichica, vorremmo sottolineare l'importanza dei fattori relazionali sul mantenimento del disturbo. Con l'aggravarsi dell'agorafobia, l'individuo può aumentare la sua dipendenza da altri ad esempio chiedendo di essere accompagnato per uscire di casa o quando deve affrontare situazioni sociali; spesso, le figure di riferimento del soggetto agorafobico, reagiscono in modo complementare al suo comportamento e ciò viene a costituire inconsapevolmente un fattore di mantenimento del disturbo mediante meccanismi ricorsivi di tipo relazionale. In questo modo, frequentemente si generano dei cicli cognitivi interpersonali (Safran, 1984; Safran e Segal, 1990), di cui il paziente è solitamente inconsapevole e che possono influire su diverse credenze dell'agorafobico, ad esempio sull'urgenza della necessità di ricevere supporto e aiuto, sulle credenze riguardo la pericolosità di certe sensazioni per l'equilibrio psichico, sulle capacità di fronteggiare la minaccia, sulle credenze di debolezza personale e psichica, sulla credenze di scarso valore personale legate alla necessità di essere accompagnato/tutorato da un'altra persona. Ad esempio, i genitori che di fronte al disturbo del figlio si percepiscono inadeguati e/o colpevoli per la mancata gestione dei suoi comportamenti patologici possono mettere in atto condotte protettive verso il figlio contribuendo a mantenere e incrementare la già intensa propensione all'evitamento e, quindi, impedire esperienze potenzialmente disconfirmatorie dello stesso e, ancora, l'eventuale comportamento di colpevolizzazione nei confronti del figlio può favorire l'autosvalutazione e il senso di debolezza personale e di dipendenza di quest'ultimo, contribuendo ad alimentare la sua sofferenza e lo stato depressivo. Oppure, il partner che il paziente ha scelto come indispensabile accompagnatore partecipa attivamente al fallimento del tentativo di ristrutturazione e di riequilibrio del sistema cognitivo del paziente: la coppia di un paziente con disturbo di panico si riduce talvolta ad una relazione di tipo diadico in cui il disturbo dell'uno è strumentale alla necessità di controllo e di vicinanza dell'altro partner.

### **Scompenso e vulnerabilità**

L'AG è stata concettualizzata in vari modelli esplicativi, nei quali viene descritta principalmente come una conseguenza derivante da disturbi nell'ambito dell'attaccamento (Bowlby, 1973; Guidano, 1988, 1992; Lorenzini e Sassaroli, 1987). In questa sede saranno brevemente illustrati i fattori relativi allo scompenso e alla vulnerabilità, coerentemente al modello teorico fin qui proposto.

In accordo con quello che suggerisce la letteratura, le classi di situazioni che possono favorire lo *scompenso* dell'agorafobico, ovvero quella "perturbazione" a livello cognitivo che facilita la comparsa del primo attacco di panico, che sarà poi identificato come l'*esordio* del disturbo, sono sostanzialmente di due tipi: la perdita affettiva e il restringimento di un legame.

Per quanto riguarda la perdita affettiva, alcuni autori sostengono che il fattore scompensante risieda nella rottura del delicato equilibrio tra protezione ed esplorazione che il paziente avrebbe precedentemente messo in atto; secondo Guidano ad esempio, la tristezza conseguente alla perdita

costituirebbe il sintomo di un indebolimento personale che andrebbe inibito, pena la riattivazione del bisogno di protezione con conseguente perdita di libertà e frustrazione del bisogno di esplorazione. Noi invece riteniamo che ci si trovi dinanzi ad eventi che implicano una perdita non tanto di protezione, di vicinanza o di attaccamento, quanto piuttosto di criteri identificanti, che riguardano il *chi sono io*, tant'è che spesso vengono riferite separazioni da persone verso le quali il paziente svolgeva mansioni di accudimento o di sostegno, nonché mutamenti di incarico in ambito lavorativo (non necessariamente licenziamenti o eventi generalmente considerati traumatici), o ancora variazioni naturali nel ciclo di vita ma implicant una modificazione di ruolo, come il passaggio da "studente" a "lavoratore".

Nel caso del restringimento di un legame, alcuni autori riconducono il potere scompensante all'intolleranza per la frustrazione dell'esplorazione cioè di quel comportamento geneticamente preprogrammato il cui fine è la ricerca di novità. In contrasto con questa tesi ed in linea con quanto finora esplicitato, noi sosteniamo che lo scompensamento avvenga o se tale restringimento presuppone l'indebolimento o l'interruzione di un altro legame identificante, ad esempio con la famiglia di origine (come il matrimonio implica un cambiamento nella relazione con i propri genitori), o se il soggetto percepisce un aumento delle proprie responsabilità e fronteggia questo evento con una richiesta di un maggiore autocontrollo e di presenza a se stesso (come può avvenire nel caso della nascita di un figlio), divenendo gradualmente sempre meno tollerante verso la sensazione di allentamento del senso di sé o, infine, se implica che la persona si veda nelle mani dell'altro (riduzione agentività), giungendo a sopportare progressivamente sempre meno quella categoria di sensazioni che attengono all'indebolimento o alla fluttuazione del senso di sé.

Premesso che qualunque considerazione sulla vulnerabilità si sostiene o su osservazioni cliniche o sui risultati di ricerche retrospettive e pertanto va trattata con cautela, descriveremo di seguito i *fattori di vulnerabilità* delle credenze e dei meccanismi dell'attacco di panico e dell'agorafobia:

- a) la *credenza di essere una persona psichicamente fragile*, può svilupparsi in pazienti che percepiscono la fragilità psicologica familiare reale o presunta ( spesso è presente un disturbo mentale) e se ne attribuiscono le caratteristiche come se fossero geneticamente trasmissibili. Non di rado si tratta di sistemi familiari molto rigidi che fanno un uso massiccio dell'ipercontrollo giustificandone il valore;
- b) l'*importanza di evitare la perdita del controllo su di sé*, si riscontra spesso in storie di bambini che assistono ad importanti perdite del controllo da parte di un genitore (ad es., perché ubriaco, arrabbiato o per gravi disturbi mentali) magari con conseguenze gravi o comunque impressionanti; o che si assumono la responsabilità dei genitori (in quanto non in grado o non disposti ad accudire), i cosiddetti "parental child", che dunque, per esperienza appresa, ritengono indispensabile essere sempre ben presenti a se stessi, o, bambini che hanno subito squalifiche (invalidazioni) o rifiuti quando esprimevano segni di vulnerabilità, di bisogno e di dipendenza;
- c) la *credibilità* della convinzione condizionale, soprattutto in persone che già si considerano psichicamente fragili, *che certe sensazioni possano essere il sintomo o la causa di una perdita del controllo* e che questa sia *definitiva ed irreparabile* è di frequente riscontro in persone che hanno realmente sviluppato una vulnerabilità psicologica per una serie di motivi, come l'aver assistito frequentemente a reazioni d'allarme da parte dei genitori di fronte alle sue reazioni ed attivazioni emotive con

espliciti commenti preoccupanti. Studi retrospettivi (Ehlers, 1993; Watt et al. 1998; Stewart et al., 2001) suggeriscono che alcuni tipi di comportamenti genitoriali possono contribuire ad una elevata AS nei bambini: ad esempio, genitori che frequentemente manifestano attenzione preoccupata nei confronti del bambino quando è ansioso, oppure che lo mettono in guardia rispetto all'eventualità di intraprendere attività che inducano attivazione autonoma, incoraggiandone l'evitamento, oppure da esplicite informazioni da parte dei genitori (come "la depersonalizzazione è segno di pazzia imminente"). Infine, intense e persistenti sensazioni legate all'attivazione autonoma possono rafforzare le credenze rispetto alla pericolosità di queste sensazioni, specialmente in persone a cui non viene fornita una adeguata spiegazione riguardo alle cause di queste sensazioni;

- d) *l'incapacità di gestire i momenti, peraltro normalissimi, in cui il senso di sé fisiologicamente si riduce.* In questo ultimo caso possono aver giocato un ruolo decisivo una relazione d'attaccamento ipercontrollante che tende a ridurre drasticamente (o totalmente) le esperienze di solitudine, e dunque le occasioni per apprendere la gestione di momenti di allentamento del senso di sé, oppure un atteggiamento genitoriale negligente e disattento ai vissuti del figlio, che non di rado si accompagna ad ineducazione psicologica e quindi si traduce anche nell'assenza di esperienze di aiuto e normalizzazione nella gestione di questi momenti;
- e) *la tendenza a provare sensazioni di depersonalizzazione o più semplicemente indebolimento del senso di sé,* come avviene in casi di persone che hanno subito ripetuti traumi in relazioni d'attaccamento di tipo disorganizzato, e che hanno anche sviluppato la tendenza a dissociarsi. In questi pazienti sensazioni anche lievi di dissociazione possono essere frequenti e possono innescare un attacco di panico e timori agorafobici, a condizione che vi sia anche una specifica AS e cioè specificamente il timore di perdere definitivamente il senso di sé.

## **Il trattamento**

La strategia terapeutica che viene privilegiata nell'ambito del nostro indirizzo teorico e che comprende un insieme di tecniche specifiche, si pone primariamente l'obiettivo di promuovere l'accettazione della sensazione dell'indebolimento del senso di sé, considerata dal paziente minacciosa e assolutamente da scongiurare, nonché di abbassare la soglia di AS, cioè la vulnerabilità al disturbo. Alcuni studi hanno mostrato che i punteggi dell'AS normalmente rimangono stabili nel tempo, mentre tendono a diminuire seguendo un trattamento psicologico per il panico (Maller e Reiss, 1992; Smits et al., 2008) e che esistono correlazioni significative tra cambiamenti nell'AS e nelle credenze legate al panico e la risposta alla CBT (Smits et al., 2004; Cho et al., 2007; Hofmann et al., 2007). Quello che si vuole ottenere è la riduzione della disposizione mentale ad evitare il danno, poiché abbassando l'intenzione del paziente di sottrarsi ad una eventualità ritenuta aversiva si otterrà un indebolimento dei meccanismi a circolo vizioso che rendevano la percezione del rischio più probabile e più imminente, con il conseguente effetto di alleviamento da stati di preoccupazione e di angoscia e, con esso, una riduzione dei segnali di "pericolo". In una prima parte della terapia è prevista una fase psicoeducativa, che consiste in una presentazione didattica del disturbo all'interno del modello cognitivo-comportamentale, fornita dal terapeuta anche attraverso del materiale cartaceo (libri, articoli) che il paziente può leggere quando

vuole e che riguarda definizioni dell'ansia, del panico e dell'AG. Essenziali in questa fase terapeutica sono: la ricostruzione del funzionamento del disturbo sottoforma di circolo vizioso e dei relativi meccanismi di mantenimento, per rendere consapevole il paziente dell'effetto controproducente di alcuni provvedimenti adottati (Gragnani e Mancini, 2008), le informazioni riguardanti l'irrazionalità di alcune credenze che tendono a stabilizzare e cronicizzare il problema (es: il ruolo dell'iperventilazione, l'innocuità di certe sensazioni somatiche, ecc) e, infine, la spiegazione rispetto al razionale del trattamento che verrà applicato. Questa parte della terapia è utile per mostrare al paziente che il suo è un disturbo riconosciuto, codificabile all'interno di meccanismi di funzionamento precisi e quindi contribuisce ad alleviare la sofferenza iniziale, andando molto spesso ad incidere positivamente, riducendolo, sul problema secondario, cioè quello stato di abbattimento e/o di prostrazione che accompagna frequentemente la valutazione che il paziente dà sul suo disturbo (es: "Se ho questo problema, allora significa che sono debole") e che lo porta non di rado a ridurre notevolmente gli investimenti su vari ambiti di vita, vedendo contemporaneamente svilita la propria auto-immagine. Sottrarre il paziente a questo circolo vizioso in cui la valutazione di sé subisce delle ferite e gli evitamenti si moltiplicano anziché stabilizzarsi, può rappresentare già un primo passo verso la costruzione di una maggiore motivazione al trattamento successivo e, quindi, verso la collaborazione alle varie fasi della terapia. Secondo il nostro approccio, tuttavia, a questa fase prettamente rassicuratoria in cui il paziente attribuisce un senso ai propri "sintomi" ottenendo una maggiore comprensione del suo star male, deve necessariamente seguire un intervento teso all'accettazione del danno temuto, con lo scopo di favorire un atteggiamento meno prudentiale e quindi, per il paziente stesso, meno costoso in termini di sofferenza percepita.

Attraverso la ricostruzione in seduta col paziente di come funziona il suo problema, si tenta di favorire un distanziamento dagli schemi patogeni, mostrandogli che la maggior parte della sofferenza che prova è il prodotto della sua attività di prevenzione e di evitamento. Questa fase sarà importante per identificare e modificare le credenze disfunzionali del paziente, mettendo in discussione l'utilità dei tentativi di prevenire la minaccia e sottolineando il prezzo pagato per gli evitamenti, sia in termini di limitazione della propria libertà d'azione che di qualità della vita. L'eliminazione del solo circolo vizioso, però, non appare sufficiente: il cuore dell'intervento sarà quello di lavorare in seduta sul legame tra determinate sensazioni e il timore associato ad esse, inducendo il paziente a non prevenire tali sensazioni, ma disponendosi a viverle qualora si presentino. Solo se cambia l'atteggiamento di prevenzione verso quelle sensazioni si interromperà il circolo vizioso, altrimenti potrà reinnescarsi automaticamente di fronte a stimoli apparentemente diversi ma aventi la stessa funzione di segnale per il soggetto.

Dopo aver promosso in tal senso la motivazione ad affrontare quello che per il paziente rappresenta la minaccia, viene messa a punto la tecnica dell'Esposizione, con lo scopo di renderlo maggiormente disposto a tollerare quelle sensazioni di fluttuazione del senso di sé, imparando a considerarle come delle condizioni passeggere e non pericolose. Esistono due tipi principali di esposizione e durante la terapia si può ricorrere anche ad un'associazione delle due: enterocettiva e in vivo.

I più attuali programmi di trattamento cognitivo comportamentali prevedono un modulo di Esposizione Enterocettiva (ad es. Craske e Barlow, 2008), attraverso la quale si vuole consentire al paziente di confrontare le sensazioni indotte da esercizi fisici con quelle causate dall'ansia e dal panico al fine di modificare le credenze e le interpretazioni erranee che generalmente le

accompagnano. A questo proposito, si è dimostrato particolarmente utile l'utilizzo di una particolare forma di esposizione enterocettiva con induzione della sensazione di indebolimento del senso di sé, con l'obiettivo di innalzare la soglia di tollerabilità del paziente agorafobico alle normali fluttuazioni del senso del sé. Con questa procedura si punta ad elicitarne direttamente, tramite una immaginazione guidata, la sensazione di indebolimento del senso di sé, considerata l'attivante primario del timore di perdita del controllo (Gragnani et al., 2011). Una volta individuate le situazioni attivanti congrue, il paziente viene guidato, attraverso domande mirate nel rivivere l'esperienza più vividamente possibile, a focalizzarsi sulla sensazione di indebolimento elicitata e a restarvi in contatto, per prenderci confidenza, imparare a tollerarla e verificarne la sua natura innocua e transitoria (Gragnani et al., 2011). Riteniamo che il modulo di esposizione con l'induzione della sensazione d'indebolimento del senso di sé sia determinante nel modificare la credibilità della convinzione condizionale che la sensazione di indebolimento possa causare una perdita completa e definitiva del senso di sé, cioè sulla AS specifica del paziente agorafobico. Con l'Esposizione in vivo si chiede al paziente di esporsi alla situazione temuta senza mettere in atto quei comportamenti protettivi e gli evitamenti ai quali solitamente ricorre ("prevenzione della risposta") ed è efficace contro gli evitamenti agorafobici, in quanto mira al cambiamento delle credenze negative circa i sintomi sperimentati in specifiche situazioni ed ambienti.

L'ultima fase viene dedicata alla prevenzione delle ricadute, è importante valutare se e quali aspetti della storia e della personalità del paziente possano predisporlo a ricadute e quali aspetti debbano essere modificati per potenziare la capacità di affrontare eventuali situazioni critiche senza ulteriori scompensi.

### **Efficacia dei trattamenti e terapia combinata**

La CBT è indicata come il trattamento elettivo sia del DAP sia dell'AG (APA, 2009; Sanches-Meca et al. 2010). Diversi studi ed esperienze cliniche dimostrano l'efficacia della CBT (ad es. Barlow et al., 2002) con tassi di risposta media del 70% ed oltre (Mitte, 2005): le combinazioni di trattamenti cognitivi con esposizione sono efficaci in 2/3 dei casi di DAP con AG, mentre nel DAP senza AG il miglioramento interessa circa l'85% dei casi (Roth e Fonagy, 1996) e, in particolare, il protocollo di intervento con maggiore efficacia sembra essere quello che prevede l'utilizzo di tecniche espositive (Craske et al., 1997; Murphy et al., 1998; Goldberg, 1998; Arntz, 2002; Ost et al., 2004), enterocettive e in vivo, in aggiunta a quelle della CBT standard (psicoeducazione, ristrutturazione cognitiva, ecc). Non solo, come evidenziato in una recente rassegna di Schmidt (2010), la CBT ha mostrato buoni livelli di efficacia persino nel contesto di eventuali condizioni problematiche in comorbilità con il DAP (Tsao et al., 2002, 2005; Craske et al., 2007).

I dati della letteratura scientifica internazionale paiono indicare che l'integrazione della psicoterapia con i farmaci sia talvolta utile, in particolare, nella fase acuta del trattamento (Mitte, 2005; Furokawa et al., 2006), ma pone molti problemi pratici. L'assunzione di una terapia farmacologica all'inizio di un intervento psicoterapico può anche essere una insidia per la tendenza a delegare, più o meno consapevolmente, il risultato della cura al farmaco con una riduzione dei livelli di motivazione del paziente agli homework di monitoraggio emotivo e di esposizione. Inoltre, l'utilizzo di benzodiazepine può diventare uno dei comportamenti protettivi adottati dal paziente per gestire l'ansia ed affrontare situazioni altrimenti evitate; ciò rappresenta un importante fattore di mantenimento del disturbo ed un ostacolo oggettivo all'acquisizione di nuove strategie di coping.

Difatti, quando si considera l'efficacia nel lungo termine e la stabilità di una remissione ottenuta alla fine della fase acuta di trattamento si osserva che la sola farmacoterapia è gravata da alti tassi di ricaduta, la sola psicoterapia è sensibilmente più risolutiva, l'approccio combinato si pone a metà strada, con un effetto quindi definibile di ostacolo potenziale alla psicoterapia (Barlow et al., 2000; Biondi e Picardi, 2003; Craske e Barlow, 2007). Hollon et al. (2006) commentano questo dato affermando che il farmaco potrebbe ritardare i processi di apprendimento in terapia da parte del paziente o per la soppressione degli stimoli enterocettivi che ritarderebbe i processi di "abituazione" (aspetto comportamentale) o riducendo le opportunità di disconferma delle aspettative catastrofiche (aspetto cognitivo); in altri termini, bloccando l'insorgenza degli attacchi nel periodo di assunzione si produce un'interferenza su quei meccanismi di apprendimento che produrrebbero i risultati stabili nel tempo.

## BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostical and Statistical manual of mental disorders (IV TR ed)*. Author, Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2009). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Panic Disorder*. 2a ed. Washington DC.
- Arntz, A. (2002). Cognitive Therapy versus interoceptive exposure as treatment of panic disorder without agoraphobia. *Behavior Research and Therapy* 40, 325-341
- Ballenger, J.C., & Fyer, A.J. (1996). Panic Disorder and Agoraphobia. In T.A. Widiger, A.J. Frances, H.A. Pincus, R. Ross, M.B. First, e W.W. Davis (Eds) *DSM IV sourcebook*, vol 2 (pp.411-471). American Psychiatric Association, Washington, DC
- Barlow, D.H., Gorman, J.M., Shear, M.K., & Woods, S.W. (2000). Cognitive –behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: a randomized controlled trial. *JAMA*; 283:2529-2536(A)
- Barlow, D.H., Raffa, S.D., & Cohen, E.M. (2002). Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. In *A Guide to treatments That Work*, ed. PE Nathan, JM Gorman, pp.351-394. London: Oxford Univ. Press.
- Biondi, M., Picardi, A. (2003). Increased probability of remaining in remission from panic disorder with agoraphobia after drug treatment in patients who received concurrent cognitive-behavioural therapy: a follow-up study. *Psychother Psychosom*; 72:34-42
- Bower, G.H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist* 36, 129-148
- Bowlby, J. (1973). *Attaccamento e perdita*. Vol. 2: *La separazione dalla madre*, trad. It, Boringhieri, Torino 1975
- Cho, Y., Smits, J.A., Powers, M.B., & Telch, M.J. (2007). Do changes in panic appraisal predict improvement in clinical status following cognitive-behavioral treatment of panic disorder? *Cognitive Therapy Research*. 31: 695-707
- Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behavior Research Therapy*. 24; 461-470
- Cox, B.J., Borger, S.C., & Enns, M.W. (1999). Anxiety sensitivity and emotional disorders: psychometric studies and their theoretical implications. In: Taylor S, editor. *Anxiety sensitivity: theory, research, and treatment of the fear of anxiety*. Mahwah, NJ, USA: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 115-148. Xii, 370p.
- Cox, B.J., Fuentes, K., Borger, S.C., & Taylor, S. (2001). Psychopathological correlates of anxiety sensitivity: evidence from clinical interviews and self-report measures. *Journal of Anxiety Disorders*; 15: 317-332
- Craske, M.G., Barlow, D.H. (2007). *Mastering Your Anxiety and Panic: Workbook for Primary Care Settings*, 4<sup>th</sup> ed. New York, Oxford University Press
- Craske, M.G., Barlow, D.H. (2008). Panic disorder with agoraphobia. In: D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of psychological disorders*. (4 e, pp 1-64). New York: Guilford.
- Craske, M.G., Farchione, T.J., Allen, L.B., Barrios, V., Stoyanova, M., & Rose, R. (2007). Cognitive behavioral therapy for panic disorder and comorbidity: more of the same or less of more? *Behavior Research and Therapy* 45: 1095-1109
- Craske, M.G., Rowe, M., Lewin, M., & Noriega-Dimitri, R. (1997). Interoceptive exposure versus breathing retraining within cognitive-behavioural therapy for panic disorder with agoraphobia. *The British Journal of Clinical Psychology* 36 (1), 85-99
- Ehlers, A. (1993). Somatic symptoms and panic attacks: A retrospective study of learning experiences. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 269-278.

Funayama, T. & Furukawa, T.A. (2006). Interoceptive hypersensitivity and interoceptive exposure in patients with panic disorder: specificity and effectiveness. *BMC Psychiatry*, 6:32.

Goldberg, C. (1998). Cognitive-behavioral therapy for panic: effectiveness and limitation. *The Psychiatric Quarterly* 69 (1), 23-44

Furukawa, T.a., Watanabe, N., & Churchill, R. (2006). Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia. Systematic review. *British Journal Of Psychiatry*, 188, 305-312

Helbig-Lang, S., e Peterman, F. (2010). Tolerate or eliminate? A systematic review on the effects of safety behavior across anxiety disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17, 218-233

Gragnani, A., Cosentino, T., Bove, A., & Mancini, F. (2011). Trattamento breve con l'uso dell'esposizione enterocettiva in un caso di disturbo di panico con agoraphobia. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, vol 17(2), 235-250

Gragnani, A., & Mancini F. (2004). *L'indebolimento del senso di sé e la sindrome Agorafobica*. XII Congresso Nazionale SITCC "L'evoluzione del cognitivismo clinico: I modelli, i metodi, la ricerca". Verona

Gragnani, A., & Mancini, F. (2008). Il Disturbo di Panico e l'Agorafobia. In C. Perdighe, e F. Mancini (Eds.), *Elementi di Psicoterapia Cognitiva* (pp 85-108). Roma: Fioriti Ed. s.r.l.

Guidano, V.F., (1988). La complessità del sé. Bollati Boringhieri, Torino

Guidano, V.F., (1992). Il sé e il suo divenire. Bollati Boringhieri, Torino

Hibbert, G.A. (1984). Ideational components of anxiety: Their origin and content. *British Journal of Psychiatry* 144, 618-624

Hofmann, S.G., Meuret, A.E., Rosenfield, D., Suvak, M.K., Barlow, D.H., et al. (2007). Preliminary evidence for cognitive mediation during cognitive-behavioral therapy of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 75: 374-379

Hollon, S.D., Stewart, M.O., & Strunk, D (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annu. Rev. Psychol*; 57:285–315.

Kirsch, I. (1999). How expectancies shape experience. Washington, DC: American Psychological Association Pres.

Lorenzini, R., & Sassaroli, S. (1987). La paura della paura. Nuova Italia Scientifica, Roma

Maller, R.G., & Reiss, S. (1992). Anxiety sensitivity 1984 and panic attacks in 1987. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 241-247

Mancini, F., & Gragnani, A. (2005). L'esposizione con prevenzione della risposta come pratica della accettazione. *Cognitivismo Clinico*, 2 , 38-58

McNally, R.J. (1994). *Panic Disorder: A critical analysis*. New York: Guilford.

McNally, R.J. (2002). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biological Psychiatry*; 52: 938-946

Mitte, K. (2005). A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *Journal of Affective Disorders* 88; 27–45

Murphy, M.T., Michelson, L.K., Marchione, K., Marchione, N., & Testa, S. (1998). The role of self-directed in vivo exposure in combination with cognitive therapy, relaxation training, or therapist-assisted exposure in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders* 12 (2), 117-138

Naragon-Gainey, K. (2010). Meta-analysis of the relations of anxiety sensitivity to the depressive and anxiety disorders. *Psychological Bulletin*, Vol 136(1), 128-150

- Norton, P.J., Sexton, K.A., Walker, J.R., & Norton, G.R. (2005). Hierarchical model of vulnerabilities for anxiety: replication and extension with a clinical sample. *Cognitive Behaviour Therapy*; 34: 50-63
- Olatunji, B.O., e Wolitzky-Taylor, K.B. (2009). Anxiety Sensitivity and the Anxiety Disorders: a meta analytic review and synthesis. *Psychological Bulletin*, 135, 974-999.
- Ost, L., Thulin, U., & Ramnero, J. (2004). Cognitive-behavior therapy vs exposure in vivo in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behavior Research and Therapy* 42 (19), 1105-1127
- Ottaviani, R., & Beck, A.T. (1987). Cognitive aspects of panic disorders. *Journal of Anxiety Disorders* 1, 15-28
- Pérez Benítez, C.I., Shea, M.T., Raffa, S., Rende, R., Dyck, I.R., Ramsawh, H.J., et al. (2009). Anxiety sensitivity as a predictor of the clinical course of panic disorder: a 1-year follow-up study. *Depress Anxiety*.26(4):335-42
- Reiss, S., & McNally, R.J. (1985). *The expectancy model of fear*. In S. Reiss e R. R. Bootzin (Eds.) *Theoretical issues in behavior therapy*. Academic Press, New York
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*. 11: 141-153
- Rodriguez, B., Bruce, S. E., Pagano, M. E., Spencer, M. A., & Keller, M. B. (2004). Factor structure and stability of the Anxiety Sensitivity Index in a longitudinal study of anxiety disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 79-91
- Roth, A., e Fonagy, P. (1996). *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. Guilford Press, 1996 Trad. it. (1997): *Psicoterapie e prove di efficacia: quale terapia per quale paziente*. Il Pensiero Scientifico Ed.
- Safran, J.D. (1984). Assessing the cognitive-interpersonal cycle. *Cognitive Therapy and Research*, 8: 333–348
- Safran, J.D., & Segal, Z. (1990). *Il processo interpersonale in psicoterapia cognitiva*. Tr.it. Feltrinelli, Milano 1993
- Salkovskis, P.M. (1988). Phenomenology assessment and the cognitive model of panic. In S. Rachman e J. Maser (a cura di). *Panic: psychological perspectives* (pp.111-136). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Salkovskis, P.M., Clark, D.M., Hackmann, A., Wells, A. & Gelder, M.G. (1999). An experimental investigation of the role of safety-seeking behaviors in the maintenance of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 559-74.
- Sanches-Meca, J., Rosa-Alcazar, A.I., Martin-Martinez, F., & Gomez-Conesa, A. (2010). Psychological treatment of panic with and without agoraphobia: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 37-50.
- Schmidt, N. B., Larew, D.R. & Trakowski, R.J. (1997). Body vigilance in panic disorder. Evaluating attention to bodily perturbations. *J of Consultiong and Clinical Psychology*, 65, 214-220.
- Schmidt, N. B., Keough, M. E., Timpano, K. R., & Richey, J. A. (2008). Anxiety sensitivity profile: Predictive and incremental validity. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1180-1189
- Schmidt, N. B., Lerew, D. R., & Jackson, R. J. (1999). Prospective evaluation of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Replication and extension. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 532-537

- Schmidt, Norman B. and Keough, & Meghan, E. (2010). Treatment of Panic. *Annual Review of Clinical Psychology, Vol. 6*, pp. 241-56
- Sexton, K.A., Norton, P.J., Walker, J.R., & Norton G.R. (2003). Hierarchical model of generalized and specific vulnerabilities in anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*; 32: 82-94
- Smits, J. A. J., Berry, A. C., Tart, C. D., & Powers, M. B. (2008). The efficacy of cognitive-behavioral interventions for reducing anxiety sensitivity: A meta-analytic review. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 1047-1054
- Smits, J.A., Powers, M.B., Cho, Y., & Telch, M.J. (2004). Mechanism of change in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: evidence for the fear of fear mediational hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*: 646-652
- Stewart, S.H., Taylor, S., Jang, K.J., Cox, B.J., Watt, M.C., Fedoroff, I.C. & Borger, S.C. (2001) Causal modeling of relations among learning history, anxiety sensitivity, and panic attacks. *Behaviour Research and Therapy, 39* (4), 443-456.
- Taylor, S. (1999). *Anxiety sensitivity: Theory, research and treatment of the fear of anxiety*. Mahwah, NJ: Erlbaum
- Taylor, S. (2000). *Understanding and Treating Panic Disorder: Cognitive-Behavioural Approaches*. Oxford, UK: Jhon Wiley & Sons Ltd
- Taylor, S., Rabian, B., & Federoff, I. C. (1999). Anxiety Sensitivity: Problems, prospects, and challenges. In S. Taylor (Ed.), *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety* (pp. 339-353). Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Teasdale, J.D., & Russel, M.L. (1983). Differential effects of induced mood on the recall of positive, negative and neutral words. *British Journal of Clinical Psychology 22*, 163-171
- Tsao, J.C., Mystkowski, J.L., Zucker, B.G., & Craske, M.G. (2002). Effects of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbid conditions: replications and extension. *Behavior Research and Therapy 33*: 493-509
- Tsao, J.C., Mystkowski, J.L., Zucker, B.G., & Craske, M.G. (2005). Impact of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbidity: a controlled investigation. *Behavior Research and Therapy 43*: 959-970
- Watt, M.C., Stewart, S.H., & Cox, B.J. (1998). A retrospective study of the learning history origins of anxiety sensitivity. *Behavior Research and Therapy, 36*, 505-525
- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorder: A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley
- Wittchen, H.U., Gloster, A.T., Beesdo-Baum, K., Fava, G.A., & Craske, M.G. (2010). Agoraphobia: a review of the diagnostic classificatory position and criteria. *Depression and Anxiety*; 27:113
- Wittchen, H.U., Nocon, A., Beesdo, K., et al. (2008). Agoraphobia and panic: prospective-longitudinal relations suggest a rethinking of diagnostic concepts. *Psychotherapy and Psychosomatics*; 77:147–157