



---

---

## PREFĂTĂ

Complexitatea problemelor pe care le impune studierea anxietății se află mereu în atenția unora dintre cei mai importanți oameni de știință, savanți și teoreticieni. În 1953 Rollo May a afirmat în „Man's Search for Himself” că „jumătatea secolului douăzeci este mai copleșită de anxietate decât oricare altă perioadă de la sfârșitul Evului Mediu încoace” (p.30). Dacă această afirmație a caracterizat secolul trecut, oare nu este ea o descriere mai potrivită pentru începutul secolului al XXI-lea, ținând cont de toate amenințările sociale, politice și economice care ne copleșesc? Cu toate că războiului rece s-a încheiat și că ne aflăm într-o perioadă de relativă stabilitate globală și de cooperare, precum și de creștere fără precedent a prosperității economice și a progresului tehnologic, o mare parte a lumii occidentale trăiește într-o stare perpetuă de amenințare și de nesiguranță. Potrivit Institutului Național de Sănătate Mentală (2003), aproximativ 40 de milioane de adulți americanii (18%) suferă de o tulburare de anxietate, iar afecțiunile psihice grave, inclusiv tulburările de anxietate, provoacă pierderi de aproximativ 193 de miliarde de dolari la nivelul veniturilor individuale (Kessler și colab., 2008). Acesta este motivul pentru care găsirea unor tratamente accesibile și foarte eficace pentru tulburările de anxietate reprezintă un interes major în domeniul sănătății pentru majoritatea țărilor dezvoltate.

Acum douăzeci și cinci de ani, Aaron T. Beck a publicat împreună cu Gary Emery și Ruth Greenberg volumul *Tulburări de anxietate și fobii: o perspectivă cognitivistă*. În prima parte a cărții, Beck a introdus un model cognitiv al tulburărilor de anxietate și al fobilor care a reprezentat o reconceptualizare semnificativă a etiologiei, a naturii și a tratamentului anxietății (Beck, Emery și Greenberg, 1985). În acel moment, cercetările legate de aspectele cognitive ale anxietății erau insuficiente; de aceea, eșafodajul teoretic trebuia să se bazeze pe observații clinice și pe experiență. Deoarece unele aspecte esențiale ale modelului cognitiv al anxietății nu fuseseră încă investigate, o parte dintre recomandările de tratament din partea a doua a cărții nu au trecut proba timpului. Totuși, ultimii 20 de ani au fost martorii unei adeverărate explozii în cercetarea procesării de bază a informațiilor în modelul cognitiv al anxietății, în dezvoltarea modelelor cognitive specifice unor anumite tulburări și a protocolelor de tratament pentru majoritatea tulburărilor de anxietate; de asemenea, s-au întreprins zeci de studii ale efectelor tratamentelor, care au demonstrat eficacitatea terapiei cognitive a anxietății. Luând în considerare progresul fără precedent înregistrat în înțelegerea și în tratamentul

fundamentului cognitiv al anxietății, era necesară o prezentare reformulată, completă și actualizată a modelului cognitiv al anxietății, astfel încât modelul să fie înțeles în contextul rezultatelor cercetării contemporane. Cartea de față încearcă să răspundă acestei cerințe. Pe lângă aceasta, noi credem că apariția unui singur volum care conține un manual de tratament complet și detaliat pentru terapia cognitivă este oportună, deoarece îi va încuraja pe clinicieni să folosească mai mult psihoterapia bazată pe dovezi clinice în tulburările de anxietate.

Această carte are trei părți. Partea I este alcătuită din patru capitole despre modelul cognitiv reformulat al anxietății și despre nivelul său empiric. Capitolul 1 prezintă diferențele dintre frică și anxietate și oferă o argumentare a alegerii perspectivei cognitiviste asupra anxietății. Capitolul 2 prezintă reformularea modelului cognitiv general al anxietății, bazat pe modelul original (Beck și colab., 1985) care a fost perfecționat mai târziu de către Beck și Clark (1997). În capitolul 2, sunt prezentate 12 ipoteze fundamentale ale modelului și vasta cercetare empirică relevantă pentru aceste ipoteze este analizată critic în capitolele 3 și 4. Analiza literaturii de specialitate a avut în vedere sute de studii efectuate în centre reprezentative de cercetare din Europa de Vest și din America de Nord, confirmând convingerea noastră că principiile de bază ale modelului cognitiv al anxietății au dobândit o bază largă de susținere empirică.

Abordarea terapeutică cognitivă a fost aplicată la o gamă largă de afecțiuni psihiatrice și de afecțiuni ale personalității. Astfel, Partea a II-a este alcătuită din trei capitole care explică modul în care sunt folosite elementele de bază ale terapiei cognitive pentru a diminua anxietatea. Capitolul 5 analizează mai multe măsurători standardizate ale simptomelor și ale cogniției anxioase, care sunt utile pentru evaluarea pacientului și a eficienței tratamentului și oferă o explicație detaliată pentru elaborarea unei formulări cognitive de caz în anxietate. Capitolele 6 și 7 descriu pas cu pas procesul de implementare a unor strategii de intervenție cognitivă și comportamentală, în scopul reducerii simptomelor anxioase. Toate aceste trei capitole cuprind ilustrări ale unor cazuri, povești terapeutice recomandate și materiale clinice care reprezintă instrumente pentru pregătirea în terapia cognitivă.

Ultima secțiune, Partea a III-a, este alcătuită din cinci capitole care prezintă adaptarea terapiei cognitive la anumite tulburări specifice: tulburarea de panică, fobia socială, tulburarea de anxietate generalizată, tulburarea obsesiv-compulsivă și tulburarea de stres posttraumatic. Am exclus fobiile specifice, deoarece studierea aspectelor cognitive ale fobiei a evoluat destul de puțin de la prezentarea din Beck și colab. (1985), iar tratamentul bazat pe expunere este considerat în continuare principala metodă de tratament pentru reducerea reacțiilor fobice. Fiecare capitol dedicat unei tulburări specifice prezintă un model cognitiv adaptat tulburării respective și o analiză a cercetării empirice, orientată către ipotezele fundamentale ale fiecărui model. În plus, capitolele oferă conceptualizări de caz specifice tulburărilor respective, precum și strategii de terapie cognitivă care vizează trăsături unice ale simptomelor fiecărei tulburări. În esență, Partea a III-a constă în cinci scurte manuale de tratament pentru tulburări complexe de anxietate.

Pentru a-i ajuta pe terapeuți să le explice pacienților conceptele și strategiile cognitive, avem în curs de elaborare un manual suplimentar de lucru cu pacientul, cu structura și tematica acestei cărți, care va oferi explicații pentru aspectele principale ale terapiei, exerciții pentru acasă și formulare pentru înregistrarea informațiilor.

Suntem îndatorați unui număr mare de experți recunoscuți în tulburările de anxietate, ale căror contribuții teoretice, cercetări inovatoare și riguroase și observații clinice precise privind intervenția terapeutică stau la baza progresului important pe care îl prezentăm în această carte. În mod deosebit, le suntem recunoscători pentru contribuțiile notabile aduse teoriei cognitive și terapiei anxietății doctorilor: Martin Antony, Jonathan Abramowitz, David Barlow, Thomas Borkovec, Brendan Bradley, Michelle Craske, David M. Clark, Meredith Coles, Michel Dugas, Edna Foa, Mark Freeston, Randy Frost, Richard Heimberg, Stefan Hofmann, Robert Leahy, Colin MacLeod, Andrew Mathews, Richard McNally, Karen Mogg, Christine Purdon, Stanley Rachman, Ronald Rapee, John Riskind, Paul Salkovskis, Norman Schmidt, Robert Steer, Gail Steketee, Steven Taylor și Adrian Wells. De asemenea, dorim să adresăm mulțumiri lui Michelle Valley, împreună cu gratitudinea noastră pentru tenacitatea șimeticulozitatea muncii sale laborioase de revizuire și de validarea tuturor referințelor bibliografice, precum și foștilor sau actualilor studenți la masterat (sau doctorat), Mujgan Altin, Anna Campbell, Gemma Garcia-Soriano, Brendan Guyatt, Nicola McHale, Adriana del Palacio Gonzalez și Adrienne Wang pentru cercetările pe care le-au întreprins și pentru comentariile pertinente despre aspectele cognitive ale anxietății. De asemenea, apreciem contribuția financiară la costurile publicării oferită din Fondul pentru editare Bustweed al Universității din New Brunswick. În sfârșit, suntem recunoscători pentru încurajarea, îndrumarea, sfaturile și sprijinul personalului de la Guilford Press, în mod special lui Jim Nageotte, redactor-șef, și lui Jane Keislar, redactor-adjunct.



## CUPRINS

### Volumul 1

#### Partea I. TEORIA COGNITIVĂ ȘI CERCETAREA ÎN DOMENIUL ANXIETĂȚII

CAPITOLUL 1. Anxietatea. O afecțiune comună, dar multifațetată	1
CAPITOLUL 2. Modelul cognitiv al anxietății	36
CAPITOLUL 3. Statutul empiric al modelului cognitiv al anxietății	68
CAPITOLUL 4. Vulnerabilitatea la anxietate	122

#### Partea II. TERAPIA COGNITIVĂ A ANXIETĂȚII: EVALUARE ȘI STRATEGII DE INTERVENȚIE

CAPITOLUL 5. Evaluare cognitivă și formulare de caz	151
CAPITOLUL 6. Intervenții cognitive în anxietate	211
CAPITOLUL 7. Intervenții comportamentale: o perspectivă cognitivistă	274

### Volumul 2

#### Partea III. TEORIA COGNITIVĂ ȘI TRATAMENTUL TULBURĂRILOR DE ANXIETATE SPECIFICE

CAPITOLUL 8. Terapia cognitivă a tulburării de panică	1
CAPITOLUL 9. Terapia cognitivă a fobiei sociale	74
CAPITOLUL 10. Terapia cognitivă a tulburării de anxietate generalizată	142
CAPITOLUL 11. Terapia cognitivă a tulburării obsesiv-compulsive	212
CAPITOLUL 12. Terapia cognitivă a tulburării de stres posttraumatic	266

BIBLIOGRAFIE	343
--------------	-----

INDEX	411
-------	-----



---

---

## PARTEA I

# TEORIA COGNITIVĂ ȘI CERCETAREA ÎN DOMENIUL ANXIETĂȚII

Terapia cognitivă este o psihoterapie fundamentată teoretic, care se întemeiază constant pe empirismul științific. Trăsăturile sale caracteristice nu se găsesc doar într-un set de strategii de intervenții unice, ci, mai degrabă, în conceptualizarea cognitivă a psihopatologiei și a procesului de schimbare terapeutică. Prin urmare, articularea modelului cognitiv, precum și derivarea ipotezelor testabile și evaluarea lor empirică, sunt esențiale în determinarea validității sale de construct. În mod similar cu organizarea anteroară a manualelor de tratament primar prin terapia cognitivă, această carte își îndreaptă înțâi atenția asupra bazelor teoretice și empirice ale terapiei cognitive pentru anxietate. Capitolul 1 expune fenomenologia, trăsăturile de diagnostic și perspectiva cognitivă asupra fricii și asupra anxietății. Capitolul 2 prezintă modelul cognitiv transdiagnostic sau cadrul general reformulat al anxietății și ipotezele sale, iar Capitolul 3 oferă o evaluare critică a prodigoasei literaturi experimentale relevante pentru aspecte esențiale ale modelului cognitiv. Această secțiune se încheie cu Capitolul 4, care aduce în prim plan dovezile empirice ale vulnerabilității cognitive față de unele stări accentuate de anxietate intensă și persistentă.



---

---

## CAPITOLUL 1

# ANXIETATEA O AFECȚIUNE COMUNĂ, DAR MULTIFACETATĂ

*Dragostea privește înainte, ura privește înapoi,  
anxietatea privește în toate direcțiile.*

— MIGNON McLAUGHLIN (*Jurnalist american, 1915*)

Anxietatea este ubicuă pentru condiția umană. De la începutul istoriei consemnate în scris, filozofii, liderii religioși, oamenii de știință și, mai recent, medicii, precum și oameni de știință din domeniul științelor sociale și medicale au încercat să deslușească misterele anxietății și să elaboreze intervenții care să abordeze eficient această afecțiune răspândită și îngrijorătoare a omenirii. Azi, mai mult decât oricând, evenimentele dezastrosoase provocate de catastrofe naturale sau de acte criminale pline de cruzime, de violență sau de terorism au creat un climat social de frică și anxietate în multe țări din lume. Catastrofele naturale – cutremurele, uraganele, tsunami-urile – au un impact negativ semnificativ asupra sănătății mentale a populațiilor afectate, atât în țările dezvoltate, cât și în cele aflate în curs de dezvoltare, iar simptomele de anxietate și de stres posttraumatic înregistrează creșteri substanțiale în săptămânilile imediat următoare dezastrului (Norris, 2005).

În primele săptămâni după acte teroriste, după războaie sau după alte acte de violență comise pe scară largă într-o comunitate, anxietatea și alte simptome posttraumatice ajung rapid la niveluri extrem de ridicate. La 5-8 săptămâni după atacurile teroriste din 11 septembrie 2001 asupra turnurilor World Trade Center din New York, simptomele tulburării de stres posttraumatic (TSPT) s-au dublat (Galea și colab., 2002). În urma unui sondaj realizat pe Internet ( $N=2\ 729$ ), s-a constatat faptul că 17% dintre persoanele aflate în afara orașului New York au raportat simptome ale TSPT la 2 luni după evenimentele din 11 septembrie (Silver, Holman, McIntosh, Poulin și Gil-Rivas, 2002). În cadrul Studiului Tragediei Naționale, un sondaj telefonic realizat pe 2126 americani, s-a constatat că, la 5 luni după atacurile teroriste din 11 septembrie, 30% dintre americani au declarat că au probleme

cu somnul, 27% se simțeau agitați sau încordați și 17% au relatat că erau deosebit de îngrijorați în legătură cu posibilitatea altor atacuri teroriste în viitor (Rasinski, Berktold, Smith și Albertson, 2002). Sondajul Gallup pentru adolescenți americanii, realizat la 2 ani și jumătate de la evenimentele din 11 septembrie a constatat faptul că 39% dintre acești erau fie „foarte”, fie „oarecum” îngrijorați de faptul că ei sau cineva din familia lor ar putea deveni victime ale terorismului (Lyons, 2004). Chiar dacă amenințările la scară largă au cel mai mare impact asupra morbidității psihologice a indivizilor afectați în mod direct de dezastru în săptămânilor imediat următoare evenimentului traumatizant, efectele lor mai vaste sunt evidente abia după ce au trecut luni sau chiar ani de la evenimentul respectiv și se manifestă prin accentuarea stărilor de îngrijorare și de neliniște care afectează o parte importantă a populației generale.

Frica, anxietatea și îngrijorarea nu sunt, totuși, declanșate în mod exclusiv de dezastre naturale sau de alte evenimente care amenință viața indivizilor. În majoritatea cazurilor, anxietatea se dezvoltă în contextul tensiunilor fluctuante, al solicitărilor și al stresului cotidian. De fapt, tulburările de anxietate reprezintă principala problemă majoră de sănătate mintală în Statele Unite (Barlow, 2002), unde există peste 19 milioane de adulți care suferă de o tulburare de anxietate în fiecare an (Institutul Național de Sănătate Mintală, 2002). Aproximativ 12-19% dintre pacienții care apelează la medicii de familie îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru o tulburare de anxietate (Ansseau și colab., 2004; Olfson și colab., 1997). Mai mult, antidepresivele și stabilizatorii de dispoziție se află pe locul trei între cele mai prescrise clase farmaco-terapeutice, cu vânzări globale de peste 19,5 miliarde de dolari în anul 2003 (IMS, 2004). Astfel, milioane de oameni din întreaga lume duc o luptă zilnică împotriva anxietății clinice și a simptomelor sale. Aceste tulburări constituie o povară economică, socială și medicală semnificativă pentru toate țările, mai ales în cazul țărilor în curs de dezvoltare care se confruntă cu frecvente dificultăți sociale și politice și cu numeroase dezastre naturale.

Acest capitol oferă o imagine de ansamblu asupra diagnosticului, a caracteristicilor clinice și a perspectivelor teoretice cu privire la tulburările de anxietate. Începem prin a examina elementele definitorii ale anxietății și deosebirea dintre frică și anxietate. Apoi, diagnosticul de tulburare de anxietate este studiat atent din perspectiva comorbidității mai ales cu depresia și cu tulburările legate de abuzul de substanțe. O scurtă analiză a epidemiologiei, a evoluției și a consecințelor anxietății cuprinde și explicațiile biologice și comportamentale contemporane ale anxietății. Capitolul se încheie cu argumentarea validității unei perspective cognitive pentru înțelegerea tulburărilor de anxietate și a tratamentului acestora.



---

---

## CUPRINS

### Volumul 1

#### Partea I. TEORIA COGNITIVĂ ȘI CERCETAREA ÎN DOMENIU ANXIETĂȚII

CAPITOLUL 1. Anxietatea. O afecțiune comună, dar multifațetată	1
CAPITOLUL 2. Modelul cognitiv al anxietății	36
CAPITOLUL 3. Statutul empiric al modelului cognitiv al anxietății	68
CAPITOLUL 4. Vulnerabilitatea la anxietate	122

#### Partea II. TERAPIA COGNITIVĂ A ANXIETĂȚII: EVALUARE ȘI STRATEGII DE INTERVENȚIE

CAPITOLUL 5. Evaluare cognitivă și formulare de caz	151
CAPITOLUL 6. Intervenții cognitive în anxietate	211
CAPITOLUL 7. Intervenții comportamentale: o perspectivă cognitivistă	274

### Volumul 2

#### Partea III. TEORIA COGNITIVĂ ȘI TRATAMENTUL TULBURĂRIILOR DE ANXIETATE SPECIFICE

CAPITOLUL 8. Terapia cognitivă a tulburării de panică	1
CAPITOLUL 9. Terapia cognitivă a fobiei sociale	74
CAPITOLUL 10. Terapia cognitivă a tulburării de anxietate generalizată	142
CAPITOLUL 11. Terapia cognitivă a tulburării obsesiv-compulsive	212
CAPITOLUL 12. Terapia cognitivă a tulburării de stres posttraumatic	266
BIBLIOGRAFIE	343
INDEX	411



---

---

## PARTEA A III-A

# TEORIA COGNITIVĂ ȘI TRATAMENTUL TULBURĂRILOR DE ANXIETATE SPECIFICE

În ultimele două decenii, inovația și cercetarea în psihoterapie s-au concentrat tot mai mult asupra dezvoltării și evaluării protocoalelor de tratament care țințesc tulburări specifice DSM-IV-TR (APA, 2000). Evoluția tratamentului specific fiecărei tulburări este remarcabilă mai cu seamă în tulburările de anxietate. Modelul cognitiv generic al anxietății prezentat în Partea I și strategiile cognitive principale de evaluare și de intervenție descrise în Partea a II-a pot fi adaptate pe loc, astfel încât să țintească simptomele comune și distințe ale tipurilor mai comune de tulburări de anxietate. Această parte finală a cărții oferă modele cognitive specifice tulburărilor, ipoteze, conceptualizări de caz și protocoale de tratament pentru cinci tipuri diferite de tulburare de anxietate. Capitolul 8 analizează modelul cognitiv și tratamentul tulburării de panică, insistând asupra interpretărilor eronate privind amenințarea pe care ar reprezenta-o anumite stări interne și asupra pierderii capacitatei de reevaluare, iar Capitolul 9 prezintă teoria cognitivă și tratamentul pentru fobia socială, care se concentrează asupra temerilor legate de evaluarea negativă din partea celorlalți și asupra prezenței reacțiilor dezadaptative de coping. Capitolul 10 oferă modelul cognitiv și propunerea de tratament pentru anxietatea generalizată și pentru îngrijorare, Capitolul 11 discută perspectiva estimării cognitive în teoria și tratamentul tulburărilor obsesiv-compulsive, iar Capitolul 12 prezintă un model cognitiv și o intervenție cognitivă centrată asupra evaluărilor și a convingerilor eronate asociate gândurilor intruzive legate de traumă și amintirilor care caracterizează tulburarea de stres posttraumatic.



---

---

## CAPITOLUL 8

# TERAPIA COGNITIVĂ A TULBURĂRII DE PANICĂ

*Sigur că ne temeam, iar frica nu este întotdeauna un sfetnic bun, haideți să ne întoarcem, căci pentru a fi în siguranță trebuie să baricadăm ușa salonului...*

– JOSÉ SARAMAGO

(romancier portughez și

*Laureat al Premiului Nobel pentru literatură în 1998, 1922 - )*

Helen era o Tânără de 27 de ani, necăsătorită, care lucra în industria de asigurări și care s-a prezentat cu un istoric de 11 ani de tulburare de panică și cu evitare agorafobică moderată. În perioada în care a fost evaluată, ea avea aproximativ opt atacuri de panică zilnic cu niveluri ridicate de anxietate generalizată, teamă intensă de a avea atacuri de panică și cu evitarea unor activități de rutină, cum ar fi călătoria în afara comunității, evitarea instituțiilor medicale, a şofatului pe autostradă, a călătoriilor cu avionul și altele. Primele manifestări ale tulburării de panică au apărut la vîrstă de 16 ani, dar atacurile de panică erau puține și sporadice până în momentul când a făcut prima călătorie de lucru la New York, la vîrstă de 22 de ani. Ea a descris 4 zile de anxietate acută, înfiorătoare, cu dureri toracice, palpitării, furnicături la nivelul extremităților, tulburări digestive și agitație. Aceste senzații fiziológice erau însoțite de frica intensă că va muri de atac de cord. Cu toate acestea, în perioada aceea nu a apelat la tratament medical, strategia sa de coping reducându-se la odihnă, la administrarea de Gravol și la încercarea de a-și păstra calmul. După ce a revenit acasă, atacurile de panică au continuat. În următorii 5 ani, a fost tratată cu citalopram, lorazepam și a urmat un training de relaxare, dar eficacitatea acestora a fost minimă.

Evaluarea dinaintea tratamentului a evidențiat faptul că palpităriile, durerile toracice, transpirația, dificultățile respiratorii, senzația de nod în gât, greața și valurile de căldură erau senzații fizice predominante din timpul atacurilor de panică. Deși temerile privitoare la un atac de cord și

la posibilitatea de a înnebuni erau încă prezente, principala ei interpretare eronată a amenințării se focaliza acum asupra senzației lipsei de aer, însotită de teama că nu va mai putea respira și că se va sufoca. Tendința de a recurge în mod exagerat la comportamentul orientat către găsirea siguranței a evoluat în aşa fel încât Helen a ajuns să fie preocupată de apropierea geografică de instituțiile medicale, își consulta frecvent medicul de familie și apela deseori la serviciul de urgență, când resimțea o panică intensă ori era îngrijorată din cauza respirației sau a funcționării cardiace. În consecință, aceasta a devenit tot mai rezervată când se punea problema deplasării la distanță de câteva mile de spital, de teamă că va rămâne izolată, privată de accesul la ajutor medical. Evitarea, căutarea liniștirii și automonitorizarea simptomelor fizice (de exemplu, verificarea repetată a pulsului) au devenit principalele sale strategii de coping în lupta ei zilnică cu atacurile de panică.

Un interviu structurat de stabilire a diagnosticului a relevat faptul că Helen întrunea criteriile DSM-IV pentru tulburarea de panică și agorafobie de severitate moderată. Ea nu prezenta în momentul acela nicio condiție comorbidă, dar a raportat existența a două episoade anterioare de depresie majoră cu ideeție suicidală. Scorurile simptomelor sale înainte de tratament au fost BDI-II=8, BAI=22, PSWQ=64, Chestionarul Cognițiilor Agorafobice (ACQ)=33 și Chestionarul Senzațiilor Fizice (BSQ)=48. Gândurile sale principale legate de amenințare erau „Ce se va întâmpla dacă nu mai pot să respir și mă sufoc?”, „Durerea aceasta toracică ar putea însemna că sfără un atac de cord?”, „Ce se va întâmpla dacă nu ajung la timp la spital?”, „Dacă aceasta va conduce la un alt atac de panică și până la urmă o să-mi pierd mintile?” și „Oare se va termina vreodată cu stările acestora?” Pe scurt, Helen a prezentat un pattern de gândire anxioasă și de interpretare distorsionată care reflecta intoleranța la anxietate, încrederea în strategii dezadaptative de evitare și de căutare a siguranței, într-o încercare disperată de a-și controla anxietatea și de a preveni atât de temutele atacuri de panică.

Starea clinică a lui Helen exemplifică o prezentare tipică a tulburării de panică. Douăsprezece ședințe individuale de TCC, urmate de patru ședințe pentru întreținere pe durata a 8 luni, s-au dovedit a fi deosebit de eficiente în reducerea frecvenței atacurilor de panică, a anxietății generalizate și a evitării agorafobice. Tratamentul s-a focalizat asupra (1) psiheducației, vizând familiarizarea cu modelul terapiei cognitive, (2) asupra activării intenționate a senzațiilor fizice și a schemelor cognitive ale fricii, (3) asupra restructurării cognitive și a reatribuirii interpretărilor eronate privind senzațiile fizice, (4) asupra temelor de casă bazate pe expunerea situațională gradată și (5) asupra creșterii toleranței și a acceptării anxietății, a riscului și a incertitudinii, împreună cu reducerea corespunzătoare a eforturilor intenționale de păstrare a controlului. Începem acest capitol cu o descriere a fenomenologiei și a diagnosticării panicii și a agorafobiei, urmată de o analiză a modelului cognitiv al panicii și a statutului său empiric. Ultima parte a capitolului tratează aspecte legate de evaluare, de formularea de caz, de protocolul intervenției cognitive și de eficacitatea acestuia.

## ASPECTE DE DIAGNOSTIC ȘI CARACTERISTICI CLINICE

### *Natura panicii*

Atacurile de panică reprezintă manifestări scurte de frică intensă sau de disconfort, care apar brusc și sunt însoțite de o hiperactivare fiziologică. Barlow (2002) consideră că panica este cea mai clară reprezentare clinică a fricii. Pe lângă stimularea puternică a sistemului nervos autonom, panica este caracterizată de ideatie verbală sau imagistică eronată referitoare la o catastrofă de natură fizică sau mentală (de exemplu moartea, neburia), de anxietate intensă incontrolabilă și de un impuls puternic de a ieși din situație (Barlow, 2002; Beck și colab., 1985, 2005; Ottaviani și Beck, 1987). Experiența panicii este atât de aversivă, încât mulți pacienți sunt foarte temători în legătură cu un nou atac și dezvoltă comportamente complexe de evitare a situațiilor care consideră ei că le declanșează panica. Drept rezultat, panica și agorafobia sunt strâns asociate, iar majoritatea indivizilor suferind de tulburarea de panică prezintă un anumit grad de evitare agorafobică și 95% dintre persoanele diagnosticate cu agorafobie raportează existența unei tulburări de panică anterioare sau curente (Antony și Swinson, 2000a; APA, 2000). În cel mai recent studiu epidemiologic, tulburarea de panică avea, pe parcursul a 12 luni, o prevalență de 2,7%, iar agorafobia fără tulburarea de panică era mult mai rar întâlnită, având o prevalență de 0,8% (Kessler și colab., 2005).

DSM-IV-TR definește *atacurile de panică* astfel: „o perioadă scurtă de frică intensă sau de disconfort, în care patru (sau mai multe) dintre următoarele simptome s-au dezvoltat abrupt și au atins punctul de intensitate maximă într-un răstimp de 10 minute” (APA, 2000, p. 432). Atacul de panică tipic durează între 5 și 20 de minute, deși este posibil ca o stare de anxietate ridicată să persiste mult timp după încheierea episodului de panică (Rachman, 2004). Conform DSM-IV-TR, simptomele definitorii ale panicii sunt:

- ritm cardiac accelerat sau palpitări;
- transpirație;
- tremurături sau frisoane;
- senzație de sufocare sau senzația lipsei de aer;
- senzația de nod în gât;
- apăsare, durere sau disconfort la nivelul toracelui;
- tulburări digestive sau grija;
- amețeală, senzație de dezechilibru, senzație de leșin sau de pierdere a echilibrului;
- senzație de derealizare sau de detașare de sine (depersonalizare);
- parestezii (senzații de amețeală sau furnicături);
- frisoane sau valuri de căldură;
- teama de a-și pierde controlul sau de a înnebuni;
- teama că este în pericol de a-și pierde viață.

Tabelul 8.1 conține câteva trăsături caracteristice pentru atacurile de panică.