
PM --> [HOME PAGE ITALIANA](#) --> [ARGOMENTI ED AREE](#) --> [NOVITÀ](#) --> [SPORT E PSICHE](#)

PSYCHOMEDIA

RELAZIONE GRUPPO<=>INDIVIDUO

Sport e Psiche

Ansia e panico nell'immersione subacquea

di Salvatore Capodieci

PREMESSA

Un recente studio ha dimostrato che oltre la metà dei sub esperti intervistati ha sperimentato almeno una volta un attacco di panico [1]. Statistiche del DAN (Divers Alert Network) [2] e dell'Università del Rhode Island [3] sostengono che il panico è stato responsabile del 20-30 per cento degli incidenti mortali in immersione ed è probabilmente la prima causa di morte nelle attività subacquee. In una situazione di panico, il sub ha una sola cosa in mente: raggiungere la superficie il più rapidamente possibile; in simili circostanze dimentica di respirare normalmente, con il risultato di una possibile embolia gassosa arteriosa.

Zeidner [4] evidenzia che le prime fasi di molte forme di stress possono associarsi all'ansia e sottolinea come di quest'ultima faccia parte il timore di andare incontro ad un incidente. Questa paura può essere reale o simbolica. Secondo Zeidner le principali caratteristiche di questo tipo d'ansia sono:

- A. L'individuo percepisce la propria situazione come minacciosa, difficile o impegnativa.
- B. L'individuo considera la sua capacità di far fronte a questa situazione come insufficiente.
- C. L'individuo si concentra sulle conseguenze negative che conseguiranno al suo fallimento (di risolvere i problemi), piuttosto che concentrarsi sul trovare delle possibili soluzioni alle sue difficoltà.

L'ansia persistente per un lungo periodo di tempo può degenerare in uno stato di panico.

L'ansia, comunque, fa sempre riferimento a un eccessivo senso di apprensione e timore. Caratterizzata da sintomi fisiologici, a volte di tipo neurovegetativo, può produrre sia sintomi di tipo fisico che psicologico. L'ansia può determinare dubbi sulla natura e la realtà della minaccia così come dubbi riferiti a se stessi relativi alla capacità di affrontare la situazione. I sintomi fisici possono variare grandemente, dalla sudorazione delle mani e la tachicardia delle forme medie fino all'agitazione psicomotoria, alla paralisi emotiva o allo scatenarsi di un attacco di panico o di una reazione fobica. La differenza è solo un fatto tecnico. I sintomi dell'ansia variano da persona a persona, da una situazione all'altra e anche da un momento ad un altro nello stesso soggetto.

L'ansia serve ad uno scopo ben preciso: è un allarme ad una minaccia, che ha un valore di sopravvivenza. La fuga è la risposta comportamentale più tipica alla paura. Occasionalmente è però necessaria un'azione diretta (combattere invece di scappare) e un'attivazione fisiologica può provocare a volte una reazione da eroe, come attaccare uno squalo o gettarsi nelle acque fredde di un fiume per salvare un cane che sta per affogare.

Alcuni studi hanno evidenziato che un livello medio di ansia garantisce una prestazione ottimale in

certe situazioni. Le persone che sperimentano un grado di ansia che va da leggera a moderata hanno un grado di “arousal” che consente loro un livello prestazionale migliore delle persone che non provano ansietà. Un livello medio provoca a volte un aumento della motivazione a concentrarsi sulle proprie finalità.

Un eccesso tende, invece, a far incentrare l’individuo su se stesso e sulle proprie paure allontanandolo dai suoi obiettivi. Un basso livello d’ansia può aiutare il subacqueo ad essere più prudente. Un eccessivo stato d’ansietà può condurre a quella dimensione cognitiva e percettiva ridotta, nella quale la concentrazione e l’attenzione del subacqueo può spostarsi su timori interiori facendogli trascurare aspetti importanti, come la risalita lenta verso la superficie.

Il panico, invece, può essere un segnale quando si presenta uno stimolo oppure può insorgere in modo spontaneo se si presenta in assenza di un elemento scatenante (a parte, forse, un semplice pensiero o un’idea); in confronto con “l’attacco o fuga” dell’ansia, i segni e i sintomi del panico sono più pronunciati. L’attacco di panico ha un esordio improvviso, raggiunge molto rapidamente un picco sintomatologico (10 minuti o meno dall’insorgenza), svanisce entro 60 minuti ed è spesso accompagnato da un senso di catastrofe imminente e dall’urgenza di allontanarsi. La sintomatologia del panico è molto più debilitante della crisi d’ansia; il pensiero razionale viene sospeso e le persone possono restare bloccate, ad esempio rimangono fisse in una posizione oppure reagiscono in modo imprevedibile o in modo da mettersi in pericolo [5].

ANSIA E IMMERSIONE

L’ansia può essere scatenata da un’infinità di fattori e pochi luoghi possiedono un’abbondanza di stressor come il mare. In almeno un’occasione il mare ha favorito l’emergere dei timori più estremi della razza umana, dalla paura di cascare a capofitto in un abisso sconosciuto al terrore di essere divorato da un mostro marino, al timore dell’ambiente che sta sopra, quando ci si trova in profondità. Tre sono le principali fonti dalle quali possiamo trarre le informazioni per la valutazione dell’ansia:

1. i parametri fisiologici
2. il comportamento
3. ciò che il soggetto riferisce

I disturbi d’ansia sono fra i disturbi psichici quelli che più di frequente e in misura più marcata determinano un’alterazione dei parametri fisiologici (frequenza cardiaca, pressione arteriosa, respirazione accelerata, ecc.) che esprimono una modificazione dell’attività del Sistema Nervoso Autonomo e in particolare della sua componente adrenergica. Questo potrebbe far pensare che ci siano dei parametri obiettivi in base ai quali misurare la gravità del disturbo ansioso e le sue variazioni.

In realtà i sentimenti ansiosi (e quindi la gravità del disturbo) correlano scarsamente con i parametri fisiologici, sia per un’alta variabilità soggettiva della risposta fisiologica allo stress, sia perché la correlazione tra attività fisiologica e sensazioni somatiche è bassa.

In definitiva, perciò, le modificazioni dei parametri fisiologici in rapporto al disturbo d’ansia hanno un notevole interesse euristico, ma sono pressoché inutilizzabili nella valutazione della gravità e delle modificazioni della componente psichica di questo disturbo perché non c’è rapporto biunivoco fra loro.

I subacquei professionisti e quelli che hanno effettuato corsi di salvataggio sono addestrati a riconoscere in loro stessi e negli altri i sintomi d’ansia [6], che si possono riepilogare nei seguenti atteggiamenti:

- Respirazione accelerata o iperventilazione
- Tensione muscolare
- Articolazioni bloccate
- Occhi spalancati o evitamento del contatto visivo
- Irritabilità o distraibilità

- Comportamento di “fuga verso la superficie”
- Temporeggiare, ad esempio impiegare troppo tempo a preparare l’attrezzatura o ad entrare in acqua
- Problemi immaginari riferiti all’attrezzatura o alle orecchie
- Essere logorroici o diventare distaccati e silenziosi
- Mantenere una presa stretta in acqua con la scaletta della barca o con la cima dell’ancora

E’ fondamentale che gli istruttori imparino ad intervenire prima che lo stato d’animo o gli eventi stressanti diventino eccessivi determinando sfinimento, panico o un incidente subacqueo. Se ansia e sintomi scatenanti del panico aumentano, la capacità del subacqueo di identificarli e trovare una risposta adeguata diminuisce. In una situazione impegnativa è molto difficile per il subacqueo riconoscere e interrompere l’escalation dell’ansia prima che raggiunga le proporzioni del panico. Anche il comportamento del soggetto (risalire velocemente per uscire dall’acqua, irritabilità, atteggiamento sprezzante del pericolo, emettere bolle in continuazione, ecc.) al pari dei parametri fisiologici è estremamente variabile da individuo a individuo e non correla in maniera stretta con la sensazione soggettiva di ansia: per questo motivo non può essere assunto, da solo, come punto di riferimento per individuare e misurare l’ansia.

La fonte primaria di informazione rimane pertanto ciò che riferisce il soggetto potendo, gli altri due campi (aspetti fisiologici e comportamentali), contribuire soltanto a sottolineare, a confermare o ad amplificare quanto viene comunicato. Un subacqueo può apparire tranquillo e non avere alterazioni di respiro e battito cardiaco, ma presentare poco dopo un attacco di panico.

Ne deriva perciò che per la valutazione del disturbo d’ansia è necessario far ricorso agli strumenti standardizzati di valutazione come test e questionari di auto o eterosomministrazione.

L’ATTACCO DI PANICO

Studi epidemiologici sulla popolazione condotti negli USA hanno osservato una prevalenza annuale dei disturbi di panico compreso tra 0,4/100 e 1,5/100, mentre quelli europei e italiani danno una prevalenza annua del 1, 7/100 [7]. Uno studio [8], tra chi pratica attività subacquea, ha evidenziato che il panico è più alto fra le donne (64%) rispetto agli uomini (50%), ma che sono maggiormente questi ultimi (48%) che percepiscono questo evento come una minaccia alla propria vita (nelle donne la percentuale è del 35%).

Anche subacquei con molti anni di esperienza possono sperimentare un attacco di panico. Una possibile spiegazione è data dall’ipotesi che in tali situazioni il subacqueo, perdendo la familiarità con gli oggetti dell’ambiente circostante, sperimenta una forma di deprivazione sensoriale. Questo fenomeno è stato definito “Blu Orb Syndrome”, che ha delle caratteristiche che lo avvicinano all’Agorafobia che può accompagnare il panico sulla terraferma.

Gli attacchi di panico, secondo il DSM-IV-TR [9], possono manifestarsi nel contesto di qualsiasi Disturbo d’Ansia come pure in altri disturbi psichici (fobia sociale, fobia specifica, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo post-traumatico da stress o disturbo d’ansia di separazione) e in alcune condizioni mediche generali. Si suddividono in:

- a) attacchi di panico *inaspettati (non provocati)*: il subacqueo non ha alcun fattore di stress e avverte l’attacco a “ciel sereno”;
- b) attacchi di panico *causati dalla situazione (provocati)* che si manifestano subito dopo l’esposizione a, o nell’attesa di, uno stimolo o fattore scatenante situazionale, come la perdita d’aria o altri malfunzionamenti dell’attrezzatura, il disorientamento in un relitto o in una grotta, una visibilità molto ridotta o il non vedere più il compagno di immersione.
- c) attacchi di panico *sensibili alla situazione*, che sono simili agli attacchi del punto b), ma non sono invariabilmente associati allo stimolo e non si manifestano necessariamente subito dopo l’esposizione (ad esempio un attacco di panico si manifesta dopo mezz’ora in cui si è incrociato uno squalo o dopo aver effettuato una discesa nel “blu” lontano dalla parete).

E’ stato osservato che individui ansiosi, sottoposti ad esercizio fisico intenso mentre indossano una

maschera, se la strappano via dal viso se credono di non poter respirare adeguatamente. E' stato riferito di subacquei in preda al panico, che si toglievano l'erogatore e resistevano se il compagno cercava di rimmetterglielo in bocca, nonostante avessero le bombole cariche ed un sistema di erogazione perfettamente funzionante.

Un semplice pensiero o un'associazione può spesso far partire una reazione a catena di pensieri, come la seguente: "Ho troppo peso - Che succede se vado a fondo troppo velocemente? - Potrei rompermi un timpano - Nessuno potrebbe essere in grado di raggiungermi in tempo - Potrei finire sul fondo a oltre 25 metri lontano dalla barriera corallina - Potrei essere ferito - Sto per annegare - Panico!"

Rimane un interrogativo: perché alcune persone vanno incontro ad un attacco di panico, mentre altri mostrano solo ansietà e riescono a gestire la situazione razionalmente. I fattori possono essere diversi, tra i quali: l'importanza specifica dello stimolo esterno per l'individuo coinvolto, il fatto che ci sia stato uno specifico addestramento e i risultati che l'addestramento ha avuto nel rafforzare le difese e l'adattabilità dell'individuo nei confronti di situazioni impreviste.

STRUMENTI E METODI

Alcuni specialisti raccomandano dei metodi di selezione per le persone che decidono di intraprendere l'attività subacquea e confidano principalmente sulla loro esperienza clinica e solo indirettamente sulla ricerche scientifiche.

I principali studi sulla selezione dei subacquei sono i seguenti:

1. Baddeley e coll. [10], suggeriscono la seguente batteria di test:

- a. Biographical questionnaire
- b. Personality questionnaire
- c. Matrici di Raven
- d. Bennet Hand-Tool Dexterity Test
- e. Bennett Mechanical Comprehension Test

2. Le ricerche di Deppe trattano l'analisi fattoriale di 29 diverse attività correlate al livello di successo in un gruppo di subacquei. I risultati ottenuti indicano che la batteria di test usati per selezionare i subacquei dovrebbe misurare i seguenti aspetti:

- a. Capacità di nuotare e l'abilità per la subacquea attraverso un pre-corso.
- b. Intelligenza
- c. Riuscire ad eseguire una prova di orientamento
- d. Maturità emotiva

3. Dolmierski & Kwaitkowski [11] e più tardi Dolmierski [12], hanno studiato i subacquei in Gdansk, Polonia, suggerendo di misurare le seguenti capacità o tratti:

- a. Intelligenza generale e pratica
- b. Attenzione
- c. Normalità (contrapposta a Nevroticismo)
- d. Abilità psicomotorie
- e. Stabilità emotiva
- f. Capacità di far fronte allo stress
- g. Orientamento spaziale
- h. Velocità di risposta

4. Gerstenbrand e altri studiosi tedeschi [13] consigliano due brevi test per uno screening iniziale ai candidati all'attività subacquea:

- a. Matrici di Raven
- b. Un test che controlli le capacità oculo-motorie sotto pressione

5. Hickey [14] dà le linee guida su come controllare i candidati per la subacquea. Queste comprendono un’intervista psichiatrica standard come descritta di seguito.

Esame psichiatrico: questo è uno degli aspetti più importanti dell’esame medico. I subacquei dovrebbero essere persone mature, emotivamente stabili e con buona capacità di giudizio. L’abilità a vivere e lavorare in isolamento e in spazi chiusi è critica tanto per la subacquea militare che per quella commerciale.

Secondo l’autore rappresentano una controindicazione assoluta a svolgere questa attività le seguenti patologie (in particolare i punti e, g, h, i):

- a. Claustrofobia
- b. Ideazione suicidaria
- c. Psicosi
- d. Alcune nevrosi. L’esaminatore dovrebbe valutare il pericolo che l’ambiente subacqueo può avere sul comportamento nevrotico con conseguente alterazione della capacità di giudizio.
- e. Stati d’ansia
- f. Grave depressione
- g. Stati maniacali
- h. Uso di stupefacenti
- i. Alcolismo

I suggerimenti proposti da questi cinque studi non sono però supportati da significative evidenze empiriche.

Una proposta metodologica, che ritengo sia di facile applicazione e possa rappresentare una semplice metodica per la prevenzione degli incidenti subacquei dovuti ad attacchi di panico durante l’attività subacquea, si basa sull’opportunità di riconoscere gli individui più suscettibili al panico proponendo una piccola batteria di test:

1. Il Clinical Anxiety Scale (CAS) di Thyer, una scala di autovalutazione di 25 item che ha come obiettivo la misurazione della quantità, del grado e della gravità dell’ansia. La CAS, formulata con un linguaggio semplice, è di facile somministrazione e interpretazione e si è dimostrata capace di discriminare fra soggetti ansiosi e non ansiosi [15].

2. Lo State-Trait Anxiety Inventory (STAI), sviluppato da Spielberger, è uno dei test più utilizzati per identificare l’eventuale predisposizione all’ansia e al panico e differenzia l’ansia in ansia di stato e ansia di tratto [16].

3. Self-rating Anxiety Scale (S.A.S.) di Zung, che consente di valutare l’ansia come entità clinica attraverso la misurazione oggettiva delle informazioni provenienti unicamente dal soggetto [17]. Il CAS è un test di screening, le persone che riportano un punteggio significativo per l’ansia vengono valutate con lo STAI per identificare l’ansia come tratto di personalità. La scala di Zung dovrebbe essere una sorta di promemoria che il subacqueo passa in rassegna per addestrarsi a quantificare il proprio livello d’ansia.

E’ chiaro che i soggetti che riportano un alto punteggio nei tratti d’ansia hanno potenzialmente un rischio più alto di sviluppare un attacco di panico rispetto a chi riporta punteggi nella norma. Questi test possono identificare una tendenza al panico con un’accuratezza molto elevata. La predisposizione all’ansia può, comunque, essere superata con l’aiuto dell’esperienza e dell’addestramento. Escludere, pertanto, dall’attività subacquea coloro che hanno semplicemente un livello intrinseco d’ansia maggiore sarebbe difficile e probabilmente non legittimo. Ci si deve chiedere, comunque, se l’argomento del panico in immersione sia affrontato a sufficienza in quanto i rischi collegati al panico potrebbero essere sottovalutati in conseguenza della necessità di promuovere e “commercializzare” l’attività subacquea. E’ indispensabile, pertanto, che le didattiche dedichino ampio spazio al problema del subacqueo ansioso, del panico e della sua gestione, fin dai primi livelli di addestramento e, in particolare, durante l’addestramento degli istruttori.

DISCUSSIONE

Non bisogna dimenticare che ci sono anche alcune situazioni di tipo medico che possono comportare sintomi d'ansia: anemia, prolasso della valvola mitrale, aritmie cardiache, disfunzioni vestibolari, la sindrome premestruale, alcuni sintomi della menopausa, il diabete, l'ipoglicemia, disturbi di tiroide e paratiroidi, l'asma e alcune infezioni sistemiche.

Numerosi medicinali possono aggravare uno stato d'ansia. Alcune sostanze come la caffeina, la nicotina e altri prodotti usati come stimolanti, la pseudoefedrina (un decongestionante) [18], la teofillina (un broncodilatatore usato nella terapia dell'asma o della bronchite cronica), alcuni antiipertensivi e l'astinenza da alcool possono precipitare un attacco di panico.

In modo simile, concomitanti stress di tipo psicologico, come problemi lavorativi, preoccupazioni economiche, difficoltà relazionali, precedenti esperienze o pensieri di tipo svalutativo (come il dubitare delle proprie capacità o il percepire di non avere il controllo della situazione) possono accrescere le possibilità di insorgenza del panico. Alcune ricerche hanno trovato che le preoccupazioni croniche predispongono maggiormente alle reazioni d'ansia e comportano maggior difficoltà nella capacità di rilassarsi rispetto a quella che hanno gli individui che sono meno predisposti a preoccupazioni o a ruminazioni ossessive [19].

Numerose ricerche discutono dell'uso di farmaci per la prevenzione dell'attacco di panico e a molti soggetti, che praticano l'immersione subacquea sono stati prescritti farmaci, come imipramina, propranololo, paroxetina, fluoxetina o alprazolam, che si utilizzano nella terapia del disturbo d'ansia e degli attacchi di panico.

Questi stessi studi riconoscono delle perplessità sull'utilizzo da parte dei sub di certi medicinali, specialmente se hanno una tendenza a dare sonnolenza o per il fatto che potrebbero in ogni modo danneggiare la consapevolezza dell'ambiente da parte del subacqueo [20].

Sono state usate anche una varietà di tecniche non farmacologiche per il trattamento dell'ansia, per le quali ci sono poche controindicazioni e in alcune persone, come quelle che presentano effetti collaterali ai farmaci, possono essere preferibili. Le principali sono: la desensibilizzazione sistematica, le tecniche implosive, la tecnica cognitivo-comportamentali e l'ipnosi. La comprensione dei meccanismi dell'ansia aiuta a capire come queste tecniche possono funzionare.

Desensibilizzazione sistematica

Si tratta della tecnica più consolidata nel tempo e più utilizzata dai terapeuti comportamentisti; è stata sviluppata dallo psichiatra sudafricano Joseph Wolpe. Viene utilizzata soprattutto per il trattamento delle fobie e consiste nell'aiutare il cliente a rilassarsi e, quindi, gradualmente, ad affrontare la situazione o gli oggetti temuti.

Ha le sue radici nella teoria comportamentale dell'apprendimento che si basa nei suoi aspetti sostanziali sul principio che ad ogni azione segue una reazione. Nella situazione di cui parliamo, uno stimolo (entrare in acqua) comporta una risposta (evitamento ed ansia). I teorici del comportamentismo sostengono che se la paura può essere condizionata o appresa, potrebbe con un piccolo impegno essere anche disimparata.

Neutralizzando lo stimolo che provoca ansia con un altro non ansiogeno o che suscita un sentimento incompatibile con l'ansia, come il rilassamento, la persona dovrebbe essere in grado di superare l'originale sorgente dell'ansia. Per esempio, un allievo è motivato ad immergersi ma sperimenta ansia non appena ha terminato di preparare l'attrezzatura e sta per immergersi. Il solo pensiero di immergersi in acque libere causa accorciamento del respiro, tachicardia e profusa sudorazione. Per superare questo stato, il soggetto apprende tecniche di rilassamento, come il controllo del respiro e l'alternare tensione e rilassamento di gruppi di muscoli per arrivare ad una consapevolezza della differenza tra essere tesi ed essere rilassati.

L'allievo sviluppa una gerarchia di pensieri e comportamenti che producono ansietà, che vanno da quelli che producono il minimo stato d'ansia (stare sul bordo della piscina) a quelli che ne producono

uno maggiore (stare in piscina con l’attrezzatura completa) fino a quelli che danno il massimo di ansia (stare immersi in fondo alla piscina).

Le persone possono passare attraverso una serie di esercizi mentali, come immaginare di avvicinarsi all’acqua, di preparare con attenzione e grande meticolosità la propria attrezzatura e quindi di scendere in piscina. Alcuni soggetti possono, invece, scegliere di effettuare una serie di esercizi, come camminare nella piscina, respirare attraverso un erogatore stando nell’acqua che gli arriva alla cintura, inginocchiarsi con la sola testa sott’acqua.

Può essere effettuata anche una combinazione delle due metodiche. In base alle motivazioni individuali degli allievi, alla pazienza degli istruttori, dei dive master e del compagno di immersione, il candidato sub dovrebbe essere in grado di ridurre in modo significativo la sua ansia al punto da sperimentare la piacevolezza dell’attività subacquea.

In conseguenza di questo, ogni immersione che è stata condotta con successo tende a rinforzare gli aspetti positivi dell’immersione ricreativa.

Tecniche implosive (flooding)

Le tecniche implosive [21] tendono a sovraccaricare l’allievo con una serie di stimoli ansiogeni, con l’idea che il soggetto può velocemente abituarsi allo stressor. Sebbene non sia da consigliare l’abitudine di mettere in difficoltà l’aspirante sub per provare il suo grado di reazione al panico, ad es. strappandogli via la maschera o la zavorra, prospettargli uno scenario negativo e fortemente ansiogeno può risultare utile, pur se con delle ovvie limitazioni.

Tecniche cognitivo-comportamentali

Questi metodi terapeutici enfatizzano la riorganizzazione di pensieri, percezioni, atteggiamenti e comportamenti che producono ansia nella persona. Sotto la direzione di un terapeuta, i soggetti esplorano gli antecedenti della loro ansia (ad esempio, guasti dell’attrezzatura, perdita del compagno d’immersione e altri stressor) ed imparano altre modalità di pensiero per decrescere o eliminare queste preoccupazioni. I subacquei possono imparare tecniche specifiche per fermare questi pensieri angoscianti prima che raggiungano il punto di diventare un’ansia soverchiante.

Il riconoscere quest’ansia può al tempo stesso autoperpetuarla attraverso meccanismi di generalizzazione come il timore di catastrofi; è compito del terapeuta cognitivo-comportamentale cambiare queste false credenze.

I cognitivisti, oltre a operare per estinguere e svuotare di significato ciò che è illogico ed irrazionale, si concentrano nell’insegnare ad identificare i “pensieri negativi” in special modo quelli che per la loro natura esercitano la funzione di “rumore di fondo silenzioso” che pervade tutto il campo del pensiero cosciente.

Per esempio, una persona ha una spaventosa esperienza mentre entra in acqua dalla barca con un mare molto agitato. Come conseguenza il subacqueo si convince che qualcosa di spiacevole (ad esempio, presenza di acqua nella maschera) si verificherà ogni volta che entrerà in acqua quando il mare è agitato. Il sub diventa ansioso e non si gode l’immersione. Un approccio cognitivo-comportamentale a questa situazione potrebbe essere quella di esplorare: “Qual è la cosa peggiore che potrebbe accadere se la maschera si allaga?” o “Cosa potrebbe succedere se decidessi di rinunciare a questa immersione?”

Una tecnica interessante ed estremamente semplice è chiamata “fermare il pensiero” e non è più complicata di indossare un elastico al polso. Quando un pensiero intrusivo e preoccupante comincia, l’allievo può far schioccare l’elastico contro il suo polso. Questa pungente e leggermente dolorosa sensazione richiama immediatamente l’attenzione che era stata presa in un pensiero che produce ansia. In quel momento, allora, il sub dice a se stesso “Stop”. Con il tempo e un po’ di pratica, queste tecniche raggiungono notevoli risultati nel ridurre l’ansia.

La tecnica “Fermarsi - Respirare - Pensare - Agire”

Ci sono molte situazioni potenzialmente stressanti che possono verificarsi durante un’immersione. I manuali delle agenzie didattiche più serie propongono una sorta di terapia cognitiva razionale [22] finalizzata a far riconoscere al subacqueo l’insorgenza del panico e a fornirgli gli strumenti per riprendere il controllo in una situazione di tipo stressante, che si basa sullo schema cognitivo: Fermarsi - Respirare - Pensare - Agire.

Presenterò alcuni esempi che possono esemplificare questo tipo di condotta:

1. Carlo si immerge da solo e si ritrova ostacolato passando attraverso un letto di lunghe alghe a circa 15 metri di profondità. Quando cerca di pinneggiare più forte per svincolarsi si ritrova incastrato più profondamente. Ha una reazione ansiosa “Sono incagliato. Cos’è successo? Non riesco ad andare via da qui! O mio Dio! Mi sono attorcigliato in questa roba!”. Dopo ogni tentativo di liberarsi Carlo si trova maggiormente bloccato. Comincia ad iperventilare e consuma velocemente l’aria. Non è sicuro se le alghe si siano attorcigliate al suo corpo o sulla bombola. Ad un certo punto decide di sfilarsi il GAV e la bombola e fa una risalita di emergenza rischiando di affogare.

L’insorgenza dell’attacco di panico deve comportare, invece, la seguente sequenza. FERMARSI: “Mi sono impigliato nelle alghe. Ho la sensazione di non riuscire a muovermi. Mi fermo e immagino come venirne fuori”. RESPIRARE: “Debbo controllare il mio respiro. Faccio respiri lenti e profondi mentre penso a questo. Dovrei avere ancora 100 bar di aria da respirare nella bombola”. PENSARE: “Dal momento che non riesco a muovermi ho due possibilità: cercare con il coltello di tagliare quello che mi blocca o cercare di togliermi il jacket e la bombola”. AGIRE: Carlo fa scivolare la sua mano destra lungo la gamba e prende il coltello. Lentamente e con attenzione comincia a tagliare all’altezza della cintura tutte le alghe che riesce a vedere o a sentire. Facendo dei leggeri movimenti di rotazione continua a tagliare zone sempre più ampie. In pochi minuti riesce a girarsi completamente e a tagliare le rimanenti alghe attorno alle sue caviglie. Ecco che ripone il coltello e inizia una lenta risalita verso la superficie.

2. Alberto, a 18 metri di profondità, si accorge di aver esaurito l’aria. Non riesce a vedere il suo compagno d’immersione. Ha un attacco di panico: “O mio Dio, mi toccherà morire! Come è potuto succedere? Non posso respirare! Dove diavolo è il mio compagno? Mi ha lasciato qua”. Alberto vede la superficie distante e comincia a pinneggiare più forte che può verso l’alto. In preda al panico e senza riflettere, trattiene il fiato e raggiungendo la superficie è colpito da Malattia da Decompressione (MDD).

Anche in questo caso la sequenza cognitiva avrebbe dovuto essere la seguente. FERMARSI: “Ho terminato la mia riserva d’aria, è certo. Non riesco a vedere il mio compagno e non ho tempo per mettermi a cercarlo”. RESPIRARE: “Questo è il problema. Non posso inalare acqua”. PENSARE: “Avrò un buon mezzo minuto d’aria nei miei polmoni. Debbo ricordare la prima regola dell’immersione subacquea: Non trattenere mai il respiro”. D’accordo, mi tocca fare una risalita d’emergenza. Debbo essere sicuro di espirare completamente risalendo. E’ meglio che sgancio e abbandono la cintura dei pesi”. AGIRE: Alberto toglie la cintura che cade velocemente giù. Usa la frusta per gonfiare un po’ il GAV e scopre che è rimasta dell’aria sufficiente per questo scopo. Nuota velocemente verso la superficie continuando ad espirare e fa tutto questo concentrandosi sulle bolle d’aria che provengono dai suoi polmoni. In pochi secondi raggiunge la superficie e in quel momento gonfia manualmente il suo GAV. Alberto si è salvato perché ha reagito in modo appropriato ad una situazione estremamente angosciante.

3. Giovanna, una subacquea che ha conseguito da poco il brevetto, si prenota per andare una mattina a fare un’immersione in un relitto con un gruppo di subacquei esperti. E’ da sola e ritiene che potrà trovare un compagno in barca. Sufficientemente sicura viene messa in coppia con una specie di Rambo delle immersioni, che ha già effettuato centinaia di immersioni in quella zona. Arrivati vicini al sito del relitto, la guida informa il gruppo che la prima immersione sarà effettuata a 30 metri, oltre il doppio della profondità massima che Giovanna abbia mai raggiunto prima. Quasi-panico. Giovanna è ansiosa: “Non posso ritirarmi adesso”. Razionalizza: “Questa immersione non dovrebbe essere

diversa dalle due precedenti che ho effettuato a 18 metri durante il corso per il brevetto. Spaventata pensa: “Cosa succederà se perdo il contatto con il mio compagno? Dovrò seguirlo per forza dentro il relitto? Potrò aspettarlo furori? Alla fine avrò aria a sufficienza? Dannazione, come faccio a decidere? Se dico qualcosa verrò presa per un’oca! Debbo immergermi e vedere cosa succede. Ma cosa faccio se insorge un problema? In preda ai dubbi, angosciata e in iperventilazione, Giovanna inizia l’immersione. Alcuni minuti dopo, mentre sta nuotando sopra il relitto e cerca di restare vicino al compagno, Giovanna rimane sconvolta nel vedere che il manometro segnala che sta per entrare nella zona di riserva dell’aria: interrompe allora l’immersione e risale velocemente senza effettuare la sosta di sicurezza.

Giovanna avrebbe dovuto: FERMARSI “La prima immersione a 30 metri? Questa non è una situazione che garantisce la mia sicurezza in base al mio livello di preparazione”. RESPIRARE: “Non ho bisogno di provare un attacco di panico. Sono contenta di non essermi immersa. Il mio respiro torna normale e così pure le mie sensazioni”. PENSARE: “Non sono mai stata a quella profondità e non è adesso il momento di andarci, specialmente con Rambo come compagno d’immersione. Non ho molte speranza che mi stia vicino. Sono andata in affanno solo pensando a tutte le cose peggiori che potrebbero succedermi là sotto”. AGIRE: Giovanna dice al Dive Master che ha conseguito il brevetto da poco tempo e che non si sente sicura di effettuare questa immersione a 30 metri e che preferisce non immergersi e partecipare invece alla seconda che si svolgerà in tarda mattinata intorno ai 18 metri con tutto il gruppo di sub. “Non c’è alcun problema” risponde l’istruttore. Rambo farà coppia con un’altra persona e Giovanna effettuerà l’immersione più sicura un paio d’ore più tardi.

La finalità di questa “strategia” cognitiva è quella di ricordare sempre e ripetersi con frequenza, che in caso di emergenza “ogni problema può - e dovrebbe - essere risolto sott’acqua” e non attraverso una risalita incontrollata.

Nei principali manuali di didattica di subacquea in riferimento allo stress si possono trovare frasi del tipo: “Se non ci si sente a posto, ricordare sempre di Fermarsi, Riposarsi, Pensare e, solo dopo, Agire. Se ci si dirige verso la superficie, occorre farlo lentamente ed in modo controllato, respirando regolarmente e curando soprattutto l’espiazione. Una volta in superficie, gonfiare bene il GAV e sganciare la zavorra. In situazioni di emergenza, il galleggiamento sarà migliore e la risalita in barca più agevole. Se sapete di avere tendenza al panico, evitate di immergervi in situazioni potenzialmente stressanti o con compagni che non conoscete bene e che non potrebbero aiutarvi ad affrontare efficacemente una situazione di improvvisa ansia.

Qualunque cosa succeda, pensate e combattete il panico”.

Il limite di questi suggerimenti è relativo al fatto che può trovare una validità solo per quanto riguarda gli attacchi di panico che il DSM-IV-TR classifica come “causati dalla situazione (provocati), mentre non ha alcuna rilevanza per le altre due forme di panico, quelli inaspettati e sensibili alla situazione, che rappresentano clinicamente la maggior parte delle situazioni di panico.

Altro elemento che colpisce della manualistica sull’immersione è la confusione terminologica tra stress, ansia e panico e l’assenza di argomentazione sull’ “arousal” nella parte della didattica dedicata agli incidenti nell’attività subacquea.

Tecniche ipnoterapiche

Le tecniche ipnoterapiche assommano un certo numero di altre metodologie comprese il rilassamento e la fantasia guidata, nelle quali l’allievo si trova in uno stato di progressivo rilassamento e accresce la sua suggestionabilità. L’ipnosi è un’altra tecnica spesso utilizzata per il trattamento dell’ansia. Alcune persone sono più sensibili di altre al trattamento con l’ipnosi e riescono a rilassarsi più facilmente.

Ulteriore addestramento del subacqueo

Probabilmente la pratica e un addestramento aggiuntivo può essere una semplice modalità perché il

sub riesca ad essere meno ansioso. Gli istruttori qualche volta trascurano l’importanza di essere pazienti e di ripetere più volte i loro insegnamenti agli allievi con l’obiettivo che si sentano più a loro agio in acque libere.

Alcuni allievi richiedono maggior tempo e un’attività pratica aggiuntiva o necessitano di un addestramento individuale con l’istruttore in particolari aspetti della tecnica di immersione. E’ fondamentale enfatizzare che è sempre preferibile rinunciare ad un’immersione per qualsiasi motivo piuttosto che farla a tutti i costi.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

La gestione del panico deve comportare qualcosa in più del semplice non immergersi oltre i propri limiti e deve richiedere una buona conoscenza delle proprie debolezze e caratteristiche personali. Lo studio del problema e lo sviluppo di ricerche sull’ansia e il panico nelle attività subacquee potranno contribuire in modo significativo alla sicurezza dell’immersione.

Se subacquei e istruttori conosceranno di più il fenomeno dell’ansia e del panico nell’attività subacquea potranno effettuare valutazioni più approfondite sulle persone che presentano una maggiore predisposizione agli attacchi di panico prevenendo il rischio che questo può comportare per la loro sicurezza.

Il “panic behavior” del subacqueo ha spesso un fattore scatenante, come una diminuzione della visibilità, una perdita d’aria, il restare intrappolato in un letto d’alghe e così via.

Utilizzare un’attrezzatura inadeguata o programmare un’immersione molto impegnativa sono aspetti che possono accrescere le possibilità di un episodio di panico. Questi problemi possono essere prevenuti o ridotti al minimo con un buon addestramento e un’adeguata prudenza. L’aspetto predittivo più utile è fornito dal riconoscere l’ansia di “tratto”, che è una caratteristica stabile e perdurante della personalità a differenza dell’ansia di “stato” che è transitoria o situazionale.

Le persone che presentano un alto punteggio di “ansia di tratto” hanno maggiori probabilità di sviluppare un disturbo d’ansia o un attacco di panico durante un’attività subacquea. Queste persone dovrebbero effettuare un addestramento più prolungato, meglio se personalizzato con un istruttore e limitare la propria attività alle immersioni ricreative che non comportano l’obbligo di tappe di decompressione.

Attualmente non esiste una tecnica psicologica che escluda il rischio dell’insorgenza di un attacco di panico. Trattamenti con biofeedback, ipnosi, imagery e tecniche di rilassamento sono state utilizzate per ridurre la risposta ansiosa in subacquei esposti a vari stressor, ma non sono risultate sempre efficaci. Alcune ricerche hanno mostrato, per esempio, che l’ipnosi riesce a ottenere un rilassamento nel subacqueo, ma che può avere effetti indesiderati come una mancanza di energia.

Il rilassamento può portare ad un incremento dell’ansia e degli attacchi di panico in soggetti ipercontrollati o molto ansiosi (questo fenomeno è conosciuto come RIA “Relaxation-induced-anxiety”).

Individui con una storia di disturbo d’ansia e di panico dovrebbero essere identificati e sottoposti ad un addestramento specifico che riduca il rischio potenziale di riacutizzazione del disturbo.

Il problema è proprio che le persone che aderiscono a questa attività ricreativa, che sta diventando sempre più popolare, non conoscono i rischi e i pericoli che può comportare.

E’ fondamentale che chi pratica attività subacquea possa riuscire ad avere un dialogo interiore relativo ai propri sentimenti d’ansia in una determinata situazione. Aspettative, fantasie negative, preoccupazioni, sono tutti aspetti che possono trarre in inganno facendo sperimentare una situazione in modo più negativo di quello che dovrebbe essere e solitamente ancor prima che ci si imbatte nella situazione stessa.

APPENDICE

Fobie specifiche associate all’attività subacquea

Il DSM-IV-TR comprende tra i Disturbi d’Ansia anche la Fobia specifica, che è definita come “Paura marcata e persistente, eccessiva o irragionevole, provocata dalla presenza o dall’attesa di un oggetto o situazioni specifici”. L’esposizione allo stimolo fobico provoca una risposta ansiosa immediata, che può prendere forma di un attacco di panico situazionale o sensibile alla situazione. La persona riconosce che la paura è eccessiva o irragionevole ed evita la situazione oppure la sopporta con intensa ansia e disagio.

Esistono vari sottotipi di fobia specifica; quelle che si possono presentare durante lo svolgimento di un’attività subacquea si possono classificare nel modo seguente:

Tipo Animali. Questo sottotipo si riferisce alla paura dei pesci (Ittofobia) o, in modo più specifico, degli squali o Elasmofobia. A quest’ultima è correlata la Fagofobia o la paura di essere mangiati vivi. Questo sottotipo ha il suo esordio generalmente nell’infanzia.

Tipo Ambiente Naturale. Comprende la Talassofobia, che è un’irrazionale timore del mare, l’Idrofobia o paura dell’acqua (che esordisce solitamente nell’infanzia), la Batofobia o paura della profondità o di andare a fondo in caso di immersioni profonde e la Nictofobia o paura del buio in caso di immersioni notturne.

Tipo Situazionale. Include la Claustrofobia (paura di essere chiusi o incastrati) che può manifestarsi nelle immersioni in relitti o nella speleologia subacquea, la Barofobia (paura di essere schiacciati) scatenata dall’idea che la massa d’acqua che sta sopra possa schiacciare il subacqueo.

Altro tipo. Alcuni stimoli possono scatenare altre fobie come la Tanatofobia (paura di morire) o la Pnigofobia, che è la paura di non riuscire a respirare o di soffocare.

In ambito clinico il sottotipo più frequente è quello Situazionale, seguito dalla paura degli animali (squali, nel caso di chi effettua immersioni).

BIBLIOGRAFIA

1. Morgan, W.P. (1995). Anxiety and panic in recreational scuba divers. *Sports Medicine*, 20, 1-25.
2. DAN (1999). Diver Alert Network annual review of recreational scuba diving injuries and death, based on 1997 data”. DAN, North Carolina, USA.
3. McAniff, J.J. (1988). United States Underwater Diving Fatality Statistics/ 1986-87. Report number URI-SSR-89-20. Rhode Island: University of Rhode Island, National Underwater Accident Data Centre.
4. Zeidner, M. (1998). *Test Anxiety: State of Art*. New York: Plenum.
5. Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York: Guilford Press.
6. Professional Association of Diving Instructors (1999). *The PADI Divemaster Manual*. Rancho Santa Margarita, CA: PADI.
7. Perugi G., Toni C., Musetti L., Petracca A., Cassano GB. (1999). Disturbi di Panico a agorafobia. In: Pancheri P., Cassano GB (eds). *Trattato Italiano di Psichiatria*. Milano, Masson, 2041-2071.
8. Morgan, W.P. (1999). Psychological outcomes of physical activity. In R.J. Maughan (Ed.), *Basic Sciences for Sports Medicine*, pp. 237-259, Oxford: Butterworth-Heinemann.
9. American Psychiatric Association (2001). *DSM-IV-TR, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - Text Revision*, Masson, Milano.
10. Baddeley, A.D., Cuccaro, W.J., Egstrom, G.H., Weltman, G., Willis, M.A. (1975). Cognitive efficiency of divers working in cold water. *Human Factors*, 17 (5), 446-454.
11. Dolmierski, R., Kwaitkowski, S.R., (1979). Neuropsychological aspects of the selection of candidates for the job of diver. *Bulletin of the Institute of Maritime and Tropical Medicine in Gdynia (Gdansk)*, 30, 127-130.

12. Dolmierski, R., Kwaitkowski, S.R., Palubicki, J. (1980). Choice of candidates for saturated diving in the light of psychophysiological and psychiatric-neurological examinations. *Bulletin of the Institute of Maritime and Tropical Medicine in Gdynia (Gdansk)*, 31, 157-164.
13. Gerstenbrand, F., Pallua, A.K., Pilsz, L.W., Karamat, E. (1987). Psychological screening methods for testing a diver's fitness. In: Gerstenbrand, F., Lorenzoni, E., Seeman, K., (Eds.), *Tauchmedizin 4 - Tauchenfalle, Tauchen und Psyche* Hannover: Schlutersche Verlagsanstalt, 58-69.
14. Hickey, D.D. (1984). Outline of medical standards for divers. *Undersea Biomedical Research*, 11(4), 407-432.
15. Thyer, BA. (1992). Clinical Anxiety Scale (CAS). In: Hudson WW (Ed.) "The WALMYR Assessment Scale Scoring Manual", WALMYR Publishing Co., Temple, AZ.
16. Spielberger C.D., Gorsuch R.C., Lushene R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto, CA, Consulting Psychologist Press.
17. Zung, W.W.K. (1970). *The measurement of anxiety*. Copyright W.W.W. Zung.
18. Thalmann, E.D (1999). To Mix or Not to Mix: Is there a conflict with pseudoephedrine and enriched-air diving? *Alert Diver*.
19. Delphia, B., Freed, W. (1999). *Depression: Its Treatment and Concerns Regarding Scuba Diving*. *Alert Diver*.
20. Levano, B.G. (2000). *Taking Drugs When You Dive? If You're Using Any Medication, Make Sure You're Informed About Drugs and Diving Before You Take the Plunge*. *Alert Diver*.
21. Keane T.M., Fairbank LA., Caddell LM. & Zimering R.T. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 20: 245-260.
22. Maultsby, Maxie C., Jr. (1984). *Rational Behavior Therapy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

PM --> [HOME PAGE ITALIANA](#) --> [ARGOMENTI ED AREE](#) --> [NOVITÀ](#) --> [SPORT E PSICHE](#)
