



Attacchi di panico

Sono disturbi psicologici che si manifestano con una invalidante sintomatologia prevalentemente di tipo organico come sensazione di soffocamento o difficoltà a respirare, palpitazioni o tachicardia, dolore toracico, improvvise vampate di calore (oppure senso di freddo), sudorazione, nausea, vertigini, tremori, torpore o formicolio in alcune parti del corpo, sensazioni di svenimento. Questi sintomi proprio in quanto collegati al sistema muscolo scheletrico e cardio vascolare danno solitamente alla persona che li esperisce la convinzione di avere una malattia organica, magari con compromissione della funzionalità cardiaca. Spesso chi prova tale sintomatologia si reca, con evidente preoccupazione, al più vicino pronto soccorso oppure, passato il pericolo, fa riferimento al proprio medico di famiglia.

Se assieme alla sintomatologia tipicamente organica la persona avverte pure sensazioni di paura collegate a pensieri di paura riferita a impazzire, perdere il controllo o morire oppure avverte un senso di irrealtà come non essere più presente o vedersi dall'esterno come se si guardasse, allora probabilmente si tratta del disturbo, tipicamente psicologico, di attacco di panico. Esso rientra tra i disturbi d'ansia in quanto il panico è un modo particolare di manifestarsi dell'ansia. Anche se prima degli anni '80 ci si riferiva alla sintomatologia sopra descritta con l'etichetta diagnostica di crisi d'angoscia il disturbo di attacchi di panico non è, come tanti possono pensare, l'espressione del frenetico ritmo di vita dei nostri tempi. Da sempre le persone hanno sofferto di attacchi di panico tanto che il nome stesso deriva dal mitico dio Pan (da cui appunto panico) che lanciava urla terrificanti in direzione dei passanti. Ma mentre fino poco tempo fa gli attacchi di panico erano considerati fenomeni degni di attenzione prevalentemente fisiologica con esclusivo trattamento medico, solo in tempi recenti tale disturbo è stato studiato come disturbo psicologico: si sono elaborati efficaci protocolli per diagnosticarlo sin dal suo esordio e trattarlo psicoterapeuticamente.

Diverse persone che soffrono di attacchi di panico si rendono conto del proprio problema tardivamente quando il disturbo, comparso la prima volta, si è ormai complicato. Infatti quando sopraggiunge il primo attacco di panico, soprattutto se circoscritto nel tempo, non particolarmente intenso o di breve durata (qualche minuto) la persona tende a sottovalutarlo, oppure, solo se gli attacchi sono ricorrenti si inizia tutta una serie di visite mediche ed esami specialistici ad esito negativo in cui il paziente pensa di non essere capito dal momento che dal punto di vista medico non emerge nulla di patologico. Eppure la persona soffre sperimentando una ben determinata sintomatologia fisica. La migliore soddisfazione per tanti pazienti è quella della prescrizione di un ansiolitico che, come tutti gli psicofarmaci, non avendo alcun potere educativo mette solo il paziente in grado di avvertire in quei momenti meno disagio, ma non risolve il futuro né previene le ricadute.





Personalmente ho incontrato pochi pazienti con puri attacchi di panico e parecchi, invece, che lamentano vari disturbi che risultano poi essere la conseguenza del primo attacco di panico in quanto proprio per sottovalutazione iniziale del disturbo insorgente, o per assunzione prolungata di psicofarmaci sintomatici, o per sfiducia verso un'assistenza medica che non riscontra patologie organiche, o per riduzione delle attività sociali, oppure anche per il ricorso all' automedicazione (solitamente assumendo alcol grazie al suo potere ansiolitico), il disturbo di attacco di panico si contamina, complicandosi, con altri quadri patologici di cui i più frequenti sono l'agorafobia (evitamento di luoghi e situazioni in cui si presume possa verificarsi l'attacco di panico), la depressione (tipica conseguenza delle limitazioni comportamentali e restrizioni sociali), l'ipocondria (attenzione e preoccupazione eccessiva verso propri sintomi somatici), l'alcolismo e la farmaco-tossicodipendenza o altri disturbi d'ansia.

Quando il paziente arriva dallo psicoterapeuta, e ciò fin ora avviene dopo ripetuti tentativi di scoprire una qualche base organica ai propri disturbi, viene inizialmente sottoposto ad una serie di prove ed esami psicodiagnostici allo scopo di accertare se la sintomatologia lamentata può riferirsi alla diagnosi di attacco di panico. Ciò richiede da parte del professionista particolare competenza ed esperienza clinica nella diagnosi differenziale. Infatti non poche persone pensano di soffrire di attacchi di panico, ma invece hanno attacchi d'ansia i quali richiedono un trattamento ben diverso, oppure soffrono di manifestazioni molto simili agli attacchi di panico con scopo di evitamento e di ricevere attenzione dalle persone circostanti e anche in tali casi la terapia prende altre direzioni. In altri casi ancora quando una sostanza panicogena (come per esempio la caffeina) scatena la sintomatologia tipica non viene diagnosticato attacco di panico e l'attenzione del terapeuta si sposta per approfondire e trattare altre variabili significative.

Si fa solitamente diagnosi di attacco di panico quando si è verificato anche un solo episodio, improvviso e del tutto inatteso, con presenza quasi contemporanea di almeno quattro dei sintomi inizialmente descritti, nel corso della vita della persona quando questa non si trovava al centro dell'attenzione. Tipico per la prima volta è provare l'attacco in strada dopo un intervento odontoiatrico, in autobus, alla guida dell'automobile, o in un affollato supermercato.

Dopo il primo attacco di panico il disturbo segue una evoluzione che può essere schematizzata secondo un modello a cinque fasi consecutive. La fase iniziale è costituita da un corteo di stimoli scatenanti, anche minimi (esterni o interni alla persona) che elicitano l'ansia anticipatoria, l'ansia che precede ciò di cui ho paura, nota anche come "paura della paura". Tale paura della paura innesca tutto una serie di pensieri di perdere il controllo, di impazzire, di morire (pensieri distorti o irreali di tipo catastrofizzante) che spingono la persona a scappare ed abbandonare precipitamento il luogo in cui si trova a volte anche in modo spettacolare, abbandonando per esempio la spesa all'interno del supermercato (fuga). Alla fine (ultima fase) dopo la fuga ci si sente meglio, si avverte un forte calo dell'ansia e si è pervasi da un senso di estrema spossatezza e ciò a causa della prolungata





tachicardia. Di solito l'attacco dura da pochi minuti ad un ora, se di maggior durata (due ore) allora si tratta di attacco subentrante. Frequente è il ricorso a comportamenti di difesa dell'attacco temuto come ad esempio l'uscire accompagnati oppure, come molti dei miei pazienti mi hanno riferito, il tenere sempre pronti in tasca degli ansiolitici.

A titolo di curiosità può essere interessante sapere che, secondo le statistiche, il disturbo di attacchi di panico colpisce dal 0.6 al 3.1% della popolazione, in prevalenza persone di sesso femminile con un rapporto costante rispetto gli uomini di 3 a 1. Insorge solitamente nel periodo che va dall'età adolescenziale ai 30 anni, ma lo si può trovare spesso anche nei bambini con il nome di ansia da separazione. Per il 24% dei casi l'attacco di panico può avere una base genetica nel senso che o i genitori o i parenti prossimi del paziente soffrivano dello stesso disturbo. Si pensa che alla base del disturbo ci sia, come fattore predisponente, una vulnerabilità biologica (come è stato d'altra parte riscontrato per diversi disturbi psichiatrici), tanto che in persone neuro-biologicamente predisposte si possono scatenare attacchi di panico tramite somministrazione di lattato di sodio. Se queste persone, più vulnerabili di altre, si espongono ad eventi stressanti per lungo tempo o anche per breve tempo, in caso di maggior intensità dei medesimi, sperimentano l'attacco di panico iniziale che innesca la vulnerabilità psicologica caratterizzata dall'attenzione selettiva verso determinati sintomi e timore che essi si ripresentino in futuro.

Le zone del cervello interessate agli attacchi di panico sono i nuclei della base, nel tronco encefalico, in particolare il nucleo ceruleo. Il sistema limbico e l'ippocampo sono i responsabili dell'ansia anticipatoria, mentre a livello corticale la zona prefrontale risulta responsabile del comportamento di evitamento. Ora, delineati schematicamente i correlati anatomo-fisiologici degli attacchi di panico si riscontra che sui nuclei della base che producono gli attacchi di panico non agiscono le benzodiazepine (ansiolitici), ma funziona invece una gamma di antidepressivi che innalzano la noradrenalina (ormone dell'ansia) nel cervello (antidepressivi noradrenergici) che mentre per la depressione agiscono in 2/3 settimane per gli attacchi di panico agiscono solo dopo quattro giorni. Inoltre per l'ansia anticipatoria e per i cardiopatici che non tollerano gli antidepressivi vanno bene le benzodiazepine o in alternativa i farmaci betabloccanti, mentre a livello corticale non agiscono farmaci, ma funziona con buon successo la psicoterapia per una ristrutturazione cognitiva dei pensieri distorti e dei pregiudizi che si accompagnano alle manifestazioni somatiche. Se si utilizzeranno solamente farmaci, come di norma avveniva in un recente passato e in alcuni casi ancor oggi, probabilmente non si avranno più gli attacchi di panico, ma il soggetto avrà sempre disturbi da attacchi di panico, il farmaco non lo potrà preservare da possibili ricadute né potrà modificare i pensieri irreali correlati che rischieranno di far evolvere gli episodi di panico in agorafobia. Vari studi evidenziano che un'alta percentuale di pazienti con attacchi di panico rimane sintomatica nel lungo periodo ricevendo un trattamento farmacologico inadeguato. Tali pazienti possono definirsi relativamente refrattari al trattamento con farmaci. Inoltre si è osservato che pazienti che non danno una risposta completa o sono resistenti al trattamento farmacologico possono beneficiare della terapia cognitivo-comportamentale. L'approccio terapeutico di tipo





cognitivo-comportamentale nel trattamento del disturbo da attacchi di panico senza agorafobia, secondo una recente indagine sembra offrire da solo i risultati più lusinghieri a breve e a lungo termine. Su 100 pazienti 90 a fine trattamento hanno riscontrato un miglioramento clinicamente rilevante e significativo e a lungo termine l'indice di efficacia complessiva è stato dell'81%. Sembra inoltre che un trattamento psicoterapico cognitivo-comportamentale integrato dalla Rational emotive therapy, particolarmente indicata per la ristrutturazione dei pensieri distorti porti un ulteriore successo pari al 10%.

Tali interventi prevedono in un primo tempo un'accurata valutazione del disturbo dal suo primo manifestarsi al momento attuale, l'accertamento di eventuali altri problemi psicologici associati direttamente o indirettamente, l'esame della personalità del soggetto e l'analisi delle sue personali risorse ed eventuali difficoltà a seguire con successo l'intervento. In un secondo momento, una volta diagnosticato il problema, viene predisposta una strategia terapeutica mirata alle singole componenti dell'attacco di panico: l'attivazione fisiologica e la tensione muscolare, i pensieri distorti di tipo catastrofizzante, la disfunzione respiratoria, le situazioni ed i luoghi associati a pensieri di paura. Sono pure previsti "compiti per casa" giornalieri e prove comportamentali di simulazione ed affrontamento graduale e guidato delle difficoltà con continuativo monitoraggio dei risultati raggiunti.

