

LA GESTIONE DEGLI ATTACCHI DI PANICO

Dott Daniele Araco, medico psichiatra e psicoterapeuta

“Ero in ufficio. Giornata ordinaria. Ho avvertito dei lievi crampi alla pancia. Ho pensato che fosse qualcosa che avevo mangiato ieri. Ma pian piano il cuore ha iniziato a battermi forte, all’impazzata, quasi volesse uscirmi fuori dal petto. Mi mancava l’aria anche se le finestre erano aperte. Sono rimasto lì, senza poter fare niente... la testa mi girava, mi sembrava di vederci doppio, un dolore al torace, la gola chiusa. “sto per morire” mi sono detto, “eccoci! Un infarto come mio padre. Non mi rimane molto da vivere”. Mi è preso un malessere ingestibile, sono scappato fuori dalla stanza cercando aria. Un mio collega mi ha raggiunto e mi ha portato al pronto soccorso. Piano piano mi è passato. All’elettrocardiogramma è tutto normale. Mi hanno detto che non era niente. Ma vivo nel terrore costante che mi riaccada di nuovo.....”

Racconti come questi sono ormai all’ordine del giorno per uno psicoterapeuta. Si tratta degli ormai tristemente famosi “attacchi di panico”, ovvero quelle situazioni di ansia acuta e parossistica, intensa, in cui uno stato di paura ingestibile fa sentire la persona vulnerabile e influenza le risposte fisiologiche neurovegetative (palpitazioni, vertigini, sudorazione, ecc.) ed emotive instaurando un circolo vizioso che rafforza la convinzione che qualcosa di terribile potrebbe realmente accadere.

COSA E' UN ATTACCO DI PANICO

“attacco di panico” è una definizione ormai eccessivamente inflazionata. Per diagnosticarlo non basta provare una sensazione più o meno intensa di ansia, ma devono essere presenti sintomi neurovegetativi, psicosensoriali e disturbi cognitivi che insorgano improvvisamente e drammaticamente, a volte in un contesto sereno, altre volte all’interno di un contesto di aspettativa ansiosa.

La durata della crisi è breve, da pochi secondi fino al massimo un ora.

La persona si trova a vivere un penoso senso di impotenza, di mancanza di controllo, di paura, di minaccia per la propria integrità fisica e/o psichica.

Finito l’attacco di panico spesso residua una fase post-critica costituita da un periodo anche prolungato, in cui la persona si sente marcatamente astenica, con sensazione di “testa confusa”, con difficoltà a camminare e a tenere l’equilibrio, e sensazione di sbandamento, vertigini, derealizzazione (avere l’impressione di non riconoscere l’ambiente in cui si sta) e depersonalizzazione (avere l’impressione di non riconoscere se stessi e il proprio corpo).

IL PRIMO ATTACCO

Generalmente la persona durante il primo attacco di panico teme di avere un ictus, un attacco di cuore o un infarto, per cui si reca al pronto soccorso. Di solito i primi accertamenti fisici e strumentali come l’**ECG** risultano negativi e spesso sono sufficienti a rassicurarlo.

Il primo attacco si associa però, alla **idea che si ripeterà ineluttabilmente**.

Le persone spesso riferiscono frasi del tipo: “da quel momento la mia vita è cambiata”, “dopo quella crisi non sono più stato lo stesso”.

Emerge una forte ANSIA ANTICIPATORIA ovvero la persona vive nel timore che si ripresenti un attacco, trovandosi a volte in uno stato persistente di allerta e di minaccia della propria integrità, sia fisica che psichica.

Il timore crescente che le crisi possano ripetersi comincia a pervadere l'intera vita del soggetto che diviene sempre più ansioso, teso, timoroso e in uno stato di continua apprensione ed ipervigilanza

COME SI MANIFESTA L'ATTACCO DI PANICO

I sintomi psichici dell'attacco sono rappresentati tipicamente da **apprensione, paura, terrore, sensazione di morte imminente, timore di perdere il controllo sulle proprie idee e azioni**.

E' spesso associato ad una serie di modificazioni del sistema neurovegetativo con **dispnea, palpitazioni, dolore toracico, sensazioni di soffocamento, vertigini, parestesie, vampate di calore e brividi di freddo, sudorazione profusa e tremori**.

Il sistema nervoso autonomo viene iperstimolato provocando a volte **nausea, bisogno di urinare o defecare, visione confusa ed estrema debolezza**.

I sintomi corporei, sono essenzialmente di tipo cardiorespiratorio (tachicardia, affanno, sensazione di difficoltà a respirare) o vestibolare (vertigini o sensazione di sbandare) per cui inizialmente il soggetto non riesce a considerarli come un effetto dell'ansia e consulta molti medici internisti, cardiologi, otorinolaringoiatri o servizi di emergenza.

Solo successivamente, quando si struttura l'ansia anticipatoria, l'evitamento fobico (evitare tutte le situazioni in cui potrebbe ricapitare un attacco) e la demoralizzazione, la persona può trovare una sufficiente motivazione a considerare il suo malessere come collegato a qualcosa di psichico più che ad una malattia organica e a farsi visitare da uno psicoterapeuta.

COSA E' L'AGORAFOBIA

Il termine “agorafobia” deriva dalla parola greca *agorà* che indicava la piazza del mercato. I pazienti agorafobici non sono spaventati soltanto piazze e posti affollati, ma anche altri luoghi: gallerie, ascensori, autostrade, aerei, treni, autobus e tutte quelle situazioni in cui può risultare difficile fuggire o ricevere aiuto nel caso di una crisi improvvisa di paura.

Queste persone sviluppano la “paura di avere paura” e quindi evitano una serie di luoghi o situazioni sperando di poter così controllare l'insorgenza di nuovi attacchi di panico.

Le condotte di evitamento (delle situazioni pericolose) possono diventare così pervasive che alcune persone possono diventare completamente **incapaci di uscire di casa** o possono **allontanarsi solo in compagnia di una persona rassicurante**.

PERCHE' VENGONO GLI ATTACCHI DI PANICO

Le persone ansiose tendono generalmente a vivere gli eventi esterni come pericoli potenziali. In particolare chi ha un disturbo di panico si sente spesso inerme e preda di un grave pericolo.

Possiamo considerare gli uomini come animali territoriali (alla stregua di molte altre specie animali) per cui più sono vicini alla tana e in territori conosciuti e più si sentono sicuri, e al contrario più si allontanano verso territori ignoti e più si sentono insicuri. In quest'ottica gli attacchi di panico non appaiono come paure irrazionali ma piuttosto come **l'esagerazione e la distorsione di una reazione istintiva a uno dei principali indizi naturali di aumentato pericolo** (trovarsi in un territorio sconosciuto). Secondo l'approccio etologico quindi esisterebbe una **soglia individuale agli attacchi di panico che potrebbe essere abbassata** sia da stimoli farmacologici (lattato, CO₂, caffeina) che psicologici (separazione, isolamento, ecc.) (Cassano et. Al, 2002)

CON QUALE MECCANISMO SI SCATENANO GLI ATTACCHI DI PANICO

Secondo alcuni autori (Klein 1993) gli attacchi di panico sarebbero innescati da un **alterazione dei meccanismi fisiologici che regolano l'attività respiratoria**.

Ogni persona ha un sistema di controllo dell'asfissia (la mancanza d'aria) detto asfisiostato, (tipo l'allarme anti incendio) che è sensibile all'aumento dei livelli di anidride carbonica. Se la concentrazione di anidride carbonica dell'ambiente in cui stiamo cresce sopra una certa soglia il nostro allarme si aziona provocando una reazione ansiosa parossistica.

Le persone che soffrono di disturbo di panico avrebbero l'asfisiostato iporegolato (ovvero l'allarme antincendio troppo sensibile che scatta anche con pochissimo o in assenza di fumo).

Gli ambienti chiusi, affollati, dai quali risulta difficile allontanarsi rappresentano indizi potenziali di asfissia.

Un altro meccanismo responsabile dell'insorgenza di alcuni sintomi dell'attacco di panico (come la sensazione di sbandamento o le parestesie, ovvero i brividi lungo il corpo) è l'iperventilazione. Nel momento in cui la persona sente che sta iniziando l'attacco, spesso si trova a respirare velocemente e superficialmente e ciò da luogo ad una condizione chiamata alcalosi respiratoria che acuisce le parestesie. La persona che percepisce questi nuovi sintomi di solito si spaventa, l'ansia aumenta e peggiora, l'organismo ha una risposta di allarme per cui la respirazione sarà ancora più accelerata inducendo un circolo vizioso.

COME SI CURANO GLI ATTACCHI DI PANICO

Quando la persona con disturbo di panico arriva dallo psicoterapeuta di solito ha una lunga storia di fallimenti terapeutici; è disorientato dalle tante diagnosi ricevute e dalle molte interpretazioni attribuite ai suoi disturbi da parte dei numerosi specialisti che ha consultato, nel disperato tentativo di dare un

“nome” alla sua malattia.

Spesso manifesta la sensazione che il corpo non sia più suo, non più controllabile, che reagisce in modo inconsueto e soprattutto ingestibile, il che non fa che aumentare lo stato di paura.

La prima cosa da fare è aiutare la persona a riorganizzarsi cognitivamente rispetto al proprio disturbo: spiegare che i sintomi che prova sono ben identificati in un quadro clinico conosciuto per cui esistono delle possibilità terapeutiche efficaci.

Il primo approccio può essere un INTERVENTO PSICOEDUCAZIONALE : si informa la persona, assicurandosi che abbia ben compreso, di cosa gli accade, ovvero cosa è il disturbo di panico, quale è il decorso, come si tratta, che esiste la possibilità di utilizzare eventuali farmaci efficaci nel controllo dei sintomi, in modo da ridurre l'ansia anticipatoria rassicurare il soggetto che può sentirsi protetto dalla disponibilità di un terapeuta “competente”.

Un altro passaggio importante è fornire alla persona qualche strumento per ridargli la sensazione di poter recuperare un parziale controllo sul proprio organismo insegnando una tecnica che permetta di gestire i sintomi: una volta illustrato come la respirazione veloce e superficiale aumenti eccessivamente il livello di ossigeno nel sangue provocando l'alcalosi respiratoria e quei fastidiosi sintomi come le parestesie (formicolii alle braccia) e la sensazione di testa vuota, è facile motivare la persona ad effettuare la respirazione diaframmatica, ovvero respiri lenti, profondi e con una pausa tra inspirazione ed espirazione da eseguire durante l'attacco in modo da interrompere questo circolo vizioso. Lo stesso scopo può essere raggiunto facendo respirare la persona in un sacchetto di carta in modo che ad ogni respiro introduca aria “già respirata” e quindi più ricca in anidride carbonica e meno in ossigeno, così da diminuire l'alcalosi.

Sempre nell'ottica di permettere alla persona di acquisire strumenti per poter ritrovare un certo controllo sul proprio corpo può essere utile anche l'invio ad uno psichiatra per la prescrizione di un farmaco ansiolitico da utilizzare al bisogno. Ad alcuni soggetti basta avere il farmaco in tasca, senza doverlo assumere, per diminuire lo stato di ansia anticipatoria. Se il disturbo di panico è di entità più grave si rende invece necessaria la prescrizione di un farmaco antidepressivo (che da effetti dopo 3 settimane di assunzione) per un periodo di almeno 6 8 mesi.

E' importante chiarire che in queste fasi non conviene assumere alcool e bisogna evitare quelle attività che possano portare ad una deprivazione di sonno.

LA PSICOTERAPIA NEGLI ATTACCHI DI PANICO

Quando una persona con attacchi di panico inizia un percorso di psicoterapia,

a volte accade che la motivazione (e la fretta) a cercare di stare meglio sia moltissima (visto che il disagio è grande) ma sia altrettanto difficile aiutarla a contattare la sua paura. O meglio la persona è talmente spaventata dalla sua paura (e dalla paura di provarla nuovamente) che non parla di altro senza riuscire a prenderne contatto effettivo. Nella mia esperienza all'inizio è decisamente difficile lavorare sul sintomo in sé, è difficile anche individuare un pericolo o una situazione scatenante. Spesso propongo alle persone un orizzonte in cui l'attacco di panico che (giustamente) le preoccupa è solo un meccanismo di allarme di un equilibrio nella loro vita che non è più soddisfacente e cerco di lavorare su problematiche che possono sembrare di secondaria importanza rispetto all'intensità del sintomo, ma che lentamente possono permettere alla persona di trovare un nuovo equilibrio nel proprio rapporto con il mondo e di sciogliere lentamente i nodi esistenziali da cui si sentono costrette, ingabbiate e incastrate.

CONCLUSIONI

Se è vero che non si muore di panico, è altrettanto vero che trovarsi da un momento all'altro in uno stato di ansia parossistica con la sensazione di morte imminente compromette moltissimo la qualità di vita. Soprattutto fino a quando la persona non ha inquadrato che si tratta di disturbo di panico, la paura di avere un problema organico che può manifestarsi da un momento all'altro senza la possibilità di controllarlo è veramente una situazione molto disagiata. E' utile in questi casi superare i pregiudizi e rivolgersi allo psicoterapeuta per trovare insieme nuovi e più funzionali equilibri nel proprio percorso di vita e se serve allo psichiatra per ricevere una adeguata terapia psicofarmacologica.