

## Il Disturbo da Attacchi di Panico

*Articolo a cura del Dott. Riccardo Coco, Psicologo-Psicoterapeuta:*

Sull'**eziopatogenesi** (le cause) ed il **trattamento** degli attacchi di panico esistono posizioni cliniche anche molto distanti tra loro, persino *inconciliabili*. La sola certezza, a parer mio, è che nessuna di tali posizioni ha "La Verità" in tasca e che tutte cercano di spiegare e trattare tale disturbo con le teorie del funzionamento psichico e le gli strumenti di intervento che le caratterizzano.

Il "Disturbo da Attacchi di Panico" si può definire come "**un intenso attacco di paura**", tipicamente con un inizio improvviso e solitamente della durata inferiore ai trenta minuti. I **sintomi** includono tremore, iperventilazione, sudore, nausea, vertigini, tachicardia, sensazione di soffocamento, sensazione di impazzire o paura di morire. Chi soffre di attacchi di panico spesso evita luoghi chiusi come ascensori, aerei, etc. poiché ha paura che da un momento all'altro l'attacco di panico si possa verificare; scaturito anche dalla più insignificante sensazione corporea.

Se ci si trova in ristoranti, al cinema o in abitazioni, forte è il bisogno di posizionarsi in modo da avere garantite delle vie di fuga. La sensazione e la paura di essere in trappola è un vissuto emotivo dominante.

L'attacco di panico **può innescarsi improvvisamente**, anche mentre si è tranquillamente seduti in poltrona a leggere o a guardare la televisione, o addirittura nel sonno, con manifestazioni sia psicologiche sia fisiche. Il disturbo da attacchi di panico può esordire **in qualunque momento della vita**, all'improvviso e nelle circostanze più insospettabili, mentre si sta compiendo un'azione assolutamente banale che prima di allora non aveva mai creato problemi.

In genere, il minimo comune denominatore delle situazioni critiche consiste nel trovarsi *in luoghi da cui è difficile o terribilmente imbarazzante fuggire* (in automobile, in ascensore, su un traghetto, in metropolitana ecc.) *o nei quali si pensa che non si potrebbe essere soccorsi in caso di malore* (per esempio, mentre ci si trova in mezzo alla folla o da soli in luoghi isolati o mentre si guida).

**L'attacco di panico** non è pericoloso per la salute né mentre si verifica né in seguito, ma le sensazioni che si provano sono talmente sconvolgenti e traumatiche da indurre chi

le sperimenta ad *evitare la situazione in cui si è verificato* per non rischiare di ripetere l'esperienza (generando uno stato di “**ansia anticipatoria**” che rende ancora più invalidante la vita di chi soffre di tali disturbi).

Se non adeguatamente trattato, con l'evolvere del disturbo e il moltiplicarsi delle situazioni da evitare, la persona affetta da disturbo da attacchi di panico, finisce con il chiudersi in se stessa, fino a non riuscire più a lavorare, ad avere una vita sociale, a svolgere le attività quotidiane più banali, come andare al supermercato o al cinema da sola.

**Il trattamento d'elezione** nella loro cura sembrerebbe essere un trattamento combinato di **psicoterapia** (che varierà molto nell'impostazione a seconda dell'orientamento del clinico) e **farmacoterapia**.

Come già dicevo, ci sono posizioni diverse e contrastanti circa l'etiologia ed i trattamenti da adottare. **La mia opinione è che la crisi di panico abbia un'origine squisitamente psichica**, ad un livello sia di pensiero che di emozione, capace di scatenare una risposta neurofisiologica specifica ed automatica.

E' possibile, infatti, isolare due momenti progressivi dell'attacco: *il primo*, in cui l'angoscia è ancora avvertita psichicamente, e *il secondo*, in cui la partecipazione corporea è prevalente e il dolore psichico diventa angoscia somatica incontrollata. *Secondo il mio modello clinico i sintomi del disturbo da attacchi di panico sono l'espressione di una sofferenza mentale e relazionale della persona che coinvolge il suo assetto di personalità ed i suoi schemi di pensiero ed aspettativa.*

**Nell'attacco di panico è il corpo a parlare al posto delle parole**, poiché le emozioni di angoscia e sofferenza non possono essere “sentite” e “pensate” con chiarezza e dunque elaborate e “metabolizzate” a livello emotivo: così le tensioni che generano trovano il canale somatico per esprimersi, sottraendosi sempre di più alla possibilità di essere comprese psichicamente.

Alcune volte gli attacchi di panico compaiono nel corso di crisi di identità, come nei momenti di transizione del ciclo di vita di un individuo e di una famiglia (adolescenza, crisi di mezza età, etc.) o come reazioni alla separazione, all'abbandono ed al lutto: in questi casi il dolore, la rabbia, il senso di colpa, la paura, etc. non hanno modo di essere espressi, vissuti e così “elaborati” ed integrati nel resto della vita psichica della persona.

Pertanto le normali difese psichiche che hanno funzione di contenimento dall'angoscia cedono ed essa trasborda nei sintomi somatici.

E' possibile isolare **tre livelli** che *sono strettamente interconnessi* nell'attacco di panico a cui sono direttamente legati tre diversi "livelli di intervento". **Il livello neurofisiologico** che è sotto il controllo dell'amigdala (l'organo cerebrale che gestisce le emozioni) ed è in grado di scatenare le reazioni somatiche. È su questo livello che agiscono gli psicofarmaci, cercando di ridurre l'intensità delle reazioni ansiogene e di combattere lo stato depressivo di base.

C'è poi **il livello cognitivo**, cioè il modo in cui interpretiamo e diamo un significato agli stimoli esterni o interni: ad esempio si può interpretare l'aumento del battito cardiaco a seguito di una forte emozione (che il soggetto a volte fa fatica a riconoscere in sé e a dargli persino un nome, sia esso gioia o dolore) come il fatto di avere un infarto in corso. Ciò ovviamente gioca un ruolo nell'aumentare la paura e l'ansia che poi scatena l'attacco di panico.

Infine c'è **il livello emotivo**, connesso alla struttura della personalità (organizzatasi nell'infanzia in base alle esperienze di relazione) con le sue rigidità, il suo stile di attaccamento, le sue preminenti difese psichiche, etc. cioè tutta quella complessa configurazione psicodinamica che regola il funzionamento psicologico di una persona e dà origine al sintomo, condizionando l'intero mondo interno e relazionale della persona. **È su questi due ultimi livelli che agisce la psicoterapia.** Ricordo che un intervento combinato è la soluzione migliore.