



Gli Attacchi di Panico : il quadro clinico e le cure

Prof. Massimo Biondi
Direttore del Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica
Università di Roma "La Sapienza"
Viale Università 30
00185 Roma
massimo.biondi@uniroma1.it
Studio: 064403283

L'ambulatorio della Unità Operativa Complessa di Psichiatria e Psicofarmacologia Clinica (Direttore Prof. M Biondi) de La Sapienza di Roma vede circa 400-500 pazienti con patologie ansiose (incluso DAP) l'anno. Provengono dall'area di Roma e del Lazio. Come centro universitario, clinico e di ricerca, abbiamo quindi un osservatorio naturale che permette di studiare e capire vari disturbi psichici, tra cui proprio quadri di "paura patologica". I pazienti con Disturbo di Attacchi di Panico (DAP) in senso stretto sono circa 150 l'anno. Questa diagnosi si fa dal 1985, anno in cui abbiamo adottato i criteri diagnostici precisi per il DAP. Prima di tale data, la diagnosi psichiatrica corrente era di Nevrosi d'ansia oppure di Psiconevrosi d'ansia e d'allarme, con varia componente di valenza ipocondriaca, depressiva a seconda dei casi.

Quando la paura diventa malattia

E' bene prima chiarirci che la paura di per se non è una malattia. Aver paura è normale, anzi salutare e saper fuggire quando necessario è una capacità fondamentale per sopravvivere. La paura è un allarme naturale, che avverte del pericolo, e permette di evitarlo. Se nostri lontani progenitori non avessero saggiamente avuto paura ogni tanto (e fossero scappati sugli alberi noi non saremmo qui a parlarne). E' naturalmente importante distinguere dove finisce la normalità della paura e dove comincia la patologia. Se la paura è però troppo intensa, troppo frequente, sproporzionata alla causa e ad esempio innescata da situazioni o stimoli banali, blocca o crea seri problemi alla persona nella sua vita, allora è probabile che sia una vera e propria malattia.

La paura è un sintomo che si ritrova in malattie diverse. Una di queste è il *Disturbo da Attacchi di Panico*. Per far capire che la paura è anche normale spesso uso un paragone con i nostri pazienti con panico. I sintomi della paura sono un po' come il segnale di allarme dell'antifurto di un'auto: è giusto che suoni se tentano di aprirla e rubarla (è un pericolo reale), ma se suona tutti i momenti per motivi banali, allora c'è un guasto. In un certo senso è come se nelle persone ansiose la centralina dell'allarme che avverte di un pericolo, scattasse con facilità per un nonnulla (peraltro allarmando inutilmente il proprietario, proprio come fa l'ansia che produce tachicardia e altri sintomi fisici). Per una cura, da una parte è utile capire i perché psicologici di un allarme che si accende così spesso, perché proprio in una certa fase della vita, dall'altra è importante usare cure adatte che "regolano" l'allarme sul livello giusto.

Quanto è frequente il DAP. Secondo studi fatti in USA, Germania e in Italia circa 2-3 persone su cento soffrono di Disturbo da attacchi di panico. Un collega italiano, il prof. Faravelli presso l'Università di Firenze, ha riscontrato che circa 2-3 fiorentini su 100 soffrono di questo disturbo, quindi quelle stime sembrano valide anche per l'Italia.

Ma prima non era diagnosticato? Probabilmente esisteva anche prima. Un mio paziente, a me molto caro, ha 85 anni, è una persona vivissima. Soffrì del suo primo attacco di panico negli anni '30. Un tempo, ricordo che si faceva diagnosi di Psiconevrosi d'ansia e d'allarme. Vari casi di allora potrebbe essere oggi riclassificati così. Comunque il panico non è esattamente solo nevrosi d'ansia. La patologia con questo nome è stata "nominata" come entità autonoma negli anni 80. Il nome DAP è comparso ufficialmente per la prima volta nel 1980, con la pubblicazione di un importante manuale diagnostico negli Stati Uniti, chiamato DSM III (Manuale diagnostico-statistico dei disturbi mentali, terza edizione; ora si usa il DSM quarta versione, DSM IV). Da allora si è cominciato a studiarlo e a conoscerlo.

Chi è colpito. E' una malattia dei giovani e della media età. Ne soffrono più spesso persone tra i 20 e i 40 anni, ma anche dopo. E' un po' più frequente nelle donne.

I *contenuti* della paura sono di avere un attacco cardiaco, di sentirsi male, di svenire, di morire, di impazzire, di perdere il controllo. E' comune la paura di avere qualcosa che non è diagnosticato o riconosciuto, nonostante gli esami medici siano normali (preoccupazioni ipocondriache).

L'attacco in genere monta lentamente da un disagio fisico ad una condizione marcata di malessere fisico, con paura di sentirsi male, in situazioni tipiche quali in luoghi chiusi (ristorante, cinema, teatro, aula, sala di riunioni, ecc.), autobus, metropolitana, treno, aereo, alla guida in mezzo al traffico o in autostrada, su ponti, tangenziali, in ascensore. Alcune persone avvertono l'attacco in luoghi chiusi e caldi, con aria viziata (di fronte al camino, in una baita), a letto di notte. In genere dopo alcuni attacchi la persona impara ad evitare le situazioni (sopra descritte) dove gli attacchi si sono verificati. Subentra così l'evitamento, parte integrante del disturbo. Spesso la persona ha bisogno di qualcuno fidato che la accompagni, le stia accanto e non esce o non va in quei luoghi se non accompagnata. Tale pensiero gli è intollerabile. Alla fine si instaura una sorta di "dipendenza" dalla persona accompagnatrice vissuta con ambivalenza : in realtà il malato di panico vorrebbe far da solo, non sopporta di dover sempre richiedere qualcuno accanto, è grato all'accompagnatore ma stanco di dipendere da lui/lei. evita di uscire. Altri escono, vanno in giro seguendo però un percorso obbligato che passa sempre lungo direttrici dove, se dovesse sentirsi male, vicino ci sia un ospedale. Alcuni miei pazienti non andavano più in vacanza nelle isole o in luoghi lontani da centri di pronto soccorso. Gli aerei vengono evitati sistematicamente: la paura tipica, dirà il paziente con attacchi di panico, non è che l'aereo possa cadere (paura tipica del semplice fobico) ma di sentirsi male mentre lui si trova in aereo in mezzo all'Atlantico o in alta quota, dove non può essere soccorso.

L'ansia di avere un altro attacco, improvviso, è definita tipicamente *anticipatoria*.

La persona impara spesso a usare ansiolitici (come le benzodiazepine), che hanno ottimo effetto sui sintomi sia psichici che soprattutto fisici dell'ansia. Molti non escono tranquilli se non hanno con sé le compresse o le gocce di tranquillante. Gli ansiolitici tuttavia sono solo dei tamponi e non sono realmente curativi. Si può creare una dipendenza psicologica dall'ansiolitico, sebbene io ritenga che il più delle volte si tratta più che di dipendenza semplicemente del fatto che il disturbo non è passato e che l'ansiolitico ne blocca i sintomi. Il trattamento preferibile è quello di provare in prima battuta una terapia psicologica basata sull'insight e sulla esposizione graduale; se questa fallisce o non è attuabile, usare antidepressivi (SSRI, triciclici, NARI, IMAO) per vari mesi riducendo e sospendendo lentamente gli ansiolitici e inserendo istruzioni di esposizione appena i sintomi del panico sono bloccati dalle medicine (v. vari miei lavori sul trattamento con farmacoterapia e psicoterapia integrata o sequenziale che sembrano dare ottimi risultati a lungo termine).

Ha sintomi psichici e sintomi fisici a parte quelli psichici descritti, sono comuni nel paziente con attacchi di panico disturbi fisici vari (palpitazioni, senso di vertigine, faticabilità, fastidi gastrointestinali, senso di mancanza d'aria, senso di testa leggera, facilità alla "confusione" in presenza di ambienti con molte luci e rumori, stanchezza, senso di calore, ecc.) ed è frequente l'evidenza secondo la mia esperienza che esista una instabilità o iperreattività neurovegetativa. Sono convinto anzi che, sebbene vi siano varie radici psicologiche e biologiche del DAP, esista in molti casi una predisposizione del sistema neurovegetativo. Nei casi che ho seguito questa fase di instabilità – labilità neurovegetativa è durata da varie settimane a molti mesi, regredendo lentamente fino alla guarigione. Alcuni pazienti tornano alla norma per gradi, molto lentamente. La presenza di questi disturbi neurovegetativi, se marcati, è purtroppo una causa frequente di fallimento o di impedimento al trattamento mediante sola psicoterapia.

Perchè *attacchi*? perchè sono improvvisi, intensi, in genere di breve durata. Si dice "parossistici".

Perchè "panico"? Ormai è entrato nel modo di dire. Panico è una *paura intensa che fa perder la ragione*. Se ben ricordo, in realtà "panico" deriverebbe dal nome di Pan, il la divinità greca della natura che secondo il mito si aggirerebbe nei boschi spaventando i passanti. Forse chi ha proposto questo termine per questa patologia immaginava che il panico fosse simile a quel terrore.

Il primo attacco colpisce spesso all' improvviso, e il paziente ne ricorda tipicamente la data : "Era il 4 gennaio e stavo a...". Da quel giorno, la sua vita è cambiata perchè ha paura di sentirsi di nuovo male. In genere c' è l' intervento di un medico che, giustamente, elimina il sospetto di una malattia fisica : vien fatto un elettrocardiogramma, e il più delle volte, con un calmante o tranquillizzando il paziente a parole, lì per lì tutto passa. Ma la paura di svenire, che il cuore impazzisca e gli venga un infarto rimane come un tarlo nella mente. Ogni battito più forte del cuore (magari perchè si ha salito le scale più in fretta) causa un pensiero "Oddio, mica mi verrà un infarto?" Si comincia per prudenza ad evitare gli stessi luoghi in cui gli è capitato : in genere luoghi affollati; al ristorante o al cinema (se ci va) siede sempre in un posto laterale da cui possa uscire se si sente male, non guida più la macchina da solo (peggio se fuori città, su ponti, sul GRA, ecc.), non sopporta l' idea di rimaner bloccato in autobus in mezzo alla gente, intrappolato in metropolitana, non prende l' aereo perchè non sopporta l' idea di non poter scendere quando vuole. Spesso son persone che non hanno mai avuto paura di nulla. Ricordo un mio paziente che aveva fatto missioni di guerra come pilota, e che adesso aveva paura ad entrare in un supermercato, ed era terrorizzato dal prendere un aereo di linea. La persona in genere combatte e cerca di vincere il panico, ma i casi che vediamo noi sono quelli che non

ce l'han fatta. Spesso questo finisce porta ad una *seconda fase*, con depressione. E la malattia si complica, perchè la persona si chiude, evita, ha paura e diviene depresso. E' chiaro che è una depressione secondaria. Alcuni pazienti trovano tuttavia un loro equilibrio : magari si spostano da soli, ma per brevi tratti, vanno al cinema ma solo in quelli che conoscono, o solo se con qualcuno, ecc. .

In genere la diagnosi di DAP non ha bisogno di tests psicologici, è più che sufficiente la storia e il quadro clinico. I test possono essere utili per avere un'informazione epìu completa sulla persona. Esistono comunque test specifici per misurare il panico, l'evitamento e il loro variare durante e dopo il trattamento, che ad esempio io uso spesso.

Normalmente, quando facciamo test psicometrici ai nostri pazienti, vediamo che hanno tutti in comune preoccupazione per la loro salute fisica, depressione di varia entità, ansia, stancabilità e astenia, una bassa capacità di controllo. . In una recente ricerca, presentata quest' anno al congresso della società italiana di psichiatria, abbiamo studiato con un apposito nuovo questionario messo a punto negli Stati Uniti (Questionario Tridimensionale di Personalità) vari tipi di pazienti. Si è visto che i pazienti con disturbo da attacchi di panico hanno come caratteristica tipica un alto cronico evitamento del pericolo, timore di avventurarsi in situazioni nuove, vivono un po' alla ricerca di protezione e per loro è importante il rapporto con gli altri, da cui spesso dipendono. Hanno un alto grado di sofferenza soggettiva caratterizzati da un alta paura. Altre persone, per esempio anche i depressi, soffrono spesso di sintomi simili ma in chi soffre di panico questa mancanza di libertà è certo più forte.

L'etiopatogenesi: Perchè viene?

Si cerca da anni la risposta. E non è così semplice come secondo alcuni sarebbe. Può darsi che non ci sia una causa unica in tutti i casi. Spesso nella storia lontana c'è una tendenza alla reattività ansiosa, aperta o latente, già presente nell'infanzia e nell'adolescenza. Spesso si riscontra una situazione di vita o evento precipitante, scatenante. Altre volte non chiaramente.

Esiste certamente una variabilità genetica per l'essere "paurosi": si nasce più o meno "paurosi", e sopra tale disposizione si sovrappongono i fatti della vita, le esperienze fatte, l'apprendimento, la capacità di controllo che ognuno sviluppa. C'è chi ha avuto qualcuno che gli ha insegnato come vincere la paura e chi no. Chi è nato e cresciuto in una famiglia di ansiosi, ha respirato l'ansia, l'apprensione, fin da piccolo : in un certo senso ha "imparato" l'ansia, la modalità di vedere nel mondo soprattutto le minacce, i pericoli, anche in modo esagerato. E' più probabile, per una miscela di cause sia di vulnerabilità genetica che di esperienze familiari, di sviluppare un Disturbo d'ansia.

Molti ritengono (scuola cognitiva) che il nucleo centrale sia l' ansia di separazione e coinvolga quindi la sicurezza dell'attaccamento affettivo. Secondo altri (approccio umanistico esistenziale), il nocciolo sarebbe l'angoscia di morte. Altri ancora (teoria biochimica o biologica) ritengono che le cause siano fisiche e risiedono in un'alterazione della chimica cerebrale e del funzionamento di alcune aree del cervello o del metabolismo, connesso ad esempio alla respirazione e ad una sorta di falso allarme "da soffocamento".

Uno studioso americano, Donald Klein, alcuni anni fa propose di identificare l' ansia di cui soffrono le persone con panico come *ansia di separazione, e non come ansia e basta (l' ansia continua, sottile, di attesa*, di cui altri pazienti invece soffrono). Egli distinse proprio ansia di separazione dall' ansia anticipatoria. In realtà la separazione tra ansia acuta ad attacchi ed ansia cronica diffusa era già stato segnalato nella psicopatologia europea dopo gli anni '50 in particolare da Langen e D Klein l'ha probabilmente ripreso e introdotto nella psicopatologia "dominante" di lingua inglese degli anni '80.

L'ansia acuta ad attacchi è il prototipo del Disturbo di panico; l'ansia cronica diffusa del Disturbo da ansia generalizzata (DAG). Vari autori inoltre sostengono che l'ansia cronica diffusa, o lo stesso Disturbo d'ansia generalizzata, in realtà siano la "vecchia" personalità ansiosa e che siano difficilmente distinguibili. La classificazione DSM IV non ha peraltro tra i disturbi previsti la personalità ansiosa, i cui casi finiscono invariabilmente nel DAG.

In effetti i pazienti con panico riportano tematiche tipiche, tutte centrate su paura-insicurezza, alla ricerca di punto di riferimento e di *attaccamento sicuro*, con timore per la salute e di morire, di non farcela da soli, di controllare per sentirsi più sicuri, di perdere. Hanno come ipersensibilità ai distacchi affettivi (sul piano affettivo e ovviamente sul piano di tutto ciò che nella fantasia è vissuto e collegato alla separazione).

Frequente è in questi pazienti anche la ipersensibilità alle costrizioni e a tutte le situazioni di vita che rappresentano per loro costrizioni. In alcuni casi ho visto il DAP scatenarsi dopo il matrimonio, la nascita di un figlio, nuovi impegni nel lavoro (anche promozioni che eperò comportavano maggiore impegno e legame)

Spesso esistono eventi stressanti della vita che precedono l' insorgenza del panico e hanno come sensibilizzato il soggetto. Nelle storie cliniche dei pazienti spesso si ritrova la morte di un amico (magari per incidente, malattia) che ha colpito il paziente, magari non molto lì per lì, ma successivamente si è come amplificata nella mente e ha sensibilizzato, oppure una separazione affettiva. Una ricerca condotta qualche tempo fa dal nostro gruppo, autori sono Pancheri e Brugnoli, riscontrò un' elevata frequenza di eventi di perdita affettiva nei pazienti con panico. E' come se la perdita sensibilizzasse l' allarme per l' ansia?

Probabilmente sì. Ci sono anche studi che spiegano come uno stress psichico influenzi non solo la mente, ma i mediatori nervosi (neurotrasmettitori) cerebrali.

In un certo senso, potremmo dire che è una malattia della sicurezza affettiva e della minaccia di perdita di una base sicura. Rimanda di fondo all'angoscia di morte e il DAP si può considerare come un disturbo caratterizzato da attacchi acuti di angoscia di morte. Questo può servire ad aiutare pazienti con DAP, anche se la paura è talmente forte che il "ragionare" intorno a questo tema aiuta sul piano razionale poco fa di fronte alla paura, intensa, primitiva, pervasiva quando l'attacco di panico sta montando e il malato ne viene preso.

La durata e il decorso.

Non è un disturbo breve, né da sottovalutare. Limita la libertà, dà sofferenza, tende a recidivare. In una parte dei casi compare una depressione, secondaria. Vari studi hanno documentato che la qualità di vita del malato di DAP è compromessa e peggiore rispetto a persone sane. Vari studi hanno suggerito una durata media di alcuni anni. Nella mia esperienza sul lungo termine circa un terzo dei pazienti se ben curato guarisce definitivamente; un terzo migliora ma mantiene sintomi residui, con rischio di ricadute a distanza (che se curate a loro volta sono seguite da miglioramento); un terzo circa risponde poco o parzialmente alle cure e può (fortunatamente) tenere a bada i sintomi maggiori prendendo anche per anni ansiolitici ma finisce per "coesistere" col disturbo, patendone i limiti che dà.

La diagnosi differenziale

Bisogna studiare l'anamnesi, le modalità di insorgenza, il tipo dei sintomi, il loro modo e tempo di manifestazione per capire che ci si trova di fronte ad un vero quadro di DAP. In genere un terapeuta esperto lo capisce dall'insieme dei sintomi, da come si presentano, dalle parole e modalità stesse di racconto del malato, e dalla storia. E' comunque necessario fare una valutazione somatica ed avere il riscontro di alcuni esami di laboratorio per escludere possibili cause fisiche. Va esclusa l'ansia anche a tipo panico scatenata dall'uso di sostanze e droghe (incluso l'eccesso di caffè!). E' frequente in un terzo o la metà dei casi la presenza di altri disturbi d'ansia o depressivi.

Chiavi di lettura e terapie secondo teorie diverse : biologica, psicoanalitica, cognitiva, umanistica.

Il trattamento: considerazioni preliminari

Il Disturbo di panico è oggi più conosciuto ma solo un limitato numero di malati riceve le cure "giuste". Capita che sia curato impropriamente o che non sia curato. Capita che un malato prenda per anni ansiolitici, senza venirne mai a capo.

Chi segue la prospettiva biologica, ricorderà come l'attacco di panico sia tanto simile in certe manifestazioni della separazione negli studi etologici, come certe sostanze (caffè, stimolanti, ecc.) scatenino spesso tachicardia e attacchi di panico in questi pazienti, come certi farmaci risolvano e curino gli attacchi di panico.

Un terapeuta di orientamento psicoanalitico tenderà a spiegarlo sulla base di difficoltà di individuazione-separazione, di dipendenza, di conflitti inconsci rispetto a tali temi.

Chi segue la prospettiva cognitiva darà maggior peso alla conoscenza di sé che il paziente ha sviluppato rispetto ad attaccamento e separazione affettive, come se l'è costruita, e come questa influenzi il modo in cui vede il mondo. Tenderà di ristrutturare certe convinzioni del paziente, e permettergli di imparare una nuova sicurezza.

Un terapeuta di orientamento umanistico-esistenziale probabilmente sottolineerà il ruolo centrale dell'angoscia di morte e di morire, relativa a sé e a persone care, ricollegandola all'esperienza che l'uomo ha sempre avuto verso la morte.

Secondo il mio parere, ciascuna di queste interpretazioni è vera a livelli differenti di esperienza e di analisi del problema. Queste osservazioni servono per impostare, a mio avviso, nel modo migliore la cura.

Il trattamento del Disturbo di panico: le risorse

L'evidenza dei dati sul piano mondiale punta su due linee di trattamento principali: psicoterapia comportamentale – cognitiva; farmacoterapia specifica antipanicò.

La psicoterapia comportamentale – cognitiva ha ampie evidenze di efficacia da numerosi studi controllati in letteratura. Nella mia esperienza ciò è confermato, sebbene nella realtà di ogni giorno solo una parte dei pazienti risulti eligibile. Va osservato che i dati disponibili nella letteratura tecnica psicologica e psichiatrica sono prevalentemente in ambito britannico e statunitense. Nella mia esperienza la terapia comportamentale, salvo alcune eccezioni, non sembra aver attecchito in Italia e, più in generale, nei paesi mediterranei. Credo si tratti soprattutto di "mentalità": la terapia comportamentale e cognitiva è una terapia basata su istruzioni da eseguire, senza parlare troppo, senza lamentarsi, senza "colloquiare" più del necessario. E' breve, costa

poco, è efficace a patto che si rispetti la tecnica: il terapeuta organizza ciò che il paziente deve fare per liberarsi dal panico e, se il paziente lo fa, segue le istruzioni, molto probabilmente riuscirà. Non è questa la mentalità del paziente (e del terapeuta medio) italiano. Quindi nella pratica clinica il trattamento del DAP in Italia è ancora molto basato su psicoterapie di altro indirizzo, che puntano alla comprensione delle presunte cause psicologiche del disturbo, sottovalutando o ignorando la componente della "esposizione" alle situazioni temute, che secondo i teorici della terapia comportamentale è il nocciolo della cura. Giusto o sbagliato che sia, nella mia esperienza ho incontrato molti pazienti che venivano da anni di "analisi", che avevano compreso tutto o quasi della loro storia psicologica ma che non uscivano di casa da soli. Questo mi ha portato a convincermi che la conoscenza di per sé non porta al cambiamento, ma che occorre una tecnica specifica. Per questo combino una psicoterapia basata sull'insight con principi di esposizione, di tipo comportamentale.

La farmacoterapia antipanico si basa su farmaci quali antidepressivi triciclici (in particolare imipramina e clomipramina), inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (paroxetina, fluoxetina, citalopram, escitalopram, sertralina), di venlafaxina, di MAO. L'evidenza scientifica favorevole risulta da decine di studi controllati pubblicati negli ultimi anni e dalle Linee guida delle principali organizzazioni scientifiche. Ho ormai esperienza anch'io di trattamento con tali farmaci e ho chiara evidenza che in almeno 2 casi su 3 liberano dal panico entro 1 mese. Il problema principale avviene dopo la sospensione. Il tasso di ricadute è piuttosto alto. La farmacoterapia antipanico, in sostanza, dà ottimi risultati in 2 pazienti su 3 a breve termine ma può non bastare a lungo termine. Molti pazienti peraltro chiedono di più: vogliono capire, sapere perché ne soffrono e se vi siano cause o problemi sottostanti.

Una nota: le benzodiazepine, da sole, sono una cura sbagliata o meglio non sufficiente. Tamponano, ma non risolvono. In alcuni casi (che dipendono dal paziente, dalla difficoltà logistica alla cura, da risposte parziali, ecc.) sono l'unica risorsa e possono essere prese con sicurezza anche per anni, ma il panico non va via, viene solo "silenziato" dall'ansiolitico.

La psicoterapia farmacosequenziale. Ho seguito negli ultimi 20 anni circa 150 pazienti, alcuni fino a 10-12 anni dopo il primo contatto. Ho in effetti rilevato che la terapia più efficace è quella che combina i vantaggi di attacco della farmacoterapia con l'apprendimento della psicoterapia (psicoterapia farmacosequenziale). Ho pubblicato risultati interessanti, con mantenimento elevato di beneficio a distanza di vari anni con tale trattamento "combinato", in confronto al solo trattamento farmacologico utile a breve termine, meno a lungo termine. Alla fine mi sono convinto che il trattamento più efficace sia questo, con una precisa combinazione in sequenza: farmaco antipanico d'attacco, psicoterapia per insight ed esposizione graduale, con riduzione progressiva del farmaco. Non deve mancare l'esposizione. Descrizioni migliori si trovano nei miei lavori pubblicati sia in italiano che in inglese (v. anche su MEDLINE).

Dentro quest'intervento uso quando possibile tecniche di rilassamento e di meditazione, che sono adatte però solo ad una parte dei pazienti.

Alcune considerazioni finali

Due considerazioni prima di chiudere, una prima sulle cure, una seconda riguardo al possibile senso degli attacchi di panico.

Comprendere le cause degli attacchi e come curarli

Il problema è che *comprendere e curare* sono due cose lievemente diverse. Capire le cause non basta per guarire. *Mi rendo conto che vado contro un assioma del modo di pensare psicologico dominante. Capire le cause è importante ma è solo il primo gradino. Il secondo gradino è provare a cambiare, poi mantenere il cambiamento.* Per curare bisogna anche intervenire. Per questo io sono più favorevole a interventi più attivi, che non si limitino a esplorare le cause, ma che provino a far affrontare al soggetto le sue paure. Non è facile, ma con determinate tecniche si può aiutare il paziente a farcela. I farmaci possono dare un ottimo aiuto in questo e sarebbe un errore non usarli. Per la mia esperienza *l'intervento più efficace è quello psicofarmacologico combinato con quello cognitivo*. Con la terapia adatta molti pazienti possono guarire rapidamente. I farmaci servono per togliere il panico, ridare carica, la psicoterapia per far imparare il cambiamento, capire in che momento del proprio ciclo di vita è venuto questo disturbo, in che contesto si è presentato, come ri-progettare il proprio futuro. Vari pazienti lo fanno da soli, ma non tutti. Ho visto invece vari pazienti capire la radice della propria paura ma non riuscire nella realtà a superarla nonostante anni di lavoro terapeutico solo psicologico.

Il Disturbo di panico, come la depressione è importante perché fa prendere atto della utilità di integrare terapie diverse ed evitare in psicologia e psichiatria di continuare a vedere *un uomo a una dimensione*, o solo psicologico, o solo biologico. Psicologico e biologico si compenetrano, sono inscindibili, comunicano. Io sono convinto che deve ancora cadere il muro tra terapie psicologiche e terapie biologiche: agiscono tutte, seppure con mezzi diversi, su vie finali comuni. Gli studi degli ultimi dieci anni hanno portato a sviluppare

conoscenze che hanno capovolto (o stanno capovolgendo) alcune certezze della e della psicologia : basti pensare alla psiconeuroimmunologia, alla psiconeuroendocrinologia, agli studi sulla maturazione e plasticità cerebrale.

Credo che questo valga anche per la depressione e che discutere se la causa della depressione sia biologica o psicologica sia perder tempo in un problema malposto alla radice .

Una riflessione sugli attacchi di panico e l'angoscia della morte

Il "cuore" del Disturbo di panico sembra soprattutto l'angoscia della morte. Perché viene? La morte è un dato di fatto, ogni persona sa che un giorno dovrebbe morire (in genere non ci si pensa oppure lo si accetta come un fatto lontano). Perché una persona inizia in una certa fase della vita a soffrirne, ad attacchi? Si intrecciano aspetti della storia individuale, da un lato, e aspetti del nostro contesto sociale, dall'altro.

Per quanto riguarda l'aspetto individuale, le paure son sempre esistite e fanno parte della storia della coscienza dell' uomo. Gli umani, potendo anticipare con la mente il futuro, hanno sempre avuto anche il sentimento di paura : della morte, del buio, di ciò che è ignoto, della natura, di ciò che può minacciare, dell'incerto, di soffrire. L'uomo odierno, dietro le apparenti sicurezze della sua civiltà, ha molte fonti di paura. La paura di sentirsi male e anche di morire è il nucleo centrale del Disturbo di panico. Questi attacchi nascono spesso in un periodo di vita in cui avvenimenti avversi hanno colpito il senso di sicurezza affettiva di una persona. Spesso la persona viene da un lungo periodo stressante, sfibrata, magari da altre cause, cui si è sovrapposto l'evento improvviso di morte di qualcuno, talvolta due eventi simili. La morte improvvisa di un amico per un incidente, l'infarto di un conoscente, la morte di un genitore, e così via, spesso precedono di qualche mese la manifestazione del DAP: "l'ho salutato ieri sera e il giorno dopo non c'era più", "ho capito che poteva capitare anche a me": si insinua il germe dell'insicurezza, della paura, la mente si inquieta, si allarma, inizia la paura, l'interpretazione preoccupata di questo o quel sintomo o disturbo fisico insiste nella testa e resta in agguato, finché un giorno dentro a un ristorante, in un cinema, in mezzo al traffico parte un malessere, una tachicardia e sale la paura "mi verrà un infarto?" "e se mi sento male?". Questi pensieri moltiplicano la paura, l'ansia, i sintomi fisici (scatenati dall'ansia) aumentano, vengono interpretati come segno che si sta veramente male, la persona cerca di fuggire, e l'ansia stessa peggiora. L'attacco d'ansia sembra interminabile, spesso la persona viene portata al Pronto Soccorso, fa una visita e un elettrocardiogramma. Non ha "nulla", le dicono i medici (è vero, non ha nessuna malattia fisica, il cuore è sano) e il momento critico spesso è già passato. La persona si riprende. Comincia la paura di star male un'altra volta, la paura che ritorni. Vive in un'allerta continua. Comincia a prestare attenzione a minimi segni, modificazioni fisiche: un senso lieve di vertigine, una fitta, una contrattura, un senso di caldo o di freddo improvvisi, la mente parte col dubbio, comincia a prestare attenzione continua al proprio stato fisico pronta ad allarmarsi per ogni piccola variazione, vive nell'ansia che ritorni il disturbo.

In una seconda fase comincia ad evitare di andare dove teme di sentirsi male. La lista è lunga. Inizia la sofferenza causata dalla paura, dalla limitazione della libertà, passa la voglia di fare, viene la sfiducia perché dopo vari tentativi si accorge di non farcela a superare il disturbo. La persona si demoralizza e infine si deprime. Esce poco, o solo accompagnata, ha vari fastidi fisici, magari fa diversi controlli medici specialistici: più volte il cardiologo, il neurologo, una TAC o la risonanza, l'otorino, a volte il gastroenterologo, infine lo psichiatra, qualche volta lo psicologo.

Per quanto riguarda l'aspetto sociale e di contesto, i modi in cui questa paura della morte si manifesta sono influenzati dall' epoca storica, dai modi, credenze della società e dei gruppi culturali umani. Ricordo uno psichiatra cinese che incontrai in una riunione della Organizzazione Mondiale della Sanità. Eravamo in mezzo a delegati di varie altre nazioni. Si parlava dei nuovi criteri diagnostici proposti negli Stati Uniti per il Disturbo di panico. Lui disse che in Cina poca gente soffriva di DAP così come lo intendevamo noi. Tanta gente invece, diceva, soffriva di neurastenia e di ipocondria : gli chiesi di più su questo, mi feci raccontare i disturbi di questi pazienti, e capii che erano molto simili a quelli dei nostri DAP.

Certo può colpire come molte persone vengano colpite da "angoscia di morte" ad attacchi, improvvisi, irrazionali, ripetuti in una delle civiltà umane più sicure e protettive della storia, dove si è raggiunto il massimo della longevità, il minimo della mortalità infantile e della fascia di età adulta, dove molte malattie vengono controllate e gestite e si trasformano in disturbi a lungo termine (mentre un tempo senza le cure specifiche portavano a morte molto prima). Il DAP, così come l'abbiamo descritto, è probabilmente sempre esistito anche se con questa connotazione è un disturbo descritto nella civiltà occidentale e non è forse un caso che si manifesti soprattutto in un'epoca in cui la morte è "negata", nascosta, circoscritta e lontana dalla vita quotidiana. I bambini non fanno quasi più esperienza della morte. Si muore in genere in ospedale, lontani da casa, fuori da occhi degli altri. Gli adulti dai 20 ai 40 anni difficilmente vedono loro coetanei morire. Possibile che ci sia il paradosso che in un'epoca in cui si muore meno, la morte si vede meno ma fa più paura?. In un certo senso, è come se dietro gli attacchi di panico ci fossero persone *indifese* di fronte all'idea della morte, che reagiscono con paura e allarme, non sapendo dove collocarla nella propria sfera di esperienza. L'angoscia di morte fa parte integrante della vita e deve trovare una sua collocazione nella

mente. Spesso è stata innescata da eventi di perdita affettiva, che hanno colpito la sicurezza dell'attaccamento. Vive con noi. In alcune persone esce fuori in modo improvviso e prepotente, diventa dominante. Diventa una malattia. Per guarire è importante oltre alle cure farmacologiche anche una dimensione *mentale, spirituale* che consenta di collocare nella mente il pensiero della morte nelle sue giuste proporzioni. Parlando con chi ne è guarito, mi sono fatto l'idea che sia un punto importante, che una cura più profonda non dovrebbe trascurare.

Bibliografia:

American Psychiatric Association, Manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali, DSM IV. Masson, Milano (1994) (tr. It)