



## **Il Disturbo da Attacchi di Panico (DAP)**

*di Salvatore Di Salvo*

Il Disturbo da Attacchi di Panico colpisce prevalentemente l'età giovanile e i più recenti studi epidemiologici mettono in evidenza il fatto che ne è interessato il 33% dei giovani d'età compresa tra i 18 e i 25 anni, nel senso che un giovane su tre di questa fascia incontra uno dei multiformi aspetti della sintomatologia DAP.

### *Sintomi de DAP*

Il Disturbo da Attacchi di Panico è caratterizzato dal ripetersi di stati d'ansia acuti ad insorgenza improvvisa e di breve durata. Gli episodi acuti sono accompagnati da sintomi neurovegetativi, psicosensoriali e comportamentali di frequenza ed intensità variabili per cui si presentano quadri clinici tra loro molto diversificati. E' in ogni modo possibile individuare alcuni aspetti fondamentali comuni a tutti gli attacchi di panico:

- i sintomi compaiono in maniera improvvisa e drammatica;
- la crisi è vissuta con un senso penoso d'impotenza, di paura, di mancanza di controllo;
- la durata della crisi è breve: in genere pochi secondi o minuti;
- alla crisi acuta segue un periodo prolungato, anche di molte ore, in cui sono presenti sensazioni di "testa confusa", marcato stato di spossatezza, sensazioni di sbandamento, vertigini.

Gli attacchi spesso si manifestano "a ciel sereno", nel senso che, al momento dell'attacco, non è presente una situazione in grado di costituire motivo d'ansia per il paziente e anzi, spesso, si tratta di situazioni routinarie: passeggiando per strada, guidando l'auto, al cinema, facendo acquisti al supermercato. Talora il primo episodio si manifesta in situazioni drammatiche della vita del paziente, come gravi incidenti o morti improvvise di persone care.

Può anche manifestarsi in concomitanza con l'assunzione di sostanze stupefacenti, in particolare marijuana, cocaina, amfetamine.

In oltre il 50% dei casi sia la prima crisi sia quelle successive, si manifestano durante il sonno, determinando un risveglio angosciato.

I *sintomi psichici* dell'attacco sono tipicamente rappresentati da paura, terrore, sensazione di morte imminente, timore di perdere il controllo delle proprie idee (impazzire) o delle proprie azioni. A ciò si associano *sintomi neurovegetativi* quali palpitazioni, dolore toracico, dispnea, sensazione di soffocamento, vertigini, vampate di calore, brividi di freddo, tremori e sudorazione profusa. In circa

un terzo dei casi si manifestano anche *fenomeni psicosensoriali* quali depersonalizzazione e derealizzazione, ipersensibilità agli stimoli luminosi o acustici intensi e modificazione percettiva delle distanze.

Le *manifestazioni comportamentali* sono meno comuni e spesso la crisi passa inosservata ai presenti poiché il soggetto cerca di nascondere le sensazioni provate. Talora però il paziente interrompe l'attività in corso e si allontana, cercando di raggiungere in fretta un luogo sicuro.

Nelle fasi iniziali della malattia comincia a manifestarsi uno stato di paura e ansietà, *l'ansia anticipatoria*, determinata dal timore che gli attacchi di panico possano ripetersi. L'ansia anticipatoria può raggiungere un'intensità tale da essere fonte di marcata sofferenza soggettiva e da determinare una notevole compromissione del funzionamento sociale, lavorativo e affettivo.

Mentre l'attacco di panico ha insorgenza improvvisa e dura pochi minuti, l'ansia anticipatoria cresce lentamente ed ha una durata anche di molte ore. Inoltre è possibile ridurla o controllarla allontanandosi dalla situazione ansiogena o cercando rassicurazioni da una persona di fiducia.

L'attacco di panico, invece, quando comincia non può più essere bloccato: si comporta quindi come una reazione del tipo "tutto o nulla" e sfugge ad ogni controllo quando il meccanismo è innescato.

Nel 20% dei casi si viene a manifestare un'*elaborazione ipocondriaca*: i pazienti temono o sono convinti d'essere affetti da una malattia fisica e chiedono ripetutamente l'intervento del medico internista o di altri specialisti: frequenti sono le richieste d'intervento al Pronto Soccorso. Le preoccupazioni ipocondriache riguardano in genere il timore di una grave malattia cardiaca, come l'infarto, o la paura di una morte improvvisa per ictus cerebrale.

Nei 2/3 dei casi si vengono a strutturare le *condotte d'evitamento*, conseguenti al fatto che i pazienti associano gli attacchi di panico a situazioni o luoghi specifici. Evitando di restare soli, di allontanarsi da casa, di recarsi in luoghi affollati, di usare mezzi pubblici, ecc., gli attacchi di panico diventano meno frequenti e più tollerabili.

Si parla di *agorafobia* quando le limitazioni imposte dall'evitamento interferiscono con attività importanti della vita di tutti i giorni. I pazienti agorafobici evitano piazze, luoghi affollati, ponti, tunnel, ascensori, autostrade, treni, autobus e molte altre situazioni nelle quali può risultare difficile fuggire o ricevere aiuto nel caso di una crisi improvvisa. Alcuni diventano completamente incapaci di uscire soli da casa o possono farlo solo in compagnia di una persona rassicurante nella quale ripongono particolare fiducia.

Le condotte agorafobiche sono determinate sia dall'evitamento di situazioni specifiche nelle quali il paziente teme di avere un attacco di panico, sia dalla ricerca di elementi rassicuranti.

I modi più frequenti mediante i quali è ricercata la rassicurazione sono: possibilità di tornare velocemente a casa, presenza di una persona di fiducia, sedersi vicino alle uscite, parlare tra sé.

I pazienti agorafobici possono continuare ad avere attacchi di panico per anni, anche se la loro frequenza di solito si riduce con il progredire delle condotte d'evitamento. Tipicamente l'agorafobia assume un andamento cronico, provoca notevoli limitazioni dell'autonomia personale ed è vissuta come una condizione inabilitante e fastidiosa della quale sembra impossibile liberarsi.

Un terzo di coloro che soffre d'agorafobia va facilmente incontro a demoralizzazione secondaria: i pazienti si sentono depressi, in colpa, sfiduciati per l'impossibilità di condurre una vita normale.

### *Possibili evoluzioni del DAP*

Il decorso del DAP è molto variabile.

In alcuni casi gli attacchi di panico si presentano in forma sporadica nella giovinezza o nell'adolescenza e scompaiono nell'età adulta, non compromettendo in maniera rilevante l'adattamento sociale. Raramente richiedono l'intervento del medico.

Nel 30% dei casi assumono un andamento fasico, con periodi di remissione alternati a periodi di riacutizzazione. Negli intervalli il quadro è spesso asintomatico. Nelle fasi invece di riacutizzazione sono presenti l'ansia anticipatoria e la ricerca di assicurazioni.

Nel 20% dei casi i pazienti sviluppano una ricerca compulsiva di assicurazioni da parte dei medici ed assumono alcune caratteristiche proprie del disturbo ipocondriaco. In tali casi orientano primariamente l'attenzione sul proprio corpo, sviluppando la convinzione di essere portatori di una malattia organica non compresa dai medici.

Nel 10% dei casi gli attacchi di panico sono seguiti dalla comparsa d'evitamento di situazioni sociali, centrata sul timore di avere una crisi in pubblico. Il disturbo non è mai generalizzato a tutte le situazioni sociali, ma si presenta di solito limitato a prestazione in pubblico quali il parlare o mangiare.

L'evoluzione più comune del DAP (70%) è rappresentata dall'instaurarsi di condotte d'evitamento agorafobiche, con lo sviluppo dei tipici comportamenti descritti nel paragrafo precedente. Alcuni pazienti presentano una storia di attacchi di panico sporadici, seguiti rapidamente da agorafobia grave ed invalidante che si protrae per molti anni, in assenza di crisi acute.

Un terzo dei pazienti presenta, inizialmente durante la crisi, ma in seguito anche nelle fasi intercritiche, sentimenti d'irrealtà, con sintomi di depersonalizzazione e derealizzazione.

In un terzo dei pazienti si ha la sovrapposizione di una sintomatologia depressiva caratterizzata da umore depresso, disinteresse per le normali attività giornaliere, sentimenti d'inadeguatezza ed inutilità. A differenza dei pazienti con disturbi primari del tono dell'umore gli agorafobici non hanno disturbi del sonno né della sfera alimentare e sessuale e, all'interno del loro ambiente, hanno molteplici interessi e conducono attività dalle quali possono trarre piacere e soddisfazione.

### *Vissuti soggettivi del disturbo*

Focalizzando l'attenzione sul vissuto soggettivo del disturbo, è possibile evidenziare alcuni stati emotivi presenti nella quasi totalità del campione esaminato.

### *Vissuto del primo attacco*

Il soggetto è spesso in grado di citare ora, giorno, mese e anno del primo attacco, ricordato con precisione e descritto in maniera vivida e con ricchezza di particolari. Il vissuto ad esso associato è descritto come il passaggio ad un'altra dimensione e le frasi che sottolineano questa situazione sono del tipo: "da quel momento la mia vita è cambiata", "dopo quella crisi non sono più stato lo stesso". Il vissuto è quindi di un radicale cambiamento della propria esistenza, che ora ha dei limiti imposti dalle condotte d'evitamento, peraltro intese come necessarie per contrastare il timore/terrore che gli attacchi possano ripresentarsi.

E' spesso radicata l'associazione tra il primo attacco e la situazione in cui esso si è manifestato: se, ad esempio, si è verificato in un locale pubblico, il soggetto ne evita accuratamente la frequenza; se è avvenuto durante la guida, evita di guidare; se è avvenuto a seguito dell'assunzione di sostanze stupefacenti, teme che esse abbiano determinato un danno irreparabile alle strutture cerebrali e attribuisce a ciò il ripetersi delle crisi anche dopo la loro completa sospensione.

### *Vissuto di disorientamento*

Nonostante i tentativi di comprensione, prevale l'impossibilità di dare alle crisi una spiegazione causale valida e plausibile. Ciò determina un vissuto d'incomprensibilità e le crisi appaiono inspiegabili, con conseguente vissuto di disorientamento. La maggior parte dei soggetti del campione esaminato ha alla spalle una storia di numerosi accertamenti medici con esito negativo, oltre che di svariate diagnosi attribuite ai loro disturbi dai vari specialisti cui si sono rivolti. I più frequentemente consultati sono i cardiologi, per i timori della presenza di un presunto disturbo cardiaco, gli otorinolaringoiatri, per la presenza dei sintomi vertiginosi e i gastroenterologi, per la frequente presenza di problemi colitici. I fallimenti terapeutici dei vari consulti specialistici rinforza inoltre un sentimento di sfiducia nella possibilità di guarigione.

### *Vissuto di vergogna*

Il vissuto di vergogna è strettamente legato alla paura di perdere il controllo delle proprie idee (cioè di impazzire) ed il controllo delle proprie azioni (di compiere cioè gesti di tipo autolesivo o lesivo nei confronti di altri). Da ciò deriva il timore di essere considerati "anormali" o "matti".

### *Vissuto di rabbia/rassegnazione*

In alcuni soggetti prevale la rabbia per un disturbo che manifesta la sua presenza attraverso i sintomi, ma che appare inafferrabile sia dal punto di vista diagnostico sia da quello terapeutico. In altri prevalgono vissuti di rassegnazione attraverso l'adattamento ad uno stile di vita condizionato dalle condotte d'evitamento e quindi nettamente inferiore alle potenzialità soggettive.

Nei soggetti del campione osservato, pur essendo presenti rabbia, rassegnazione e sfiducia, rimane attivo, e la loro richiesta di consulto ne è testimonianza, un atteggiamento di ricerca finalizzato a dare un nome al disturbo e a ricercare un modo per curarlo. Particolarmente avida è la ricerca d'informazioni a carattere scientifico, con la frequente richiesta d'indicazioni di test specifici sull'argomento del DAP.

### *Atteggiamento di parenti, amici e conoscenti*

Nella stragrande maggioranza dei casi (90%) i soggetti del campione, d'età compresa tra i 18 e i 25 anni, parlano con i genitori del proprio disturbo e dei limiti che esso impone. L'atteggiamento dei familiari è inizialmente di comprensione e partecipazione allo stato di sofferenza. Con il passare dei mesi e con il susseguirsi degli esami diagnostici negativi e degli inutili consulti specialistici, anche i familiari vengono però presi da un senso di sconforto e sfiducia. In alcuni casi diventano aggressivi ed assumono un atteggiamento colpevolizzante. L'ambito familiare è comunque quello in cui avviene primariamente la ricerca di supporto e solo il 10% di soggetti, quando ovviamente la sintomatologia non è particolarmente grave, cerca di gestire in modo solitario il proprio problema.

Diverso è invece il discorso rispetto all'ambito sociale. In questo caso solo il 20% dei soggetti del campione esaminato ne parla con amici o compagni di università o di lavoro. Alla base di ciò è la presenza del vissuto di vergogna di cui si è parlato in precedenza, assieme alla convinzione che il disturbo di cui soffrono, già misterioso per loro stessi e per i vari medici consultati, non può essere compreso dagli altri. Si viene così a determinare la convinzione che il parlarne non sarebbe d'alcun aiuto e servirebbe solo ad essere etichettati come "matti".

Coloro che invece, superando dubbi e perplessità, lo hanno fatto, riferiscono di avere ottenuto solidarietà e condivisione dagli amici più stretti.

### *Ipotesi interpretative delle cause*

Una delle caratteristiche degli Attacchi di Panico è la loro apparente inderivabilità, nel senso che non è possibile individuare una spiegazione comprensibile che motivi in maniera chiara la loro

origine. Di fatto la via della logica e della razionalità si mostra poco percorribile per l'interpretazione delle crisi ed è invece necessario seguire la via psicologica.

Quando un qualche nodo conflittuale e problematico si colloca, all'interno della nostra struttura psichica, nella dimensione inconscia ed è quindi escluso dalla coscienza, esprime la sua presenza per via sintomatologica, dando cioè origine a sintomi, che sono l'espressione del fatto che la persona è portatrice di un disagio psicologico e di uno stato di malessere.

E' in questa prospettiva che va collocata la lettura dell'origine degli Attacchi di Panico. Essi vanno quindi interpretati come l'espressione di uno stato di malessere psicologico di cui il soggetto non è consapevole e che esprime la sua presenza producendo sintomi.

Tornando ai soggetti del campione esaminato, rileviamo i seguenti dati.

#### *Disturbo da Attacchi di Panico e disagio giovanile*

Gli Attacchi di Panico interessano, come già evidenziato, il 33% della popolazione tra i 18 e i 25 anni e ciò ne sottolinea la rilevanza sociale. Essi s'inseriscono nel contesto del disagio giovanile in quanto sintomi-segnale dello stato di disorientamento dei giovani e di riempimento del vuoto lasciato dalla crisi del mondo dei valori.

Solitudine, incomunicabilità, situazioni familiari critiche, difficoltà nell'approccio con il mondo del lavoro, possono esprimersi con il ricorso ad alcolici o stupefacenti, con atteggiamenti a volte violenti ed aggressivi, ma anche attraverso l'insorgenza degli Attacchi di Panico, che diventano allora l'espressione psichica del malessere e del disagio di cui i giovani sono portatori.

E' quindi importante riconoscere e curare i sintomi del disturbo ed abbattere i pregiudizi che gravitano attorno ad esso. Come già evidenziato in precedenza, ciò è possibile utilizzando gli strumenti farmacologici di cui oggi disponiamo e che sono in grado di operare un controllo sui sintomi.

E' però altrettanto importante non fermarsi ai farmaci che, per quanto efficaci nella cura dei sintomi, sono invece inefficaci sul disagio psichico da cui essi originano.

Chi soffre d'Attacchi di Panico è portatore di un malessere psicologico fondato sulla crisi dei valori e del significato dell'esistenza ed è questo che determina l'insorgenza degli attacchi.

Diventa allora fondamentale decodificare, attraverso un lavoro psicologico, il senso del disturbo, coglierne il significato, attivando un percorso che consenta non solo di debellare i sintomi, ma anche di rimettere in moto il processo di crescita personale.

### *Diagnosi differenziale*

La diagnosi differenziale deve essere posta con altri disturbi d'ansia, in particolare con la Fobia Sociale, le Fobie Semplici, il GAD, l'ipocondria, il disturbo di somatizzazione e con la depressione.

*Fobia Sociale*: i pazienti con Fobia Sociale temono ed evitano tutte quelle situazioni quali il parlare, il mangiare o il mostrarsi in pubblico o comunque l'esporsi al rischio di essere umiliati, imbarazzati e giudicati dagli altri: in tali occasioni questi pazienti presentano manifestazioni ansiose acute ampiamente sovrapponibili a quelle di un attacco di panico.

Talora, pazienti con DAP possono temere situazioni sociali analoghe per il timore degli effetti imbarazzanti di una crisi in pubblico. In questi casi si parla di Fobia Sociale "secondaria". Nella Fobia Sociale primaria non sono presenti episodi critici spontanei, la paura non è correlata al timore di avere un attacco di panico, inoltre sono meno frequenti sintomi quali sentimenti di irrealtà, vertigini, paura di svenire, di morire o di perdere il controllo.

Non è inoltre presente la marcata sensibilità alla rassicurazione tipica del DAP e la vicinanza di un accompagnatore non allevia le condotte di evitamento.

*Fobie Semplici*: la crisi di ansia acuta della fobia semplice si manifesta sempre e solo durante l'esposizione all'oggetto fobico, non sono presenti attacchi di panico spontanei e le situazioni evitate sono molto poche. Nell'agorafobia del DAP l'esposizione agli stimoli fobici aumenta soltanto la probabilità di avere un attacco di panico e non è inevitabilmente associata con esso, mentre invece nelle Fobie Semplici l'esposizione all'oggetto fobico scatena sempre la crisi acuta).

*Disturbo d'Ansia Generalizzato (GAD)*: la distinzione tra DAP e GAD è per alcuni Autori controversa, anche se sempre più consistenti appaiono i dati a favore dell'autonomia del GAD sul piano psicopatologico e clinico. L'età di insorgenza del GAD si distribuisce uniformemente dall'infanzia fino ai 40 anni e la durata di malattia risulta molto più prolungata. Anche se l'ansia generalizzata ha caratteristiche sovrapponibili a quella anticipatoria, si distingue da essa per il tipo di apprensione e di preoccupazioni che non sono riferite a qualcosa di ben definito, bensì a molti e diversi possibili eventi e situazioni della vita di tutti i giorni.

Inoltre mentre nel DAP è presente una marcata sensibilità alla rassicurazione e la sintomatologia ansiosa si riduce o scompare in ambienti rassicuranti ed in compagnia di persone familiari, il paziente con GAD è quasi incapace di percepire gli elementi rassicuranti dall'ambiente.

*Ipocondria*: talora nel DAP le preoccupazioni ipocondriache divengono il sintomo dominante il quadro psicopatologico e ciò può rendere difficile la distinzione dal disturbo ipocondriaco.

La presenza di attacchi di panico spontanei e di condotte di evitamento, anche se attenuate e mascherate dalla componente ipocondriaca, sono fondamentali per fare una diagnosi differenziale.

*Disturbo di Somatizzazione*: le manifestazioni di questo disturbo consistono in lamentele somatiche multiple e ricorrenti, della durata di parecchi anni, per le quali viene a più riprese richiesta l'attenzione dei medici. I sintomi possono essere osteoarticolari, gastrointestinali, cardio-polmonari o pseudo-neurologici.

Nel DAP vi sono sintomi cardio-respiratori che si presentano però solo nel contesto degli attacchi.

*Depressione*: la distinzione tra DAP e depressione risulta piuttosto agevole per le notevoli differenze tra i due disturbi sul piano dei sintomi. Tuttavia nel DAP sono spesso presenti sintomi depressivi ed in questi casi possono comparire problemi di diagnosi differenziale. In alcuni pazienti la depressione ha i caratteri di una demoralizzazione secondaria con umore depresso e, talvolta, sentimenti di colpa e ridotta autostima; permane una certa reattività agli stimoli ambientali e non sono presenti sintomi neurovegetativi né rallentamento psicomotorio.

Anche le fasi successive alle crisi acute del DAP, spesso prolungate e accompagnate da astenia, profonda prostrazione, ipersonnia o sonnolenza, possono essere distinte con difficoltà dalla depressione.

### *Terapia*

Il primo momento terapeutico consiste nell'indicare al paziente che i sintomi da lui presentati sono ben identificabili e riferibili ad un'entità clinica nota, per la quale esistono terapie efficaci. E' quindi primariamente importante che il paziente riceva informazioni sul proprio disturbo e che gli venga comunicata esplicitamente la diagnosi, la sua natura ed il suo decorso. Ciò ha lo scopo di favorire l'accettazione del farmaco e di ridurre l'ansia anticipatoria, che si attenua nel momento in cui si sente curato da un medico competente.

Dal punto di vista farmacologico, il DAP risponde bene alla terapia con antidepressivi del gruppo SSRI (Inibitori Specifici della Ricaptazione della Serotonina), in particolare la paroxetina, in associazione con un ansiolitico ad emivita breve, come l'alprazolam. Di solito le crisi acute si riducono nettamente come intensità e frequenza nel giro di 4/6 settimane. Nei due/tre mesi successivi si riducono, a volte fino a scomparire del tutto, l'ansia anticipatoria e le condotte d'evitamento agorafobiche.

La terapia farmacologica è quindi in grado di controllare la sintomatologia clinica del DAP. Va però sottolineato il fatto che essa agisce solo ed esclusivamente sui sintomi e non sulle cause che li hanno determinati.

Dal punto di vista psicologico il DAP è da interpretare come l'espressione, attraverso i sintomi, di problematiche di cui il soggetto non è consapevole e che si manifestano attraverso le crisi. Su tali problematiche psicologiche i farmaci non hanno alcun effetto: esse devono invece essere indagate e

portate alla coscienza utilizzando lo strumento psicologico, attraverso un lavoro di ricerca psicoterapeutica.

Il trattamento del DAP deve quindi essere effettuato attraverso una terapia di tipo combinato, farmacologica per la cura dei sintomi e psicologica (psicoterapia) per la cura delle cause, al fine di evitare che i sintomi ricompaiano quando viene interrotta la terapia farmacologica.

Della terapia psicologica verrà trattato in un capitolo a parte.