



Dottor Roberto Pagnanelli

ATTACCHI DI PANICO

Che cosa sono,
come affrontarli, come curarli



EDIZIONI IL PUNTO D'INCONTRO

Dottor Roberto Pagnanelli

ATTACCHI DI PANICO

Che cosa sono,
come affrontarli, come curarli

Indice

Ringraziamenti	7
Prefazione	9
Introduzione	11
Incidenza dell'ansia e dell'attacco di panico	
I sintomi dell'ansia e dell'attacco di panico	
I criteri diagnostici per l'attacco di panico	
Il caso di Luca	20
L'attacco di panico dal punto di vista della psichiatria	26
Che cosa succede durante l'attacco di panico	49
La farmacologia e l'attacco di panico	
Un'ottima ricetta medica farmacologica	
L'attacco di panico dal punto di vista della medicina alternativa	59
L'omeopatia e l'attacco di panico	
Un'ottima ricetta medica omeopatica	
La fitoterapia e l'attacco di panico	
Un'ottima ricetta medica fitoterapica	
I rimedi di Bach e l'attacco di panico	
Un'ottima ricetta con fiori di Bach	
Il temperamento del paziente con l'attacco di panico	86
Il panico dal punto di vista della psicologia	96
L'approccio psicoterapico all'attacco di panico	101

L'ipotesi in psicoterapia; una lotta fra i due emisferi cerebrali: affettività o razionalità?	
L'elemento inconscio	112
Pierino e il gendarme	
Un caso clinico	
Esercizi per la mente:	122
Primo esercizio	
Secondo esercizio	
Terzo esercizio	
Quarto esercizio	
Quinto esercizio	
Sesto esercizio	
Settimo esercizio	
Ottavo esercizio	
Le dieci regole auree del panico	150
Una storia medioevale	152
Aspettatemi!	
Il panico in pillole	167
Nota sull'autore	179
Bibliografia	181

Introduzione

L'attacco di panico, o sindrome da attacchi di panico, noto fra gli operatori del settore, gli psichiatri e i pazienti come DAP (sigla che sta per "Disturbo da Attacchi di Panico") è una delle *patologie psichiatriche emergenti* della fine del millennio scorso e, sicuramente, una delle più importanti dell'attuale.

La crisi di panico colpisce soprattutto i giovani. È a loro che dedico questa monografia.

In realtà la decisione di scrivere qualcosa sul DAP non è stata ragionata. Anzi, stavo scrivendo un libro sulle immagini quando ho incontrato un paziente (tre giorni fa) che mi ha suggerito, con il suo modo di fare, con la sua personalità, con i suoi sintomi e il suo modo di affrontarli, con le sue paure, le sue speranze e certezze, di pren-

dere lo spunto da una sola seduta (quella scorsa appunto) per riassumere le principali caratteristiche del DAP e il mio personalissimo modo di considerare questa sindrome.

Una sindrome è definita come *un insieme di segni e sintomi*.

Freud stesso definiva l'"ossessione" o "nevrosi ossessiva" come "una pazza malattia, la più pazza che la più sbrigliata fantasia psichiatrica potesse inventare".

Ebbene, credo che la sindrome da attacchi di panico che Freud forse non conosceva ancora, abbia o stia superando, quanto a "fantasia", quella descritta dal grande "Maestro" viennese.

Una *pazza* malattia ci fa venire in mente la forza di un cavallo selvaggio, nero, sudato ma forte, sveglio,

capace, "nervoso" che vuole liberarsi da un'oppressione, da quella che lui stesso reputa un'ingiustizia.

Lo fa con forza, con la rapidità con la quale un cavallo disarciona il suo cavaliere.

Il fantino-paziente che, fino a quel momento, credeva di tenere saldamente fra le mani le redini dell'animale e quelle della propria vita, deve ora riconsiderare tutti i suoi obiettivi.

Fino a quel momento, per Luca, sembravano non esserci paure, non esserci timori.

Ma da quel momento in poi la vita di Luca cambia... In peggio certamente, ma (e questa è la mia convinzione) anche in meglio, se saprà ascoltare e ascoltarsi, se saprà capire davvero cosa vuole e dove e come vuole andare e procedere nella propria vita, nell'esistenza familiare, lavorativa e sociale in generale.

Incidenza dell'ansia e dell'attacco di panico

Daremo per prima cosa un'occhiata all'incidenza di queste due manifestazioni, forti del detto popolare che "mal comune" possa rappresentare almeno un parziale "mezzo gaudio" per chi soffre di panico.

State tranquilli, non siete soli. Siete in buona compagnia più di quanto possiate immaginare.

L'ansia e il panico sono, infatti, due delle patologie emergenti del nostro secolo. Colpiscono prevalentemente, secondo le attuali statistiche, individui di sesso femminile (in rapporto di 2:1 rispetto ai

maschi).

Si considera che negli Stati Uniti siano cinquanta milioni i pazienti che soffrono di disturbi d'ansia e di panico e che le benzodiazepine (la principale categoria dei farmaci ansiolitici, n.d.r.) siano di gran lunga la categoria di farmaci più utilizzata al mondo. Stando alle attuali statistiche, almeno una persona su tre, nei paesi industrializzati, ha fatto uso, almeno una volta, di psicofarmaci.

Secondo il Ministero della Salute in Italia il panico colpisce almeno sette milioni di persone fra cui

due milioni di uomini e cinque di donne.

“Siamo nel panico!” grida Riza *Psicosomatica* (febbraio 2002) alludendo all’alta percentuale di persone che soffre di questa patologia.

L’attacco di panico diventa così, forse, una delle principali, se non addirittura la prevalente, fra le patologie psichiatriche del nostro tempo. Si considera infatti che fra il 5 e l’8% dei pazienti che si rivolgono al Pronto Soccorso soffra di attacchi di panico (Katon, *J Clin Psychiatry* 1986). Si tratta di è una cifra non da poco!

Pensateci bene. Fra tutti coloro che ricorrono al Pronto Soccorso per diverse cause, dagli incidenti stradali, alle ferite, alle emorragie, alle infezioni, agli infarti, agli accidenti cerebrovascolari, ecc., ben cinque o otto pazienti su cento soffrono “semplicemente” di panico.

In pratica colpisce tutti, indistintamente: operai, professionisti,

casalinghe, studentesse.

L’età è quella giovanile, con piccolo massimo d’incidenza fra i venti e i trent’ anni (Shader R, *Manuale di terapia psichiatrica*, Menarini).

È una malattia dalle pesanti implicazioni lavorative e dai risvolti sociali a volte drammatici.

È una delle principali cause di assenteismo che conduce molto spesso a problemi lavorativi e sociali (Klerman et al. *JAMA*, 1991), a divorzi e separazioni (Markowitz et al. *Arch Gen Psychiatry*, 1989) e persino al suicidio (Weissman et al. *N Engl J Med*, 1989).

Dal canto suo l’ansia (con tutte le sue manifestazioni, dal panico alle fobie, dalle paure alle ossessioni, dalle angosce alle somatizzazioni) è la causa più frequente di ospedalizzazione e di ricorso al proprio medico di famiglia sia in Europa che negli Stati Uniti. Se non esistessero i disturbi d’ansia i medici avrebbero di gran lunga meno lavoro.

I sintomi dell'ansia e dell'attacco di panico

Avete mai visto un cerbiatto spaurito che fugga inseguito da una muta di cani? Chi sperimenta l'attacco di panico deve provare, più o meno, le stesse sensazioni.

Come si manifestano l'ansia e il panico?

Seguitemi nella mia biblioteca. Cerchiamo un volume di psichiatria e apriamolo.

Per ansia si intende quella larvata e più o meno intensa sensazione di tensione e malessere che fa da "fondo" (*Untergrund*), come diceva Kurt Schneider nel suo *Manuale di Psicopatologia Clinica*, alla vita psichica di ogni persona.*

L'intensità del disturbo varia da individuo a individuo. Qualcuno manifesta l'ansia solo in determinate situazioni (come ad esempio durante il periodo mestruale), qualcun altro è, più o meno, sempre ansioso. Vi sono persone che si preoccupano "per tutto e per tutti" (figli, marito, situazioni lavorati-

ve) e che appena hanno smesso di preoccuparsi per qualcosa trovano subito qualcos'altro per cui farlo, quasi avessero la necessità di essere "costantemente preoccupati per qualsiasi cosa" e altre che lo fanno solo in determinate situazioni. In quest'ultimo caso la reazione diventa di "sfondo" (*Intergrundreaktion*).

Sentiamo direttamente dalla voce di Kurt Schneider la descrizione di questo tipo di avvenimento:

"Se si riceve una lettera che arreca un certo fastidio, può rimanere per tutto il giorno una certa tensione. Magari per quel giorno non ci si pensa più, ma può avvenire che si reagisca a qualcosa in modo insolito, con veemenza e irritabilità, sullo *sfondo* della reazione precedente".

Non si può parlare in questo caso di patologia, perché è quello che succede a tutti. La persona ansiosa è quella che reagisce come

*Il termine *ansia* che deriva dal vocabolo greco **ἄνχο** (*ànho*) = io stringo e si rifà al senso di "stretta" al collo o al torace che quasi tutti i pazienti, indistintamente, avvertono e che accompagna tutti gli altri sintomi, dalle vertigini alle palpitazioni, dalla cefalea ai tremori.

se avesse *sempre* qualcosa di cui preoccuparsi. È *sempre* sotto l'effetto di una larvata "tensione", come se avesse paura di qualcosa.

Questa tensione la porta a reagire, come vedremo in seguito, come se "fosse costantemente in pericolo". È in stato di allerta, in allarme. Ogni piccolo rumore la fa sobbalzare. La vita, per lei, può essere davvero un tormento. E non solo per lei ma anche, e soprattutto, per i suoi familiari...

Restate seduti accanto a me ancora per un attimo e cominciamo, insieme, a conoscere il panico.

Kurt Schneider inserisce il panico fra le "reazioni abnormi a un avvenimento". Queste reazioni si discostano dalla norma "per la loro insolita intensità, per l'inadeguatezza rispetto al motivo o per l'abnormalità della durata o per il comportamento abnorme del paziente", sostiene l'Autore. Chi soffre di panico sa bene che non fugge di fronte a un evento bellico o di straordinaria portata: un ascensore difficilmente ha ucciso qualcuno. Il paziente sa benissimo che le sue reazioni rispetto all'avvenimento sono a dir poco "esagerate", ma non può fare a meno di provarle.

Chiediamoci ora cos'è il panico e andiamo a cercare la risposta al nostro interessante quesito.

Richard Shader (*Manuale di terapia psichiatrica*, 1996, Menarini) ce lo descrive e ci aiuta ad avere un primo contatto con questa sindrome:

"L'aspetto clinico fondamentale, consiste in un attacco improvviso e spontaneo di panico; si tratta di un periodo, generalmente della durata di cinque-trenta minuti, di intensa paura e di preoccupazione che non si verificano in associazione a una specifica situazione ansiogena. Generalmente si verificano in situazioni nelle quali i pazienti si sentono limitati nella propria libertà di movimento e privi di possibilità di aiuto.

"Il senso di terrore che si prova durante un attacco di panico può essere così forte che i pazienti appaiono disorientati, hanno paura di soffocare, di impazzire, di morire. Questo terrore può essere così estremo da condurre a diversi comportamenti di fuga. Inoltre, per riuscire a contenere le paure, le vittime dell'attacco di panico possono fare abuso di alcool e di psicofarmaci.

“Questi attacchi di panico interessano un terzo dei pazienti durante il sonno, quando i livelli di CO₂ sono aumentati, o in condizioni di stress (lavorativo, familiare ecc.).

“I pazienti con disturbo da attacchi di panico a volte, possono essere afflitti anche da agorafobia (non necessariamente, però), uno stato caratterizzato dalla paura di essere esposti in situazioni dalle quali non possono fuggire o in cui non è disponibile un aiuto al momento di un eventuale attacco”.*

Approfondiamo un po' il discorso sul panico e vediamo cosa dicono i migliori trattati esistenti sull'argomento: l'ICD – 10 e il DSM-IV.

La definizione tratta dall'ICD-10 (la decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali) redatta dall'O.M.S. (l'Organizzazione Mondiale della Sanità) ci è parsa sufficientemente chiara tanto da fare al caso nostro:

“La caratteristica essenziale della sindrome da attacchi di panico

è rappresentata da ricorrenti attacchi d'intensa ansia (panico) che non sono limitati ad alcuna particolare situazione o gruppo di circostanze e che sono quindi **imprevedibili**.

“I sintomi predominanti variano da individuo a individuo, ma sono comuni l'improvvisa insorgenza delle palpitazioni, il dolore toracico, la sensazione di soffocamento, capogiri e sentimento d'irrealità (depersonalizzazione e derealizzazione).

“Vi è quasi invariabilmente una paura secondaria di morire, di perdere il controllo e di impazzire.

“I singoli attacchi di panico durano, in genere, alcuni minuti, benchè talvolta possano essere di maggior durata. La loro frequenza e il decorso possono essere variabili.

“Nel corso di un attacco di panico i pazienti vivono un crescendo di paura e di sintomi vegetativi che determinano una fuga, in genere precipitosa, dal luogo in cui essi si trovano, qualunque esso sia. Se ciò si verifica in una situazione specifica, come in autobus e fra la folla, il paziente può tendere, successiva-

* il termine agorafobia deriva dal greco *αγορα* (piazza) e *φοβος* (paura); significa letteralmente “paura delle piazze” e, per analogia, degli spazi aperti.

mente, a evitare i luoghi pubblici.

“Un attacco di panico è spesso seguito da una paura persistente di avere un altro attacco”.

È vero: i pazienti più gravi (come descrivono i trattati di psichiatria) stanno in casa e limitano i viaggi o escono di casa solo per recarsi in luoghi familiari, accompagnati da persone conosciute.

L'ansia provata dagli stessi può impedire loro di uscire di casa per acquistare il cibo o per altre necessità quotidiane. Il paziente non va neppure dal proprio medico, se non accompagnato.

Gli attacchi di panico possono

essere riprodotti nei pazienti mediante somministrazione di diverse sostanze, quali il **lattato di sodio** per via endovenosa o la **caffaina** per via orale o il **biossido di carbonio (CO₂)** per inalazione. Pertanto, attenti al caffè!!!

I sintomi principali sono raccolti nella seguente **tabella**, tratta dal *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (quarta edizione). Questo manuale statistico-diagnostico è il volume più consultato dagli psichiatri di tutto il mondo per le diagnosi delle più importanti malattie e dei più frequenti disturbi mentali.

Criteri diagnostici per l'attacco di panico

La caratteristica essenziale del DAP è il cosiddetto attacco di panico, un periodo di notevole paura, disforia e disagio psichico, della durata di cinque-trenta minuti. Questi attacchi di panico devono essere ricorrenti e almeno alcuni devono verificarsi spontaneamente (cioè imprevisti e imprevedibili), mentre altri possono essere situazionali (cioè provocati da qualcosa). Essi non devono essere dovuti

ad abuso di farmaci o a condizioni mediche.

“Almeno uno degli attacchi deve essere stato seguito, per almeno un mese, da uno stato d'ansia anticipatoria, relativa alla paura di ulteriori attacchi e di preoccupazione sulle loro possibili conseguenze, con paura di impazzire, o deve avere causato comportamenti disturbanti (fuga da determinate situazioni)”.

CRITERI DIAGNOSTICI PER L'ATTACCO DI PANICO

Gli attacchi di panico, per essere definiti tali, devono presentare almeno quattro dei tredici sintomi seguenti:

1. Palpitazioni e tachicardia
2. Sudorazione
3. Tremore, scosse
4. Nausea, disturbi addominali
5. Torpore, parestesie
6. Brividi, vampate di calore
7. Vertigini, svenimento, instabilità
8. Dolore o fastidio al petto
9. Sensazione di asfissia
10. Brevità del respiro, paura di soffocare
11. Derealizzazione, depersonalizzazione
12. Paura di morire (per es. per un attacco cardiaco)
13. Paura di perdere il controllo, di "impazzire".

Modificata dal DSM-IV, American Psychiatric Association, 1995

Sono quasi tutti sintomi ben comprensibili anche ai neofiti della materia. Una breve spiegazione può riguardare la derealizzazione e la depersonalizzazione, due termini che i colleghi psichiatri conoscono molto bene.

Per derealizzazione si intende (dal latino *de* = mancanza e *res* = cosa) il sentimento, la sensazione che le

cose, gli oggetti, le situazioni non siano più reali, che tutto accada come in un sogno, che ogni cosa appaia meno familiare e con caratteristiche differenti dalle consuete, da quelle conosciute da sempre.

Il paziente potrebbe ad esempio pensare, per qualche motivo, che quella non sia più la sua casa, almeno per come la percepiva fino

a quel momento; che le persone intorno, pur essendo suoi familiari, non siano più "realmente" le stesse.

Lo stesso avviene per la depersonalizzazione. In questo caso il sentimento di estraneità è riferito a se stessi, alla propria persona.

"In quei momenti non sono più io", potrebbe affermare il paziente. "Mi sento strano, non mi sento più me stesso. Non so come fare, è come se fossi un altro".

Certo, in quei momenti non deve essere facile agire, soprattutto se si è convinti di essere "un'altra persona". "Come posso reagire se non

sono più io?", potrebbe chiedersi il paziente.

Non deve essere facile vivere il panico. Chi soffre di panico sta proprio male. Quando si rivolge al medico è perché non sa davvero cosa fare. A volte si imbarazza e si vergogna di se stesso persino nel raccontare le sue difficoltà di fronte a problemi tanto piccoli (per gli altri), come attraversare una strada per andare a far la spesa. Il pudore gli è rimasto ma, nonostante tutto, prima o poi il suo malessere lo spinge fino alla porta del medico o dello psicologo di fiducia.