

# Sintomatologia dell'attacco di panico.

## *Differenza tra paura, ansia e panico.*

Essere preoccupati o avere **paura** sono stati d'animo che tutti gli individui provano nel corso della vita. Questi stati sono giustificati da situazioni reali che rappresentano un reale pericolo nell'ambito socioculturale dell'individuo che li sperimenta.

Tutti sanno che la paura comporta aspetti sia fisici (sudorazione, tachicardia, pallore, variazioni della pressione, etc.) che psichici (apprensione intensa).

Si parla di **ansia** quando queste stesse sensazioni si verificano in assenza di un reale pericolo o quando questo è nettamente inferiore alle aspettative dell'individuo. La paura, quindi, è determinata da fattori esterni all'individuo, mentre l'ansia da fattori interni. L'ansia viene sperimentata molto diffusamente e non sempre è patologica. Capita frequentemente che un determinato grado di ansia può servire per aumentare le prestazioni.

Ma se diventa eccessiva allora assume un significato patologico e, quasi sempre, compromette (a seconda della gravità) la sfera lavorativa, affettiva e sociale del soggetto, provocando in esso un disagio intenso e prolungato.

Il massimo estremo dell'ansia è rappresentato dall'**attacco di panico**. È una crisi sconvolgente, contrassegnata da un inizio e una fine ben identificabili, nella quale il soggetto vive improvvisamente un terrore di catastrofe imminente.

## *Sintomatologia dell'attacco di panico.*

L'attacco di panico presenta:

- sintomi fisici: palpitazioni, cardiopalmo, tachicardia, extrasistole, oppressione toracica, sensazione di tonfo al petto, dolore/fastidio al petto, sudorazione, sensazione di sbandamento, vertigini, vampate di calore, instabilità, testa vuota o leggera, senso di peso o di cerchio alla testa, di nodo alla gola, cefalea, nausea, disturbi addominali, crampi, diarrea, tremori, brividi, parestesie (torpore o formicolio agli arti), sensazione di soffocamento o dispnea (affanno), sensazione di asfissia, iperventilazione;
- sintomi psichici: paura di morire (infarto, soffocamento), di impazzire, di perdere il controllo, di cadere, di perdere l'equilibrio, di perdere coscienza, di attirare l'attenzione, di provocare disastri, compromissione temporanea della memoria, dell'attenzione e della concentrazione, depersonalizzazione (il soggetto può sentirsi estraneo a sé stesso o come distaccato da sé, di non poter dominare il proprio corpo e i propri movimenti, sensazione di trasformazione di parti del corpo o di non essere naturale), derealizzazione (il soggetto vive la realtà esterna come irreali, strana, con caratteristiche fisiche diverse dal solito), ipersensibilità alla luce e ai rumori, déjà vù, jàmais vù;

e si differenzia dall'ansia per l'intensità, la brevità e la precisa collocazione temporale.

L'attacco di panico è il sintomo principale del Disturbo di Panico, ma può comparire anche in:

- disturbi psicologici: disturbo d'ansia dovuto ad una condizione medica generale, disturbo d'ansia indotto da sostanze, fobia sociale, fobia specifica, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo post-traumatico da stress, disturbi dell'adattamento, disturbo depressivo maggiore;
- malattie organiche: epilessia temporale, malattie della tiroide, feocromocitoma, labirintite, insulinoma, altri disturbi endocrinologici (ipoglicemia, sindrome di Cushing, iperparatiroidismo, ipoparatiroidismo);

- casi di assunzione di sostanze (caffaina, coca cola, bevande alcoliche), di stupefacenti (amfetamine, allucinogeni, cocaina) o di alcuni farmaci (insulina, cortisonici, ormoni tiroidei) se assunti in dosaggi elevati o inadeguati al fabbisogno del soggetto.

L'attacco di panico condivide una serie di sintomi anche con il prolasso della valvola mitralica (PVM), poiché entrambi comportano palpitazioni, dispnea e dolore toracico, ma altri sintomi tipici dell'attacco di panico sono assenti nel PVM (depersonalizzazione, derealizzazione, paure di morire, di impazzire, di perdere il controllo, sudorazione e vampate di calore, sensazione di soffocamento o di testa confusa).

Una diagnosi differenziale accurata si rende necessaria, per poter intervenire, qualora ce ne fosse la necessità, in tempi relativamente brevi.

I dubbi che attanagliano molti pazienti sono, per fortuna, soltanto paure. Non c'è il rischio di impazzire, né di morire di infarto, ictus o altro. Poiché l'attacco di panico è caratterizzato da una serie di sintomi fisici reali, se questi vengono mal interpretati possono far pensare ad una malattia medica.

E purtroppo capita che alcuni medici, poco preparati sui disturbi psicologici, aggravino ancor più il vissuto ipocondriaco dei pazienti, sottoponendoli ad una interminabile sequela di indagini di laboratorio, prescrizioni di farmaci non adatti, tac, rmn, con un notevole aggravio anche per la spesa sanitaria. Inoltre, se ci fosse un preciso riconoscimento diagnostico ed un adeguato intervento terapeutico si eviterebbe di sottoporre a estrema sofferenza questi soggetti, perché, come si sa, precoce diagnosi equivale a migliore prognosi e l'inizio della terapia sarebbe più tempestivo.

#### *A chi rivolgersi in caso di disturbo di panico?*

La gestione farmacologica deve necessariamente essere fatta da un medico, per cui è d'obbligo la consultazione psichiatrica. La psicoterapia può essere effettuata da un medico o da uno psicologo, solo se in possesso del titolo abilitante, cioè della specializzazione in psicoterapia e dell'iscrizione al relativo Albo degli Psicoterapeuti (presso l'Ordine degli Psicologo o l'Ordine dei Medici).

In passato vi era la tendenza a rivolgersi al neurologo, ma esso non è specializzato nella terapia di nessun disturbo psichico, ma è esperto esclusivamente di malattie organiche del sistema nervoso (epilessie, tumori, malattie infiammatorie, circolatorie, etc).

#### *Il trattamento del disturbo di panico.*

Ricordiamo che l'attacco di panico è il principale sintomo del Disturbo di Panico, ma non l'unico. Quest'ultimo si presenta spesso con o senza agorafobia (dal greco *agorà*=piazza; paura degli spazi aperti), con ansia anticipatoria (quell'ansia che il soggetto sperimenta tra un attacco e l'altro), ipocondria e demoralizzazione secondaria.

L'imponente presenza di sintomi somatici ha, nel tempo, favorito lo sviluppo di strategie psicoterapeutiche di tipo cognitivo-comportamentale e psicofarmacologiche, che risultano di notevole efficacia almeno nel breve termine.

Personalmente ritengo che sia utile separare le due figure: lo psichiatra per i farmaci e uno psicoterapeuta (psicologo o medico) per la psicoterapia. Ciò è fondamentale poiché il vissuto di chi soffre di un disturbo di panico è spesso costellato di fallimenti, di scarsa autostima, di paura di avere malattie e di scarsa fiducia verso il prossimo.

L'aspetto della fiducia quindi diventa di primaria importanza. Se, per qualsiasi

motivo, il paziente dovesse interrompere il trattamento farmacologico, può comunque contare sulla prosecuzione della psicoterapia e viceversa. Se il paziente affida ad un unico professionista la gestione di entrambe le dimensioni di trattamento, potrebbe ritrovarsi senza supporto e ripiombare nel disturbo, con la conseguente accentuazione dei sintomi e del vissuto di impotenza e di fallimento.

In un tempo frequentemente breve è possibile, per il soggetto, tornare a guidare, a stare da solo a casa, recarsi in terapia, fare la fila, etc.

Ma accade spesso che, una volta eliminati i sintomi specifici, emergano con evidente drammaticità quelle problematiche relazionali o legate alla struttura di personalità, prima nascoste dalla sintomatologia.

Si rende quindi necessario un ulteriore intervento, a mio modo di vedere, di tipo sistemico-relazionale. La scelta di questo approccio parte da diversi assunti, tra cui:

- la relazione interpersonale tra paziente e terapeuta come aspetto fondamentale del cambiamento terapeutico;
- l'utilizzo di un modello teorico che possa supportare il lavoro con individui, gruppi e famiglie;
- superare le dicotomie terapia breve o lunga; superficiale o profonda, focale o ristrutturante, supportiva o espressiva;
- la convivenza di una dimensione cognitiva-psicoeducativa con una affettivo-esperienziale;
- il superamento della distinzione tra sintomi da eliminare e personalità da trattare.

Questo modello, soprattutto nella sua dimensione di gruppo rende accessibile la terapia alla maggioranza delle persone ed è efficace sia sulla sintomatologia che sulle problematiche emergenti di personalità o relazionali. Risulta meno angosciante la paura del panico ed è rilevabile un miglior funzionamento emotivo e sociale. Risponde, infine, molto bene alle aspettative di economicità e di efficacia che i pazienti richiedono.

**Dott. Luca Pizzonia**  
**Psicologo clinico e di comunità**

riferimento bibliografico per citare questa fonte:

**Pizzonia L. (2011)**  
Sintomatologia e trattamento dell'attacco di panico  
Napoli, 30 marzo 2011

#### **BIBLIOGRAFIA**

V. Cei "Panico e fobie", Franco Angeli, 2011

M.Falabella "ABC della psicopatologia", Edizioni Scientifiche Ma.Gi, 2001

R.Piperno, T.Fierro, M.Paniccia, T.Cantelmi "Il trattamento sistemico-relazionale del Disturbo di Panico", in "Terapia Familiare", n.72, Luglio 2003