

**Gli attacchi di panico  
sono disturbi di tipo  
ansioso diffusi  
più frequentemente  
nella fascia di età  
tra 15 e 19 anni  
e quella tra 25  
e 30 anni**



# Dall'ansia al panico

Gli attacchi di panico possono essere controllati integrando le terapie farmacologiche con l'apprendimento di strategie comportamentali

**Dott. Claudio Lazzara**

Medico Specializzando in Psicologia Clinica

Il manuale generale dei disturbi psicologici e psichiatrici (DSM IV) classifica il disturbo di panico tra i disturbi di tipo ansioso. I dati più recenti indicano una prevalenza del disturbo nella popolazione dell'1,5 - 3,5%, in particolare insorge più frequentemente nella fascia d'età tra 15 e 19 anni ed in quella tra 25 e 30 anni, con una frequenza doppia nel sesso femminile. I parenti di primo grado presentano un rischio di incorrere nel disturbo da quattro a sette volte superiore a quella della popolazione generale, evidenziando un possibile contributo genetico nella genesi della patologia. Si è inoltre riscontrata un'alta concordanza del disturbo, fino al 90%, nelle coppie di gemelli monozigoti.

## Come si manifesta

Secondo il manuale sopra citato per fare diagnosi di "attacco di panico", è necessario osservare la presenza di almeno quattro o più dei seguenti sintomi somatici e cognitivi, che insorgono inaspettatamente nella fase iniziale: cardiopalmo o tachicardia, sudorazione, tremori fini o a grandi scosse, difficoltà a respirare o sensazione di soffocamento, sensazione di asfissia, dolore o fastidio al petto, nausea o disturbi addominali, sensazione di sbandamento, di

instabilità, di testa leggera o di svenimento, sensazione di "appannamento" del senso di realtà o di identità, paura di perdere il controllo o di impazzire, paura di morire, parestesie, brividi o vampate di calore.

Gli attacchi devono avere una comparsa improvvisa e raggiungere il picco di intensità nell'arco di 10 minuti.

Dal manuale DSM IV sono individuate tre categorie differenti di attacchi di panico: attacchi di panico inaspettati, attacchi di panico dovuti a una determinata situazione e attacchi di panico sensibili alla situazione.

Il primo intercorre senza alcun preavviso per il soggetto che lo sperimenta, il secondo si manifesta durante l'esposizione o durante l'attesa di un fattore scatenante temuto, il terzo tipo è simile al secondo ma in quest'ultimo caso l'attacco non è associato allo stimolo e non si manifesta obbligatoriamente subito dopo l'esposizione.

I criteri diagnostici del disturbo di panico stabiliscono che gli episodi debbano essere improvvisi e ricorrenti, che almeno uno di questi sia seguito per un periodo di un mese o più, dalla paura di subire un'altra crisi o da timori relativi alle eventuali conseguenze degli episodi critici o da cambiamenti comportamentali

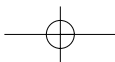
significativi, riconducibili agli attacchi. Gli attacchi di panico non devono essere conseguenza di sostanze assunte, né dipendere da una condizione fisica riconducibile ad una patologia e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale come per esempio alcuni tipi di fobia o altri tipi di disturbi (ossessivo - compulsivo, disturbo post traumatico da stress, disturbo d'ansia da separazione). Inoltre, può esserci presenza o assenza di agorafobia (la paura per gli spazi aperti).

Gli episodi che soddisfano tutti gli altri criteri ma sono caratterizzati da meno di quattro sintomi somatici o cognitivi, sono classificati come attacchi paucisintomatici (con pochi sintomi).

Con percentuali variabili a questo disturbo possono esserne associati altri tra cui la depressione maggiore (50 - 65%), il disturbo di abuso di sostanze, come alcool o farmaci in individui con tratti di personalità dipendente (50 - 69%), la fobia sociale (15 - 30%), il disturbo ossessivo-compulsivo (8 - 10%), la fobia specifica (10 - 20%), il disturbo di ansia generalizzato (25%).

## Le cause biologiche

Per quanto riguarda le cause del disturbo, la tesi biologica più accre-



## psicologia

ditata ipotizza un'alterata trasmissione all'interno di un circuito neuronale definito "fear factor" (fattore paura), che interessa alcune strutture neurologiche cerebrali.

In un determinato numero di Pazienti si è riscontrata atrofia della corteccia temporale destra, mentre con la metodica diagnostica PET (Tomografia a Emissione di Positroni) si è rilevata una situazione di vasocostrizione cerebrale.

Secondo un'altra teoria, l'attacco di



### La terapia cognitiva si avvale di interventi di ristrutturazione cognitiva finalizzati a sostituire i convincimenti catastrofici con cognizioni più aderenti alla realtà

panico sarebbe indotto da una disfunzione del sistema di controllo dell'asfissia, sensibile agli aumenti di anidride carbonica che, in condizioni di aumento nel sangue di anidride carbonica, sarebbe causa della sintomatologia ansiosa. Nei Pazienti con attacchi di panico spontanei, tale sistema di controllo risulterebbe mal regolato e risponderebbe perciò a stimolazioni minime o assenti.

Altre ricerche hanno evidenziato una concomitante iperattività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, con secrezione di neurosteroidi. Anche le purine sono state prese in considerazione nella genesi del disturbo, in quanto agiscono come

neuromodulatori. L'adenosina, in particolare, agendo su recettori specifici, riduce la scarica della cellula nervosa; questo effetto è contrastato dalla caffeina e dalla teofillina.

### Le teorie psicologiche

La teoria cognitivo-comportamentale spiega l'acquisizione dell'ansia a seguito di relazioni, classicamente genitori-figli, caratterizzate dall'espressione di un'ansia eccessiva da parte dei primi.

Secondo l'ipotesi della disregolazione emotiva, la difficoltà nella regolazione delle emozioni e la loro repressione, ricorrendo a particolari strategie di controllo emotivo, unitamente ad un deficit della capacità di mentalizzare, percepire, riconoscere, e descrivere verbalmente i propri stati emotivi, produrrebbe un paradossale effetto negativo, con un aumento dell'angoscia e della disregolazione.

Alcuni studi hanno evidenziato che la repressione dell'espressione emozionale può provocare un aumento dell'eccitazione fisiologica, quale risultato di un'erronea interpretazione di sensazioni fisiche vissute come segnali di un'imminente catastrofe fisica, mentale o sociale.

L'ottica psicodinamica, considera l'attacco come un disturbo nell'area dell'identità personale e lo valuta sostanzialmente come crisi dell'organizzazione difensiva. Gli attacchi sarebbero allora preceduti da immagini, sensazioni, pensieri angoscianti di natura potenzialmente inconscia, correlati al timore di essere separati da figure di riferimento.

L'approccio di tipo psicodinamico analizza alcune particolari dinamiche di tipo psicologico, prendendo in esame la storia pregressa del Paziente e ricostruendo l'interazione precoce tra madre e bambino interiorizzata. Secondo la teoria dell'attaccamento di Bowlby, la

vicinanza del bambino con chi si occupa di lui permette al primo di fare proprio lo stato psichico del secondo. Nel di disturbo di panico, la personalità patologica del genitore strutturerebbe così un attaccamento di tipo ansioso ed al tempo stesso ambivalente.

### Le possibili cure

Per quanto riguarda il trattamento, quello farmacologico prevede, nella maggioranza dei casi, i farmaci SSRI (agiscono a livello della serotonina e quindi innalzano il tono dell'umore), alcuni TCA (anti depressivi tricyclici), (clomipramina, imipramina), la venlafaxina, e la mirtazapina. Nel trattamento continuativo gli SSRI sono di prima scelta, mentre come seconda scelta è prevista l'imipramina. Nel caso di risposta positiva, è preferibile continuare la terapia per un minimo di un anno e a dosi terapeutiche piene. Il rischio di recidiva è apprezzabile nell'ordine del 60%.

La terapia cognitiva si avvale di interventi psicoeducativi, in cui il terapeuta fornisce le informazioni sul disturbo di panico, sui modelli cognitivi e sulle metodiche di cura, mediante interventi di ristrutturazione cognitiva, finalizzati ad individuare e modificare i convincimenti catastrofici, portando il Paziente a sostituirli con cognizioni più aderenti alla realtà; attraverso strategie in cui il Paziente è aiutato a condurre settimanalmente esercizi di esposizione sia di ciò che accade dentro di sé che nella situazione vissuta, durante le sedute o a casa. Tramite questi esercizi è possibile verificare le convinzioni catastrofiche relative alle proprie sensazioni corporee e agli accadimenti temuti. Si possono inoltre conseguire miglioramenti tramite un percorso di "training assertivo" e con l'apprendimento di tecniche di rilassamento e di gestione dell'ansia. ●

