

DISTURBI D'ANSIA E ATTACCHI DI PANICO

a cura del:

Dott. Luca Napoli, psicoterapeuta, specialista in psicologia clinica



Il termine ANSIA risulta a tutt'oggi come uno dei più utilizzati, abusati e impropriamente presi in prestito nel tentativo di voler indicare un qualunque stato di alterazione psico-fisica.

Ma che cosa sia l'Ansia in realtà, che funzione svolga e da dove realmente venga sono in ben pochi ad esserne consapevoli a pieno.

L'etimologia latina della parola riporta il verbo *ANGO* che significa "stringere", "soffocare" e in effetti, lo stesso Sigmund Freud descrisse all'interno delle nevrosi d'ansia un quadro sintomatologico caratterizzato da: difficoltà di respiro, sudorazione, vertigini.

L'autore ne individua due forme; una legata a desideri rimossi, curabile attraverso la psicoterapia, l'altra, definita *nevrosi attuale*, che comportava un'improvvisa manifestazione di senso di terrore, sudorazione profusa, diarrea e difficoltà respiratorie e che era causata, diversamente, da un accumulo fisiologico di energia

in mancanza di attività sessuale. L'elaborazione successiva della teoria sull'ansia porta infine Freud a identificare questo affetto come il risultato di un conflitto psichico tra desideri inconsci sessuali o aggressivi provenienti dall'ES e le corrispondenti minacce di punizione da parte del Super-IO. Essa dunque si manifestava nell'individuo come un segnale della presenza di un pericolo, a livello inconscio.

In realtà, ricerche genetiche piuttosto recenti (Lesch, 1996), hanno riscontrato negli individui che presentano una versione più corta del gene adibito al trasporto della serotonina, una maggiore predisposizione all'ansia rispetto a coloro che invece possiedono una versione più lunga dello stesso gene. Tuttavia è altrettanto vero che quasi il 70% della popolazione presenta la versione "più corta" e che quindi si dovrebbe tradurre in una maggiore tendenza all'ansia. Questa evidenza dà adito ad una riflessione interessante dal punto di vista del valore adattivo che l'ansia stessa potrebbe avere. Una simile distribuzione, infatti, potrebbe derivare da una selezione naturale che premierebbe gli individui più ansiosi, in quanto meglio equipaggiati a sopravvivere a pericoli ambientali, rispetto a quelli meno apprensivi. L'ansia definita "segnale" di per se, dunque, è una componente fondamentale per la sopravvivenza e per l'adattamento dell'individuo stesso, ma deve essere distinta dalla cosiddetta "ansia primaria", ovvero da quella condizione di allarme generale psicofisico, non motivata dalla presenza di un pericolo reale, superiore alla situazione di eventuale pericolo oppure prolungata nel tempo, anche in seguito alla cessazione dello

stressor.

A questa seconda tipologia di ansia fanno capo tutti i disturbi dello spettro ansioso riportati e classificati dal DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). In modo particolare fra i disturbi d'ansia descritti in letteratura, un approfondimento particolare merita il DISTURBO DA ATTACCHI DI PANICO (DAP), sia per la trattazione in merito presente nel panorama della ricerca clinica, a partire dallo stesso Freud, sia per l'epidemiologia riscontrata nella popolazione di un simile disturbo, che, nel nostro paese, si aggira, secondo stime recenti, attorno all'1,4 % (Faravelli et al., 2000).

L'attacco di panico (AP) è definito come un periodo preciso di intensa paura o disagio accompagnato da sintomi somatici e psichici. L'attacco ha un esordio improvviso e raggiunge rapidamente la massima intensità (generalmente entro 10 minuti). È caratterizzato anche da un senso di pericolo imminente o di morte imminente e da un forte impulso a fuggire. Esso è in frequente comorbidità con vari altri disturbi: Disturbo Depressivo Maggiore (50-65%), Disturbo Bipolare (20%), Fobia Sociale (15-30%), Disturbo Ossessivo Compulsivo (8-10%), Fobia Specifica (10-20%). Perché si possa parlare di DAP gli attacchi devono verificarsi con una certa frequenza di almeno quattro in un mese (Rovetto, 2003).

Molti sono i modelli teorici e gli approcci terapeutici che hanno tentato e tentano di rintracciare l'eziopatogenesi di un simile disturbo e di delinearne la possibile cura.

È stato ad esempio osservato che, spesso, i primi attacchi sono

scatenati da una malattia fisica, un forte stress o da alcuni farmaci (Faravelli et al, 1993).

La teoria cognitivista, ci informa che tale quadro, potrebbe essere imputato ad uno o più stimoli esterni o interni, che sono giudicati dal soggetto come minacciosi (Faravelli, Marinoni e Spiti, 1997). Tale valutazione produce ansia e questa, a sua volta induce i vari sintomi somatici e cognitivi, che vengono interpretati dal soggetto in modo catastrofico, contribuendo così ad alimentare l'ansia secondo un circolo vizioso (teoria cognitivo-razionalista). La teoria psicanalitica attribuisce invece il disturbo ad una scarsa autonomia dell'IO. La dipendenza dell'IO, in questo caso, porterebbe l'individuo affetto da attacchi di panico a avere un' "intenzionalità" praticamente assente e a dipendere per questo dagli altri. L'attacco di panico ha dunque lo scopo di reprimere l'istanza autonomizzante che lederebbe il legame di dipendenza e che quindi ingenera paura. (Fechinel, O. 1951).

Recentemente Troiano (2005) ha ipotizzato che tale disturbo fosse strettamente collegato con la regolazione ed il contenimento delle proprie emozioni, per cui, nei soggetti che sono portati a trattenere l'emotività, privilegiando il controllo e la ragione, si innescherebbe un conflitto interiore (tra principio di piacere e principio di realtà), che primo o poi tende ad emergere in maniera irruenta e incontrollabile attraverso l'attacco di panico.

Per quanto riguarda l'efficacia degli interventi, molti studi confermano l'importanza di un trattamento integrato tra psicoterapia e psicofarmaci, aldilà della specificità dei vari approcci teorici

(Biondi, M. e Picardi, A., 2003).

Nell'ambito della psicoterapia, la mia esperienza clinica, maturata in tutti questi anni, mi ha portato a ritenere di estrema importanza il ruolo di "esoscheletro" (cit. Il ruolo dello psicologo clinico" compendio di Psichiatria analitica Napoli et al., 2006) svolto dal terapeuta, il quale, nelle prime fasi dell'intervento assumerà una funzione di IO-ausiliario del paziente, aiutandolo nel contempo a fortificare la propria struttura psichica e veicolando il passaggio ad una ritrovata autonomia. All'interno di questo processo è molto importante che il terapeuta punti su un approccio supportivo e rassicurante, che nel mio caso comporta anche la disponibilità, all'inizio, di un numero telefonico al quale il paziente può contattarmi in qualsiasi momento. L'esperienza mi ha confermato l'efficacia e l'utilità di una simile strategia che permette alla persona presa in carico di sentirsi tutelata, sostenuta e non più isolata nella sua sofferenza.

Per motivi analoghi è evidente quanto uno strumento utile possa essere costituito dai gruppi di auto-aiuto, i quali hanno come prima funzione quella di offrire un momento di supporto, ascolto e comprensione da parte di pari che presentano lo stesso tipo di problematiche e la possibilità di far emergere il disagio, uscendo dalla condizione di vergogna nella quale spesso incorrono coloro che soffrono di disturbo di panico.

Il percorso di cura di questi pazienti può essere riassunto in alcune tappe fondamentali che non hanno come mero scopo la scomparsa del sintomo, e che sono:

- 1) La presa di coscienza del proprio disagio e la richiesta di aiuto. Tale aiuto è importante che venga ricercato sia nella rete sociale primaria sia in figure professionali specifiche come medici e psicologi e psicoterapeuti.
- 2) L'ingresso in un "gruppo di pari" che aiuta a non demonizzare i fantasmi (spesso le suddette persone si sentono schiacciate dalla situazione che tendono a vivere come imm modificabile ed assolutamente esclusiva) che solitamente aleggiano fino ad albergare in queste persone.
- 3) La possibilità, una volta ottenuto tale supporto, di poter arginare il senso di vergogna e di isolamento e di poter iniziare a "lavorare" sulle proprie difficoltà e quelle del proprio ambiente affettivo e relazionale,
- 4) Il recupero del rapporto mente-corpo e della gestione della propria emotività, giungendo così allo sviluppo di maggior autonomia e di investimento in relazioni sociali sane e di cruciale importanza per il mantenimento del proprio benessere.

ATTACCHI DI PANICO TESTIMONIANZE:

Testimonianza di A. P. uomo, 40 anni

Per un tempo che sembra interminabile, arriva una sensazione crescente e opprimente di paura, soffocamento, di calore (ad esempio

disturbo del sonno e contemporaneamente paura di morire in caso di rilassamento).

Si avverte la necessità di uscire, di correre, fuggire, di respirare aria fresca; a volte si sente il bisogno di gridare e/o piangere.

Sai che chi ti vede non capisce cosa stai provando (ad esempio esortazioni a mettersi a dormire mentre hai proprio paura del sonno).

Senti che la paura si fa insostenibile e crescente, nel mio caso soprattutto la notte.

Insomma, non sai dove vorresti andare, ma sai che dove sei non vorresti starci.

Anche di fronte ad un evento incontrollabile può scattare l'attacco di Panico, come di fronte ad eventi ingestibili, o avvolti dal mistero.

Incapacità di stare fermo e di gestire il quotidiano anche solo a livello di pensiero non solo come azione.

Bisogno di stare da soli per ritrovare un po' di calma che in genere torna da sola dopo un po'.

Testimonianza di F.G., donna 34 anni.

E' difficile mettere nero su bianco una storia che dura ormai da più di dodici anni, è difficile trasformare in parole emozioni così forti che a volte sono sembrate incomprensibili anche a me...ma ci provo, nella speranza che chiunque legga i miei pensieri vi ritrovi un po' di se e si senta meno solo nella quotidiana lotta con il

panico.

Fino ad un anno fa non sapevo che il mio nemico fosse proprio lui, semplicemente pensavo di essere una persona sensibile ed insicura, ma in fondo capace di superare le proprie difficoltà “stringendo i denti” e facendo leva sulle proprie infinite risorse.

Purtroppo non era così, ma non volevo accettarlo, non mandavo giù l'idea di avere bisogno di aiuto, di avere bisogno degli altri, io che ero sempre riuscita a cavarmela, seppur tra alti e bassi.

Un bel giorno però ho dovuto fare i conti con la mia presunzione ed è stato quello in cui ho conosciuto G., il mio helper, colui che mi ha aperto una nuova strada, una possibilità che non avevo considerato prima... il gruppo.

Beh, nella mia vita ho fatto parte di mille gruppi, ma nessuno era come questo, perché per la prima volta stavo facendo qualcosa per me stessa, potevo prendere, ancorarmi a qualcosa senza che mi venisse chiesto altro che essere me stessa, con le mie paure, i miei limiti, le mie difficoltà.

Il mio percorso è stato abbastanza in salita perché ci ho messo un bel po' per capire che non ci sono scorciatoie o diversivi per vincere il panico, ma bisogna affrontarlo a muso duro e vivere ogni momento, positivo o negativo che sia: l'entusiasmo della prima volta in cui riesci ad andare a lavoro senza paura di svenire per strada o, peggio, non appena entri in ufficio, la gioia della condivisione con gli altri, la paura di ricaderci, lo sconforto e anche la rassegnazione dei momenti in cui pensi di essere nuovamente in stallo.

Il bello di tutto questo, però, è che ogni emozione, ogni sentimento ha un colore nuovo e diverso perché non ti senti più solo, ma parte di qualcosa.

Il gruppo ti insegna ad ascoltare, a metterti in gioco, a dire la tua, a rispettare le regole, ma anche a rispettare l'altro, i suoi sentimenti e vissuti, ad essere responsabile.

Mi sento una persona diversa e non perché finalmente ho dato un nome al mio stare male, ma perché adesso mi sento consapevole e non ho paura di chiedere aiuto. Non so quanto ancora durerà questo percorso, ma sono sicura che la direzione è quella giusta e che ovunque andrò, avrò degli straordinari compagni di viaggio.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- Biondi M. & Picardi A. (2003) Attribution of improvement to medication and increased risk of relapse of panic disorder with agoraphobia. *Psychotherapy and Psychosomatics*. Mar-Apr; 72(2): 110-1
- *Faravelli C, Paionni A., Truglia E & Ricca V. (2000) Epidemiologia, esordio e decorso del disturbo di panico Noos, 4:2000; 305-330*
- Faravelli C, Servi P., Paterniti, S., Scarpato M.A., Spiti R. & Biondi, F., (1993) The origin of panic/agoraphobia: an

integrated view. *Italian Journal of Psychiatric Behavior Science*; 3:157-66

- Faravelli C., Marinoni M., Spiti R., et al., (1997) Abnormal Brain Hemodynamic Responses During Passive Orthostatic Challenge in Panic Disorder. *The American Journal of Psychiatry*;154: 378-383
- Fenichel O. (1951) *Trattamento di Psicoanalisi nelle nevrosi e nelle psicosi*. Astrolabio. Roma
- Lesch KP, Bengel D, Heils A, Sabol SZ, Greenberg BD, Petri S, et al. (1996)
- Rovetto F., (2003) *Panico: origini, dinamiche e terapie*. Mc Graw-Hill, Milano
- Troiano M. (2005) *Guarire dagli attacchi di panico*. Edizione Magi. Roma.