
L'attacco di panico

Autore: Elena Cardinali

Fonte: Città Nuova editrice

Un fenomeno in crescita che colpisce uomini e donne, senza distinzione, che viene spesso, erroneamente, confuso con lo stato di ansia. Parliamo dell'attacco di panico. Che cos'è? Come si manifesta? Si può curare? La psicologa Chiara D'Urbano, in dialogo con Tonino Cantelmi, in "La pietra della follia" (Città Nuova) fa chiarezza sull'argomento

«Democratico e trasversale» il panico è un'esperienza che non fa distinzione tra uomini e donne: «Non potevo più guidare la macchina, mi veniva la tachicardia, l'iperventilazione, mi girava la testa, mi cascava il labbro: un casino». A raccontarlo è ancora un uomo, anch'egli molto noto al pubblico, **Carlo Verdone**, consumatore di ansiolitici nella vita, paziente ansioso sul set, con i suoi gustosi personaggi sempre un po' sfortunati, fragili e vittime del panico, come Bernardo, in *Maledetto il giorno che t'ho incontrato*, che poi si innamora di Camilla, paziente del medesimo analista, pure lei ansiosa e ipocondriaca.

L'immaginario comune **si rappresenta la persona soggetta a panico come una sorta di malato se non proprio immaginario quanto meno esagerato**, che all'improvviso e in modo improprio è assalito da curiosi sintomi fisici che passerebbero in fin dei conti con appena un po' di buona volontà.

Chi ne soffre vive invece con enorme disagio il proprio malessere e non lo esprime volentieri tentando di venirne fuori da solo: per non dover dire apertamente che è sopraffatto da emozioni ingestibili – che lo metterebbero a rischio di una solenne diagnosi di disagio mentale – e che peraltro spesso hanno cause troppo sfumate.

È chiaro comunque che **l'attacco di panico va oltre i confini della paura**, reazione emotiva legata

a una minaccia imminente, reale o percepita che attiva pensieri di lotta o di fuga, e della normale ansia che connota la vita ordinaria come ricordo di situazioni spiacevoli che potrebbero ripetersi, come anticipazione di probabili eventi compromettenti la salute fisica o mentale della persona. L'ansia ha in effetti di per sé una funzione sana e adattiva: è uno stato di vigilanza che fornisce informazioni preziose su situazioni che andrebbero gestite meglio; che forse si sta esagerando col lavoro; che occorre prestare attenzione a determinati eventi imminenti. Quindi contribuisce all'organizzazione generale e quotidiana della vita, incentivando comportamenti prudenti, anche quando la persona non ne abbia un'immediata coscienza. Diventa però un disturbo quando è eccessiva rispetto alla realtà attuale o permanente: la persona cioè sopravvaluta il pericolo nelle situazioni che teme o evita fino a compromettere il normale funzionamento della sua vita.

[...] L'attacco di panico, dicevamo, è però qualcosa ancora di diverso, **è più invasivo dell'ansia e meno concreto della paura**, e tuttavia ha uno status ben preciso le cui caratteristiche sono codificate nel DSM il quale prevede che esse si manifestino da sole o in concomitanza con un qualunque disturbo di ansia o di altri disturbi mentali.

Esso dunque consiste «nella **comparsa improvvisa di paura o disagio intensi che raggiungono il picco in pochi minuti**, periodo durante il quale si verificano quattro o più dei seguenti sintomi» e segue un elenco di tredici sintomi fisici e cognitivi. Se i sintomi invece sono meno di quattro si parla di attacchi “paucisintomatici”.

L'attacco può essere inaspettato quando non vi è un elemento scatenante chiaro al momento in cui avviene, tanto che sembra verificarsi di punto in bianco, come quando ci si sveglia all'improvviso dal sonno; o atteso quando l'elemento scatenante è chiaro; inoltre nella maggior parte dei pazienti con disturbo di panico l'esposizione a situazioni ansiogene aumenta la possibilità di avere un attacco, ma non è invariabilmente associata a esso come avviene in altri pazienti fobici.

Si arriva quindi a parlare di disturbo di panico quando questi attacchi sono ricorrenti e improvvisi (criterio A del DSM-V) e quando almeno uno degli attacchi è seguito per un mese o più (criterio B) dalla preoccupazione insistente per l'insorgere di altre crisi o per le loro conseguenze, e/o da una significativa alterazione disadattiva del comportamento correlata agli attacchi (come ad esempio l'evitare situazioni non familiari).

Ciò che invalida maggiormente la persona che soffre di attacchi di panico è sicuramente la **condizione di “paura della paura”** per cui il soggetto vive col terrore di stare male. «Al di sotto di questa paura, ognuno esprime la ricchezza della sua individualità: qualcuno teme il dolore e qualcuno il fatto di non essere più padrone di sé, del proprio corpo e delle proprie reazioni. Altri hanno paura di andare in luoghi in cui non potrebbero essere soccorsi, o potrebbero esporsi al ridicolo con le loro manifestazioni: tutti temono la solitudine. L'attacco di panico fa sentire terribilmente, mortalmente soli, e chi ha imparato a temere la solitudine semplicemente non regge» [...].

Chiara D'Urbano: *Abbiamo compreso che non esiste un'unica causa all'origine dell'esperienza di panico e questo costringe ad avere una visione olistica della persona: la sua storia, i suoi vissuti familiari, personali e relazionali. Ci colpisce inoltre la “paura di avere paura”, uno specifico di chi soffre di attacchi di panico. Ma esiste un tipo di personalità più predisposto a sviluppare attacchi di panico?*

Tonino Cantelmi: Un falso mito da sfatare è che la personalità di chi soffre di panico sia necessariamente fragile, scombinata, non ben sviluppata. È un luogo comune che l'esperienza clinica agevolmente smentisce: si tratta, nella maggior parte dei casi, di **personalità molto forti che esercitano un cogente controllo sulle proprie emozioni** finché queste, troppo pressate, non iniziano a “fuoriuscire” a quel punto senza più controllo e lasciando nella persona la sensazione di esserne sopraffatta.

[...]

È un campanello d'allarme che **si è superato il limite delle proprie forze psichiche**. Questa perdita temporanea del proprio equilibrio può avvenire a partire da ciascuna delle quattro organizzazioni di significato personale descritte nel modello cognitivo post-razionalista di Guidano dal quale prende l'avvio il nostro: quella fobica, quella ossessiva, quella depressiva e quella dappica, che si sviluppano attraverso la qualità delle relazioni di attaccamento e i successivi processi di adattamento filtrati dai modelli operativi interni.

[...]

Ciascuna storia comunque è a sé: ecco perché è importante individuare come la persona concretamente e nello specifico percepisca il proprio problema, se e come reagisca a esso, quali soluzioni stia tentando per venirne fuori. Le più diffuse e ovviamente solo fittiziamente tali (più che risolvere, come competerebbe a una soluzione, perpetuano il disagio) sono l'evitare determinati rischi associati allo scatenarsi dei sintomi ansiosi; il chiedere aiuto in una persona fisica che affianchi nello svolgimento di un compito (così da evitare di essere soli nel caso di attacco) fino a far diventare indispensabile un supporto sociale; comportamenti rituali che danno l'illusione di tenere la situazione sotto controllo. La terapia va ad affrontare ciascuna di queste tipiche reazioni del paziente alla situazione angosciante che vive.

Da: [*La pietra della follia, nuove frontiere della psicologia contemporanea - dialogando con Tonino Cantelmi*](#), di Chiara D'Urbano (Città Nuova, 2016).