

ATTACCO DI PANICO

L'attacco di panico, che rientra tra i disturbi d'ansia, (insieme ad altri disturbi quali l'ipocondria, la fobia sociale, approfonditi nella sezione dedicata ai disturbi d'ansia, e il disturbo ossessivo-compulsivo) è un'intensa ed improvvisa manifestazione di ansia, con la presenza di sintomi fisici come capogiri, palpitazioni, ...e sintomi cognitivi, tipicamente la paura di morire o di impazzire.

Alla fine di un episodio di panico, solitamente, si sviluppa, inoltre, la paura che si possa ripresentare un altro episodio di panico, con la conseguenza di un'ansia *anticipatoria*, ovvero una forte ansia provata al solo pensiero di una situazione in grado di scatenare un attacco, come quando ci si trova chiuso in un ascensore.

Condizione essenziale per una diagnosi di questo tipo è, in ogni caso, l'assenza di disturbi a carico degli organi interessati dall'attacco.

La spiegazione teorica più utilizzata per spiegare la nascita e l'evoluzione del panico si deve a *Clark* (1986) secondo il quale quando una situazione è valutata come pericolosa si sviluppa ansia con i relativi sintomi somatici come le palpitazioni; a loro volta tali sintomi, considerati "prove certe" del danneggiamento di organi vitali, come il cuore, producono ulteriore ansia che conduce gradualmente all'attacco.

Le strategie *protettive* messe in atto per scampare al pericolo temuto sono varie, tra queste il concentrarsi sui sintomi per controllarli e tenerli a bada, o fuggire, evitando di restare nella situazione che ha scatenato l'attacco (es. un negozio affollato).

In entrambi i casi tali comportamenti sono controproducenti, come discusso per gli altri disturbi d'ansia.

Nel primo caso, anche se l'attenzione eccessiva, per esempio, ad un sintomo fisico (es. un senso di soffocamento) può, inizialmente, alleviare l'ansia, perché dà un senso di controllo sui sintomi, alla fine non fa altro che intensificarli.

I propri timori sembrano così avverarsi, ma non tanto a causa dell'uso di tali meccanismi, quanto perché, ad esempio, tale aggravamento è interpretato come il segno che il cuore è danneggiato, (ipotesi altamente improbabile, vista l'assenza di lesioni organiche), anzi si fa strada la falsa credenza che più si controllano, più questi sintomi possono attenuarsi.

Nel secondo caso, la fuga, vista come "salvezza dalla morte", non permette di confrontarsi con l'ansia e verificare che questa non conduce ad un esito nefasto, sarà, quindi, utilizzata in maniera sempre più intensa e per situazioni sempre più numerose, non solo uguali o simili alla situazione che aveva fatto scatenare il primo attacco, ma anche solo vagamente somiglianti.

La terapia cognitivo-comportamentale per la cura del disturbo di panico utilizza specifiche tecniche *comportamentali* come l'*induzione del sintomo* che consiste nel provocare nel paziente sensazioni molto simili agli attacchi di panico, evitando di mettere in atto strategie come la fuga: lo scopo di tale pratica è verificare sperimentalmente, attraverso varie ripetizioni, che i sintomi non sono fatali, che quindi inutile è fuggire o agitarsi ulteriormente.

Sul piano delle tecniche *cognitive*, si può utilizzare la tecnica delle *prove a sfavore*, mediante la quale il paziente penserà a tutte quelle situazioni che contrastano con le sue paure, in modo da sostituire il pensiero negativo con uno più razionale ed utile: ad esempio, se la credenza è che il panico provoca un attacco cardiaco una possibile *controprova* sarà pensare che lo stress è un pericolo serio solo quando c'è una patologia in atto.

Come si può facilmente intuire le prove comportamentali sono, di per sé, un'esperienza vissuta in cui il paziente è "sopravvissuto ad una morte creduta certa" e che può essere, quindi, usata come *controprova* cognitiva.