

ATTACCHI DI PANICO E AGORAFOBIA

Tachicardia, sudorazione improvvisa, tremore, sensazione di soffocamento, dolore al petto, nausea, paura di morire o di impazzire, brividi o vampate di calore, sono solo alcuni dei sintomi che caratterizzano un **attacco di panico**.

Chi l'ha provato la descrive come un'esperienza terribile, spesso improvvisa ed inaspettata, almeno la prima volta cosa che spesso porta l'individuo a ricorrere al pronto soccorso.

Poiché la paura di un nuovo attacco diventa immediatamente forte e dominante, il singolo episodio sfocia facilmente in un vero e proprio **disturbo di panico**, più per "paura della paura" che altro. La persona si trova rapidamente invischiata in un tremendo circolo vizioso.

A volte il disturbo di panico è accompagnato dalla cosiddetta **agorafobia** ovvero l'ansia relativa all'essere in luoghi o situazioni dai quali sarebbe difficile o imbarazzante allontanarsi o nei quali potrebbe non essere disponibile un aiuto nel caso in cui si verificasse un attacco di panico inaspettato.

Il soggetti che soffrono di questo disturbo trovano quasi pressoché impossibile uscire di casa da soli, viaggiare in treno o in autobus, guidare l'auto, stare in mezzo alla folla o in coda, e così via.

Il meccanismo psicologico principale che mantiene i sintomi è l'**evitamento** di tutte le situazioni potenzialmente ansiogene che rende il paziente schiavo del suo disturbo, costringendo spesso tutti i suoi familiari ad adattarsi di conseguenza, non lasciandolo mai solo e accompagnandolo ovunque, con l'inevitabile senso di frustrazione che deriva dal fatto di essere dipendente dagli altri.

La **frequenza** e la **gravità** degli Attacchi di Panico variano ampiamente. Ad esempio alcuni individui presentano attacchi moderatamente frequenti (per es., una volta a settimana), che si manifestano regolarmente per mesi. Altri riferiscono brevi serie di attacchi più frequenti (per es., quotidianamente per una settimana) intervallate da settimane o mesi senza attacchi o con attacchi meno frequenti (per es., due ogni mese) per molti anni. Vi sono anche i cosiddetti attacchi paucisintomatici in cui si manifestano soltanto una parte dei sintomi del panico, senza esplodere in un vero e proprio attacco.

Le persone che soffrono di tale disturbo psicologico mostrano caratteristiche preoccupazioni o interpretazioni sulle implicazioni o le conseguenze degli Attacchi di Panico. Alcuni temono che gli attacchi indichino la presenza di una **malattia non diagnosticata**, pericolosa per la vita (per es., cardiopatia, epilessia). Nonostante i ripetuti esami medici e la assicurazione possono rimanere impauriti e convinti di avere una malattia pericolosa per la vita. Altri temono che gli Attacchi di Panico indichino che stanno "**impazzendo**" o **perdendo il controllo**, o che sono emotivamente deboli.

Nel **trattamento** del disturbo di panico con o senza agorafobia e dei disturbi d'ansia in generale, la forma di psicoterapia che la ricerca scientifica ha dimostrato essere più efficace, nei più brevi tempi possibile, è la "**cognitivo-comportamentale**". Si tratta di una psicoterapia breve, a cadenza solitamente settimanale, in cui il paziente svolge un ruolo attivo nella soluzione del proprio problema e, insieme al terapeuta, si concentra sull'apprendimento di modalità di pensiero e di comportamento più funzionali, nell'intento di spezzare i circoli viziosi del panico. Per panico e agorafobia, una cura a base di terapia cognitivo-comportamentale è altamente raccomandabile e di prima scelta.

La **terapia farmacologica** degli attacchi di panico, per quanto spesso sconsigliabile, si basa fondamentalmente su due classi di farmaci: benzodiazepine e antidepressivi, spesso impiegati in associazione. Tali farmaci rischiano di dare forte dipendenza e mantenere il disturbo, soprattutto se non si effettua parallelamente una psicoterapia cognitivo-comportamentale.

ALTRI DISTURBI D'ANSIA

Una larga parte di noi ha avuto o potrà avere un **disturbo d'ansia** nel corso della propria vita. L'**ansia** di per sé, tuttavia, non è un fenomeno anormale. Si tratta di un'emozione di base, che comporta uno stato di attivazione dell'organismo e che si attiva quando una situazione viene *percepita soggettivamente come pericolosa*. Nella specie umana l'**ansia** si traduce in una tendenza immediata all'esplorazione dell'ambiente, nella ricerca di spiegazioni, rassicurazioni e vie di fuga, nonché in una serie di fenomeni neurovegetativi come l'aumento della frequenza del respiro, del battito cardiaco ([tachicardia](#)), della sudorazione, le [vertigini](#), ecc.. Tali fenomeni dipendono dal fatto che, ipotizzando di trovarsi in una situazione di reale pericolo, l'organismo in **ansia** ha bisogno della massima energia muscolare a disposizione, per poter scappare o attaccare in modo più efficace possibile, scongiurando il pericolo e garantendosi la sopravvivenza.

L'**ansia**, quindi, non è solo un limite o un disturbo, ma costituisce una importante risorsa, perché è una *condizione fisiologica*, efficace in molti momenti della vita per proteggerci dai rischi, mantenere lo stato di allerta e migliorare le prestazioni (ad es., sotto esame).

Quando l'attivazione del sistema di **ansia** è eccessiva, ingiustificata o sproporzionata rispetto alle situazioni, però, siamo di fronte ad un **disturbo d'ansia**, che può complicare notevolmente la vita di una persona e renderla incapace di affrontare anche le più comuni situazioni.

I **disturbi d'ansia** conosciuti e chiaramente diagnosticabili sono i seguenti (cliccate per approfondimenti):

- [Fobia specifica](#) (aereo, spazi chiusi, ragni, cani, gatti, insetti, ecc.)
- [Disturbo di panico e agorafobia](#) (paura di stare in situazioni da cui non vi sia una rapida via di fuga)
- [Disturbo ossessivo-compulsivo](#)
- [Fobia sociale](#)
- [Disturbo da stress acuto o post-traumatico da stress](#)
- Disturbo d'ansia generalizzata