

D.A.P.: Disturbo da attacchi di panico.

L'attacco di panico sembra essere una duplice condanna per il malato: da una parte l'ansia, la tachicardia, i sudori freddi, dall'altra la paura non fondata di non poter essere aiutati. Lo sconforto sta nel rendersi conto che l'unico modo per comunicare con gli altri è il malessere. O meglio, il rifiuto di agire. A prendere il treno, a salire sull'autobus, a fare la fila in banca, a viaggiare in auto. Un corteo di "no" che, al tempo stesso, respingono e attraggono pazienti ed amici, paziente e familiari. Di qui, l'esigenza sentita dal malato, dai parenti e dal medico di avere un sicuro sistema di comunicazione. Un atteggiamento capace di rassicurare senza assecondare le paure del paziente. Familiari ed amici devono imparare alcune regole base se vogliono davvero dare una mano al malato. Non sempre la reazione spontanea è quella giusta. Ecco perché nascono queste pagine, che vuole aiutare chi, nelle emergenze come nella vita di tutti i giorni, soffre di attacchi di panico. Il disturbo da attacchi di panico (DAP) è una malattia caratterizzata dalla presenza, nel corso di un certo periodo di tempo, di numerosi episodi di ansia acuta, chiamata, appunto, PANICO. Per essere panico, l'ansia deve essere spontanea e inaspettata. Durante un periodo di tempo molto breve, abitualmente qualche minuto, ma anche fino a un ora come massimo, il paziente vive un'esperienza intensissima e traumatizzante di paura psicologica e fisica. Immaginiamo che stia riposando, oppure guidando l'auto o ancora cenando con gli amici: giunge senza preavviso un fortissimo e incontrollabile senso di paura, di prossimità di svenimento o addirittura morte. Questa sensazione psicologica è determinata da molti e dolorosi segni fisici. Questi sono il cuore che batte all'impazzata, il respiro che si fa affannoso, le mani e i piedi ghiacciati, la nausea, la sudorazione profusa, i tremori accentuati. Si è letteralmente paralizzati dalla certezza che la vita se né stia andando. Un vero tormento che non accenna a diminuire e che lascia solo qualche pausa. Ma non finisce, non finisce mai. Il paziente cerca di scappare via, di lasciare l'ambiente in cui si trova, qualunque esso sia, senza badare ad altro che a cercare una via di fuga. Come un topo intrappolato in una gabbia. Vorrebbe poter comunicare a qualcuno quello che succede, ma la parola non esce e il pensiero non riesce a essere lucido. Tutto questo è difficile da raccontare, ma lascia un segno molto forte nella memoria e nell'esperienza. Abitualmente la persona sa riferire con esattezza il giorno e l'ora in cui si è manifestato il primo episodio come se avesse determinato l'inizio di una nuova fase della sua storia personale. Un'altra emozione fastidiosa è quella di non "sentire" il proprio corpo, la "depersonalizzazione". L'episodio acuto finalmente finisce e lascia un po' di tregua alla persona, scossa, impaurita ma soprattutto sconvolta. Come se fosse uscita VIVA da un incidente drammatico. Il primo attacco di panico, può essere seguito a brevissima distanza di tempo da uno successivo con le stesse caratteristiche, oppure

ci può essere una pausa di giorni, settimane o mesi. Può anche non ripresentarsi più. La primissima esigenza del paziente è comunque quella di cercare aiuto, di sentirsi rassicurato da qualcuno. Il pronto soccorso di un ospedale, un medico o anche solo una farmacia. cerca quindi la rassicurazione e il conforto. Vorrebbe anche sentirsi dire di che cosa si è trattato, ricevere una diagnosi. Ma purtroppo ciò accade raramente, perché per quanto la diagnosi non sia difficile per un esperto, naturalmente dopo l'esclusione di eventuali cause organiche come un infarto cardiaco, difficile è per chi si sia raramente misurato con questa malattia. Normalmente il paziente riceve un ansiolitico che attenua gli effetti della paura ma non risolve il problema.

L'ansia anticipatoria

L'ansia anticipatoria, è una manifestazione di ansia, specifica però del disturbo da attacchi di panico. Si presenta infatti come un senso pressochè continuo di disagio che il paziente vive in attesa che arrivi un nuovo attacco acuto. L'imprevedibilità di un eventuale nuovo episodio lo porta a cercare di capire come potrebbe comportarsi per allontanarne il rischio. Si sforza di ricordare cosa avesse mangiato o bevuto prima dell'attacco, dove fosse, se avesse fatto o pensato qualcosa di rischioso. Continua a razionalizzare, perché non riesce a capire. E inoltre, sempre per l'ansia anticipatoria, inizia a guardarsi intorno per cautelarsi dal pericolo di trovarsi scoperto in caso di un nuovo episodio. Sente che non può fare previsioni neppure per il giorno dopo: ogni volta che qualcuno lo stimola, i sintomi di ansia riemergono con tutta la loro forza. Ma in quei momenti in realtà non c'è nulla che allarmi davvero. E' solo la paura di avere paura. Chi gli sta attorno fatica a capire e a credere, perché la sensazione è molto forte, ma come comunicarla?? I sintomi sono quelli dell'ansia generalizzata: molta tensione, difficoltà di concentrazione, oppressione al torace, nausea, piccoli tremori, difficoltà ad addormentarsi. Si vergogna, perché è convinto che nessuno potrebbe capire, e quindi condividere, la sua situazione. Potrebbe essere preso per << MATTO >>, e ciò lo allarma più ancora dei sintomi.

Ipocondria, agorafobia e depressione

L'agorafobia

Questo ulteriore passaggio evolutivo del disturbo da attacchi di panico viene da una parola greca che significa "paura degli spazi aperti". La persona si sente male, attanagliato sempre dalla paura di un nuovo attacco, perennemente ansioso,

insoddisfatto dalla mancanza di diagnosi e cure precise. Trascorre la maggior parte del tempo concentrato su quello che potrà accadergli, e inizia, secondo la sua logica, a "EVITARE". Ha paura a stare solo, perché potrebbe sentirsi male, a camminare per luoghi affollati, a restare in spazi che sente "stretti", come un ascensore o una galleria o un ponte. Allontana la possibilità di utilizzare veicoli chiusi, come autobus, treni o aerei. EVITA tutto ciò che nella sua memoria gli rievoca la possibilità di un ambiente dove possa mancare l'aria e quindi rischiare di sentirsi male e non ricevere aiuto. Anche solo sentir parlare di quelle situazioni determina immediatamente un profondo malessere, un disagio che è pari a ciò che accadrebbe se dovesse vivere di persona quella situazione. Invoca un accompagnatore che può dargli supporto nel caso di nuovi attacchi, e infine non sa più farne a meno. In alcuni casi, la persona giunge a non uscire più di casa, subisce passivamente le proprie limitazioni e chiede solo di cercare di convivere con il proprio malessere.

L'ipocondria

Questo termine significa genericamente "paura delle malattie", e nel caso del panico nasce e si sviluppa secondo una logica molto precisa. Dopo il primo attacco, che si conclude con la ricerca disperata di aiuto, ma che quasi mai indica una diagnosi o un trattamento, il paziente vive ansiosamente il successivo. cerca di capire cosa gli sia successo, ne parla con le persone vicine, e viene stimolato ad approfondire, mediante accertamenti specifici, quale sia l'origine della "malattia". Passa dal medico di famiglia, effettua analisi cliniche, fa ricerche specifiche come l'elettrocardiogramma. La diagnosi però rimane sospesa, perché, come vedremo, il soggetto "è giovane e fisicamente sano". L'ansia anticipatoria lo porta però a vivere in modo molto conflittuale le conferme di buona salute. Vorrebbe sentirsi dire che "c'è qualcosa", che è stato rilevato un disturbo. I sintomi di ansia determinano effetti che sono simili a quelli di altre malattie di cui si sente parlare o che legge sul giornale. Un dolore al braccio, magari da freddo, è sicuramente un'infarto!!!, mentre il mal di stomaco è indiscutibilmente un tumore. Non accetta neppure le terapie eventualmente proposte, perché senza volerlo, è più "consolante" il timore di una malattia che la sua cura. Approfondisce le ricerche con i cardiologi, l'endocrinologo, il gastroenterologo. C'è sempre, invariabilmente, la stessa risposta. E ha fiducia nei medici, ha imparato ad averla perché sa che solo gli specialisti potrebbero dare la risposta definitiva. Comincia quindi a temere la presenza di un disturbo che non appare riconoscibile, che è nascosto e di difficile decifrazione. Si rafforza la certezza che la causa della malattia sia fisica. E si comporta sempre con maggior tensione e paura, sempre ansioso, rinforzando l'effetto fisico dei sintomi di ansia. E' un circolo vizioso senza fine e senza soluzione.

La depressione

La demoralizzazione e la depressione accompagnano invariabilmente l'evoluzione del disturbo di attacchi di panico. Ciò perchè l'isolamento progressivo che si è determinato, porta il paziente a sentirsi profondamente turbato e allarmato, quasi paralizzato in una situazione che sembra senza uscita. Si deprime perchè sente di non poter fare più la propria vita, costretto tra i timidi tentativi di prendere iniziative e lo sconforto che lo affligge quando sente di non farcela. E' lucido, consapevole e perfettamente cosciente, ma disperato perchè non sa fare più nulla. La sua vita si è violentemente interrotta e non si è più ripresa. Con una certa frequenza cerca soluzioni di forza che gli potrebbero dare un pò di vitalità, ma si arena davanti alle difficoltà. E allora capita che inizi a bere o a usare sostanze per cercare di alleviare il dolore e la disperazione.

A che età il primo attacco - Le cause.

La comprensione delle cause del disturbo da attacchi di panico è tuttora difficile e non univoca. Infatti la dimostrata efficacia di alcuni farmaci nel trattamento del disturbo, supporta le teorie biologiche, mentre i sostenitori dell'origine inconscia e quindi psicologica si basano sugli ottimi effetti di alcune tecniche psicoterapeutiche. Di certo sappiamo che se sollecitiamo i pazienti affetti da panico e altri pazienti ansiosi con sostanze chimiche precise, otteniamo la risposta di panico solo in coloro che ne hanno già sofferto. Tra queste sostanze capaci di determinare il disturbo, vanno citate alcune di uso piuttosto comune, come la caffeina ad alti dosaggi e la stessa respirazione di aria con elevato rapporto di anidride carbonica, cioè poco ossigenata. Probabilmente, sotto l'aspetto biologico, nel panico si crea una forte sollecitazione di alcuni gruppi di cellule del nostro cervello che funzionano attraverso l'attività di due neurotrasmettitori come la noradrenalina e la serotonina. Sotto l'aspetto psicologico invece viene sottolineato il rapporto tra le eventuali sensazioni di paura di perdita di un genitore, avvenute nell'infanzia, e il reale avvenimento di perdita. In altri termini, un bambino che ha avuto una paura ingiustificata di essere abbandonato dai genitori quando era piccolo può crescere coltivando questo timore. Può costruirsi quindi una personalità debole e insicura, sempre timorosa che si verifichi l'abbandono o la perdita. Se poi, come è normale nella vita, ci si trova a rimpiangere la figura di una persona cara scomparsa, o si affrontano le difficoltà che vengono dall'aver perso il posto di lavoro o il fidanzato/moglie/marito, si corre il rischio di riattivare dolorosamente quel processo psicologico sempre temuto.

Il disturbo da attacchi di panico è una patologia prevalentemente giovanile, anche se e talvolta, piuttosto raramente, può comparire nell'età adulta. Non si conoscono esattamente le ragioni per cui ciò si verifica, ma i dati epidemiologici sono molto

precisi. E' possibile che nell'adolescenza concorrono diversi fattori: ambientali, psicologici e anche biologici. L'età media è intorno ai 25 anni. Un altro dato di estrema rilevanza è che sono le donne, con una frequenza almeno doppia, a essere affette da questa "malattia". Gli attacchi di panico sporadici e di lieve entità in condizioni di stress particolari, colpiscono il 30/35% della popolazione, prevalentemente giovanile. I veri attacchi di panico di interesse clinico, colpiscono il 3/4% della popolazione. Non sono finora stati individuati fattori specifici che possono predisporre allo sviluppo del disturbo, per quanto sia noto che nelle immediate vicinanze temporali del primo attacco si siano registrate circostanze scatenanti. E' infatti di comune osservazione la presenza di situazioni di perdita, come un lutto di una persona cara, o il divorzio tra i genitori o una difficoltà lavorativa o affettiva. Il rapporto tra l'evento predisponente e l'attacco non è chiaro. Certamente queste persone "panicose", ricordano e lamentano come fin dall'infanzia, fossero presenti situazioni di difficoltà di separazione dai genitori. Un altro elemento che appare presente in una grande quantità di pazienti sofferenti di attacchi di panico è il prolasso della valvola mitrale. Questo elemento è ancora di dubbia interpretazione ed è difficile valutare se sia un'eventuale causa predisponente o un effetto.

Il disturbo da attacchi di panico è ereditario?

Per quanto gli studi scientifici non siano molti e definitivi su questo argomento, c'è comunque la tendenza a pensare che la malattia abbia basi genetiche. Ci sono infatti probabilità molto elevate (da quattro a otto) che i figli di genitori che hanno sofferto di panico possono a loro volta andare incontro al disturbo. Per quanto riguarda i gemelli, nel caso di una coppia monozigotica, il rischio è molto più elevato rispetto a una di gemelli non eguali. Anche in questi casi occorre molta prudenza, perchè sembra che si erediti più la predisposizione alla malattia che non il disturbo specifico. Si può quindi dire che solo la contemporanea presenza della predisposizione e dei fattori scatenanti è in grado di determinare la malattia.

Il disturbo da attacchi di panico: evoluzione e cure

Come evolve la malattia:

Il disturbo da attacchi di panico si presenta durante l'adolescenza o la prima gioventù e solo più raramente durante l'età adulta. Il suo andamento è normalmente cronico....(:o((((....). Ciò vuol dire che, dopo un trattamento specifico, il 30/40% dei pazienti non ha più disturbi a distanza di tempo, mentre il 50% presenta sintomi che però non interferiscono in modo significativo sulla vita. Solo il 10/20% dei malati, continua ad avere segni abbastanza gravi di disagio, ma in questi casi occorre

valutare se la terapia è stata condotta regolarmente, nei modi e nei tempi giusti e se non si sono verificati altri disturbi.

Le cure

Anche il disturbo da attacchi di panico, con le sue componenti ipocondria e agorafobia, rientra in quella patologia psichiatrica "MINORE" che fino a dieci anni fa raramente veniva curata correttamente. Ciò dipendeva da molti fattori. La sensazione da parte del paziente che la malattia dipendesse in qualche modo da lui, per cui doveva vergognarsi del fatto che si sentisse male. Inoltre, i medici, e anche gli stessi psichiatri, avevano minore conoscenza del disturbo e quindi la diagnosi risultava più complicata. La terza ragione consisteva nella scarsa esperienza con categorie di farmaci, come gli antidepressivi, non ritenuti all'epoca adatti a curare un disturbo di ansia. Oggi invece possiamo affermare che esistono due tipi di trattamento elettivo per il D.A.P.: la terapia farmacologica e la psicoterapia, con particolare riferimento a quella cognitivo-comportamentale. Entrambi i trattamenti sono validi, e risultano efficaci. Secondo molti studiosi, ma anche sulla base dell'esperienza personale, l'associazione tra farmaci e psicoterapia aumenta l'efficacia. Non esistono comunque "ricette" che risultano essere magiche nella cura di questo disturbo. Il paziente deve affidarsi allo psichiatra, al medico e questi, sulla base dell'esperienza e della storia individuale, darà gli opportuni consigli per la scelta terapeutica. In alcuni casi, infatti, la grave depressione o i forti sintomi fobici suggeriscono di privilegiare la scelta dei farmaci, come primo indirizzo. In altre circostanze invece, sia per la resistenza del paziente che per motivi psicologici, è consigliabile iniziare con la psicoterapia, e poi eventualmente suggerire alcuni farmaci, specie se i sintomi di ansia persistono.

La terapia farmacologica

Il disturbo da attacchi di panico rientra tra le patologie d'ansia e quindi verrebbe spontaneo trattarlo con le benzodiazepine, gli ansiolitici per eccellenza. In realtà, invece, è stato dimostrato come questi farmaci siano solo attivi nella diminuzione dell'ansia anticipatoria. Mancano di efficacia sulla componente fobica, sui comportamenti di evitamento e soprattutto nel blocco degli attacchi. I farmaci antidepressivi invece, sono la vera terapia del panico. E ciò anche se il paziente non manifesta veri sintomi di depressione o se non si accorge di essere depresso. Infatti ciò che conta è il meccanismo di azione, che si svolge favorendo la disponibilità di noradrenalina e di serotonina, due trasmettitori cerebrali molto importanti. Più in particolare, i farmaci efficaci sono: l'imipramina e la clorimipramina tra gli antidepressivi classici; la tranilcipromina tra i cosiddetti IMAO; la paroxetina tra le sostanze attive sulla serotonina (SSRI)

I farmaci agiscono sul disturbo da attacchi di panico facilitando il rapporto tra le cellule nervose, la comunicazione tra loro. L'effetto però non è immediato come quando si prende un'aspirina in caso di febbre, o un ansiolitico. Occorre attendere un tempo anche abbastanza lungo: sei-otto settimane, prima che appaiano gli effetti terapeutici, cioè il miglioramento. In molti casi i pazienti, provati da anni di disagi e di sofferenza, non riescono ad avere la pazienza necessaria, e si demoralizzano se continuano a stare male. In alcuni casi poi iniziano gli effetti collaterali ancora prima del miglioramento. In questi casi il paziente può avere la tentazione di smettere la cura, perchè è deluso ed insoddisfatto. Occorre invece avere la forza di accettare la nausea, il dolore allo stomaco, l'eventuale modesta sonnolenza, la bocca secca o la stitichezza. Manifestazioni che indicano come il farmaco stia iniziando la sua attività terapeutica, per quanto questa ritardi rispetto ai segni di miglioramento. Gradualmente diminuisce l'ansia e, soprattutto, scompare il rischio di nuova presentazione di attacchi di panico. La rassicurazione cresce, così come la fiducia in se stessi. Si acquisisce la consapevolezza di poter di nuovo camminare con le proprie gambe. Gli effetti collaterali in parte diminuiscono e in parte diventano meglio tollerabili. Ed è proprio questo il momento in cui occorre continuare la cura ed accettare anche, eventualmente, altre nuove fasi terapeutiche che lo psichiatra può suggerire. Infatti il dosaggio dei farmaci, potrebbe essere aumentato, anche se il paziente non ne capisce la ragione e teme che gli effetti collaterali crescano. D'altra parte è possibile che il paziente abbia ricevuto in passato un trattamento ansiolitico, che sappiamo essere solo sintomatico. All'inizio è opportuno mantenerlo, per evitare che si manifestino segni di disagio, ma poi progressivamente è consigliabile che la terapia si basi solo sul farmaco antidepressivo. E' importante quindi che il paziente sia avvertito e non si preoccupi di questo fatto. Spesso l'ansiolitico viene usato quasi come un "amuleto", un portafortuna, qualcosa che bisogna sempre portare dietro. Quando inizia il miglioramento e si prende coraggio, aumenta la sensazione di maggiore stabilità e ci si può progressivamente staccare da quelle abitudini che rendono meno liberi, compresi gli ansiolitici.

Lo psichiatra, quando inizia il trattamento con farmaci antidepressivi nel disturbo da attacchi di panico, cerca di individuare quale sarà la migliore strategia per quel paziente, personalizzando sia la cura che il rapporto individuale. Il paziente "panicoso" viene spesso da esperienze dolorose e prolungate: ha contemporaneamente un grande bisogno di essere rassicurato ma anche una profonda diffidenza per il possibile esito negativo di altre esperienze. Dall'incontro di questi due aspetti, nasce la prospettiva terapeutica. La riduzione dei sintomi nel panico consiste soprattutto in due aspetti: la scomparsa degli attacchi e il superamento di ansia anticipatoria, ipocondria e agorafobia. Il primo effetto è abbastanza rapido (sempre considerando le sei-otto settimane iniziali) ma non riesce a tranquillizzare completamente il paziente. Rimane sempre la paura di avere paura. Rimane il timore di esporsi alle vecchie situazioni che tanto lo hanno spaventato. Girare in auto, fare la fila in un ufficio, entrare in un luogo chiuso, attraversare una piazza. Il primo attacco è stato così improvviso e incontrollabile che teme si possa ripetere. Anche ora che è

sotto cura. Solo il trascorrere del tempo senza attacchi riesce a fargli intravedere una nuova speranza. Ma contemporaneamente deve confrontare con la realtà che lo circonda, come la situazione stia evolvendo. Non gli serve di sforzarsi o di obbligarsi a rifare le esperienze che teme, per quanto però debba assecondare il desiderio o lo stimolo a lasciarsi andare. Spesso è successo che un paziente riferisse di "essersi trovato in un supermercato, e di non avere avuto paura, ma solo stupore per esserci giunto".

Quando lo psichiatra, spiegando al paziente la propria strategia terapeutica, inizia il trattamento, fornisce le indicazioni della cura. E' impossibile però determinare in anticipo alcune caratteristiche, come quella di quanto durerà la terapia. Questo aspetto è soggetto a molte variabili. Innanzitutto la gravità del disturbo e la sua durata, e inoltre la capacità del paziente di accettarla e di verificare i miglioramenti non sulla distanza brevissima, ma sulla quella media e quella lunga. Basta ricordare che durante lo sviluppo della malattia si acquisiscono delle "abitudini" che, anche quando si sta meglio, è più difficile estirpare. Come l'ascolto quasi sempre perenne delle variazioni di intensità provenienti dal proprio corpo (un respiro più affannoso, un battito accelerato del cuore, un doloretto toracico, un accenno d'ansia). O la previsione quasi assoluta di evitare le situazioni ritenute, quasi sempre in modo generalizzato, fonte di paura. Questo stato di allerta perenne scompare solo con grande gradualità, anche sotto trattamento. Ed è per questo che il medico deve poter fornire al paziente una disponibilità molto elevata, perchè la rassicurazione che il paziente cerca non deve essere confusa con una dipendenza. Non bisogna fargli mancare l'attenzione e la disponibilità a spiegare le eventuali motivazioni di un effetto collaterale, ma neppure sostituirsi alla sua intelligenza e al suo sforzo di adattamento a una situazione nuova, che sta cercando. I farmaci non procurano dipendenza, ma vanno utilizzati per il loro effetto. Occorre accettare anche un trattamento prolungato, anche di oltre un anno se opportuno. Gli eventuali effetti collaterali, molto modesti se si utilizzano i farmaci come la paroxetina, sono anche un indice di efficacia.

La vita del malato

La persona affetta da attacchi di panico ha un solo obiettivo nella vita: evitare le situazioni che, a suo avviso, potrebbero rigenerare l'attacco.. Evitare emozioni o, in extremis, trasformarle inconsciamente in tachicardia o paura di morire. In pratica, significa dire NO a ogni viaggio di lavoro o vacanza. Quindi scegliere, per esempio, un'attività sedentaria senza l'obbligo di grossi spostamenti. Da giovani vuol dire non andare fuori con gli amici, trovarsi sempre a salutare gli altri che caricano bagagli sulla macchina, sul treno o sull'aereo. Oppure evitare anche un solo week-end lontano da casa. Non prendere l'ascensore appare come il "disturbo" meno grave. Eppure, anche questo regala non pochi problemi alla vita di tutti i giorni. Si può scegliere un

appartamento al piano terreno, ma al lavoro? E di esempi se ne possono far tanti. Di fatto, il paziente si trova costretto a costruire la sua vita. A fare lo slalom tra un potenziale pericolo e un altro. Da solo si ritrova a leggere gli articoli di medicina pubblicati sui giornali e a sentire, improvvisamente, tutti i sintomi addosso. Dall'infarto alla sciatica. Questo si traduce in un pellegrinaggio negli ospedali ma non certo in un cambiamento delle abitudini di vita. Pochi "panicosi", per esempio, decidono di smettere di fumare per paura dell'infarto o di un tumore ai polmoni. Piuttosto, interpretano i sintomi del loro attacco, come i segnali di una malattia grave, spesso incurabile. Quasi ogni volta dal medico ricevono la stessa risposta: <<Lei sta bene, si riposi, tutti gli esami di controllo fatti ci rassicurano>>. per il paziente è solo un'ennesima sconfitta. Diventa una vera e propria prova di coraggio riuscire a dormire una notte fuori casa. Qualcuno si sposta solo se ha la certezza di avere un ospedale a portata di mano. Altri sentono la gola stringere se sono in fila al supermercato o alla posta. L'ansia sale insieme alla paura di trovarsi in situazioni o posti dai quali sarebbe imbarazzante allontanarsi. Il terrore vince sull'azione quando il paziente ha la coscienza di potersi trovare in un luogo dove nessuno è capace di dare una mano. Tutto questo, ovviamente, limita la propria libertà ma anche quella di chi vive accanto al malato. Nelle situazioni più gravi la "tecnica" dell'evitamento, porta la persona a volersi chiudere in casa, a uscire solo se "scortata", a soffrire solo se si passa sotto le gallerie. Di qui, l'importanza per un familiare, di essere ben preparato sulla malattia, in modo da non trovarsi a subire, timoroso di non poter intervenire. Parenti ed amici, devono essere in grado, se vogliono davvero aiutare, di affrontare con la persona cara, il timore del ripetersi della crisi.

D.A.P.: Per i familiari

La prima cosa che ci viene da suggerire ai familiari dei "dappisti" è quello di non diventare per forza "medico", ma di non lasciarsi intrappolare dalle crisi della persona cara. Semmai, l'obbligo" per chi ha un parente colpito da questa patologia, di INFORMARSI. Di sapere quali sono le manifestazioni della malattia e come curarla. E' necessario avere nei confronti della persona cara, un atteggiamento di sostegno "non colpevolizzante". La sicurezza di comportarsi bene, arriva solo dalla conoscenza. Dal sapere che è importante chiedere subito aiuto a uno specialista e che non è giusto "accontentarsi" di vivere evitando. Dal viaggio in treno alla festa con gli amici. La solitudine, a parenti e pazienti, porta solo cattivi consigli. Quindi, va stipulata una sorta di "alleanza" tra il medico e il familiare di chi soffre di attacchi di panico. Questa permetterà di fronteggiare le situazioni di emergenza ma anche di capire quando va meglio e di intuire i segni del progresso verso la guarigione. verso la consapevolezza, da parte del malato, di essere dominatore e non dominato dall'attacco. Importante, dunque, è sapere cosa fare, ma altrettanto importante, sapere cosa non fare.

Cosa fare

L'obiettivo che si deve raggiungere, con il consiglio dello psichiatra, è quello di armonizzare gli "interventi" per riuscire a tranquillizzare il malato e ridurre al minimo la tecnica dell'evitamento. Ridurre, in casa, il contrasto con il malato può essere un modo per permettergli di vivere meglio stimoli e ansie. sarebbe un grave errore colpevolizzare la persona quando ci si rende conto che la sua malattia non ha fatto passi avanti, che i "blocchi" persistono o, addirittura, aumentano. E' bene aspettare che sia il malato a chiedere aiuto, piuttosto che farsi avanti con eccessive premure. Soffocarlo con altrettanti evitamenti potrebbe, in molti casi, peggiorare la situazione. Piuttosto è importante riuscire a convincere il malato a rivolgersi a uno specialista. Inutile vagabondare da un medico all'altro, dal cardiologo piuttosto che dall'esperto di polmoni. Bisognerà ovviamente, riuscire a sfatare tutti i pregiudizi che aleggiavano attorno alla figura dello psichiatra. Non è il "medico dei pazzi" e i parenti devono saperlo bene. Devono essere anche in grado di farlo capire al malato. Potrebbe non essere una cattiva idea citare i nomi dei personaggi famosi che hanno dichiarato pubblicamente di aver cambiato vita, una volta che lo psichiatra ha indicato la terapia giusta. Comprensione e disponibilità all'ascolto sono doti fondamentali per chi vuole convincere o stare accanto a chi soffre di attacchi di panico. Riconoscere i piccoli miglioramenti del malato è fondamentale. Il condividere la gioia, può trasformarsi in un forte bastone su cui appoggiarsi. E' un po' come dire : " Tranquillo, ti siamo vicini, ti accettiamo, ti capiamo e con te aspettiamo che tutto passi". Infine il parente deve accettare l'idea che al miglioramento corrisponderà un naturale "distacco" e maggiore autonomia della persona ex-dappista!!

Cosa non fare

Evitare critiche e apprezzamenti sul comportamento di chi soffre di attacchi di panico. Meglio dare piccoli suggerimenti piuttosto che scatenare scontri violenti. Il malato è già particolarmente sensibile alle sue critiche, a quelle degli "estranei", per essere in grado di recepire altri suggerimenti "dal tono imperioso". Mai gonfiare il problema, mai farlo più grande di quello che è contrastando con la volontà di trovare soluzioni più lontane possibili dall'evitamento. Importante è riuscire a dividere l'istintiva avversione verso i timori e le "pigrizie" del malato e l'affetto che si prova verso la persona. Controllare che la persona segua la terapia e vigilare sugli eventuali effetti collaterali. Non decidere mai che il medico va interpellato solo nelle urgenze; piuttosto tra i familiari, lo specialista e il terapeuta si deve creare un'alleanza mirata al buon esito della terapia. Ovviamente è vietata qualsiasi presa in giro degli atteggiamenti del malato e non dire mai che non si crede a ciò che dice. Lo "strozzamento alla gola" è avvertito davvero!!!! Anche il batticuore, le sudate fredde, le gambe tremolanti, la sensazione di svenimento. E' bene ricordarlo sempre, anche quando si vorrebbe partire e quell'amico, quel figlio o quella compagna non riesce a venire con voi.

I si e i no

I si

- 1) Convincere il malato ad andare dallo specialista, lo psichiatra, e ad accettare sia i farmaci che la psicoterapia.
- 2) far capire che il disturbo da attacchi di panico è una malattia. Come tale può guarire, se curata.
- 3) Stare vicino al malato, accettare senza condividere paure e timori.
- 4) Credere ai sintomi che il malato accusa.
- 5) Aiutare il malato a rinforzare la stima nei propri confronti senza mai spingerlo in situazioni che potrebbero spaventarlo.
- 6) Ripetere di avere pazienza, che la cura può avere dei tempi lunghi prima di fare effetto.
- 7) Imparare a riconoscere i piccoli miglioramenti e condividerle con la persona cara.

I no

- 1) Mai dire al paziente: <<Dai sforzati>>; << E' tutta colpa tua>>; <<Sei solo un pigro>>.
- 2) Mai prenderlo in giro se non riesce a intraprendere un viaggio, a prendere l'aereo o a entrare in un grande magazzino.
- 3) Non assecondare il malato quando vorrebbe smettere la cura o psicoterapia.
- 4) Non mettere fretta nè far mai capire che i timori potrebbero seriamente compromettere la vita futura.
- 5) Non farsi prendere dalle sue stesse paure.
- 6) Non evitare di controllare se il malato segue la terapia.
- 7) Non esagerare con le critiche: l'avversione è verso la malattia e non verso la persona cara.