



Università degli studi di Padova
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**ATTACCHI DI PANICO: IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA
GESTIONE E STRATEGIE NELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA**

Relatore: Prof. Gallio Vito

Laureando: Marin Silvia

Matricola: 1048630

Anno Accademico 2014-2015

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE	pag. 1
CAPITOLO 1: ANALISI DEL PROBLEMA	pag. 3
1.1 Gli attacchi di panico	pag. 3
1.2 L'iperventilazione e il DAP	pag. 7
1.3 L'approccio non farmacologico per il trattamento del DAP	pag. 9
1.3.1 Premessa	pag. 9
1.3.2 La psicoterapia	pag. 9
1.3.3 La psicologia emotocognitiva	pag. 10
1.3.4 Le 10 fasi della terapia cognitivo-comportamentale secondo l'OMS	pag. 10
1.3.5 Il rebirthing	pag. 11
1.3.6 Il capnometro per la respirazione assistita nel DAP	pag. 11
1.3.7 La terapia di gruppo per il DAP	pag. 12
CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI	pag. 13
2.1 Parole chiave, fonti dei dati e criteri di selezione del materiale	pag. 13
2.1.1 Scopo dello studio	pag. 13
2.1.2 Quesiti di ricerca, analisi e revisione della letteratura disponibile	pag. 13
CAPITOLO 3: RISULTATI DELLA RICERCA	pag. 15
3.1 Il ruolo dell'infermiere nell'assistenza alla persona con DAP	pag. 15

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	pag. 19
4.1 Limiti della letteratura analizzata	pag. 19
4.2 Potenziali applicazioni in ambito infermieristico	pag. 20

BIBLIOGRAFIA

ABSTRACT

In letteratura sono pochi i contributi sul ruolo dell'infermiere nella gestione del Disturbo da Attacchi di Panico.

Lo scopo di questo elaborato è quello di analizzare diversi articoli che trattino di questa tematica e di unirli in un unico testo in cui si possano delineare le diverse strategie d'approccio e di gestione dell'infermiere verso le persone che soffrono del Disturbo da Attacchi di Panico.

Sono state riportate alcune delle strategie assistenziali proprie dell'infermiere, il quale può dimostrare di non essere un semplice somministratore di farmaci o un subordinato a terzi ma di avere un ruolo attivo e multidisciplinare nella gestione di tale disturbo.

Partendo dal nesso tra iperventilazione e attacchi di panico, l'infermiere può educare l'assistito ad eseguire degli esercizi di respirazione ed è in grado di riconoscere i bisogni del suddetto sia in ambito ospedaliero sia in ambito territoriale e, grazie alle competenze dell'infermiere Case Manager, di coordinare le varie attività assistenziali collaborando anche con altre figure professionali sanitarie.

L'infermiere sfrutta, inoltre, le proprie abilità relazionali al fine di creare un rapporto di fiducia con la persona con Disturbo da Attacchi di Panico e stabilisce un piano educativo con essa, cogliendo sia i punti di forza sia quelli di debolezza e adottando le strategie assistenziali più adeguate (visite domiciliari, *follow up* telefonici, incontri singoli e di gruppo e coinvolgimento dei familiari), per garantire una presa in carico specifica ed individuale.

INTRODUZIONE

L'elaborato ha avuto origine da alcune riflessioni che sono seguite ad un'esperienza di tirocinio: durante un turno di tirocinio in Pronto Soccorso mi sono trovata di fronte una ragazza con un attacco di panico e, poiché buona parte dell'équipe era impegnata in un'emergenza, era stato affidato a me il compito di assisterla temporaneamente.

Mi sono seduta affianco a lei, le ho preso la mano e, con tono calmo, ho iniziato a farla concentrare sul suo respiro, memore di un episodio precedente accaduto in ambito familiare.

Dopo qualche minuto era tornata a una respirazione eupnoica e mi aveva riferito che, piano piano, anche i formicolii che avvertiva alle braccia e alle gambe le stavano scomparendo.

Ad attacco cessato, la ragazza mi ha ringraziata per esserle stata accanto tenendole la mano aggiungendo, poi, che l'avevo fatta sentire "protetta" e "sicura".

Questo episodio mi ha fatto molto riflettere sul ruolo che può assumere l'infermiere nei diversi contesti della sua carriera professionale verso coloro i quali soffrono di attacchi di panico.

Quali sono i contesti in cui l'infermiere può trovarsi di fronte ad un attacco di panico? Quali sono le strategie che può adottare nell'assistenza alla persona con Disturbo da Attacchi di Panico (DAP)? Come può sfruttare le sue abilità di educatore e su quali aspetti ed esercizi è opportuno che l'assistito venga educato?

L'obiettivo della tesi è proprio quello di rispondere a queste domande che ci si può porre parlando dell'assistenza infermieristica relazionata al Disturbo da Attacchi di Panico (DAP), partendo, quindi, da un inquadramento chiaro e completo del quadro clinico relativo a tale disturbo, toccando poi tematiche ricorrenti quali l'iperventilazione e le diverse strategie non farmacologiche che sfruttano le competenze in ambito educativo e relazionale dell'infermiere.

L'elaborato ha avuto un percorso complesso dovuto alla letteratura limitata in materia di assistenza infermieristica alla persona con DAP.

CAPITOLO 1: ANALISI DEL PROBLEMA

1.1 Gli attacchi di panico

L'ansia è fisiologicamente presente nel nostro organismo.

Ecco cosa succede quando l'ansia sta per generare una crisi di panico¹:

- la mente inizia ad allarmarsi e si focalizza su una minaccia;
- il battito cardiaco accelera e la pressione sanguigna aumenta e i muscoli ricevono un apporto maggiore di sangue per prepararsi all'azione;
- si inizia a sudare per mantenere la temperatura corporea;
- si respira più rapidamente;
- il fegato libera zucchero per fornire velocemente energia;
- vengono rilasciati degli ormoni, in particolare l'adrenalina;
- i muscoli detrusori si rilassano;
- le pupille si dilatano provocando una visione offuscata;
- si avvertono formicolii agli arti.

L'attacco di panico si presenta improvvisamente, senza che la persona se lo aspetti e dopo al massimo poche decine di minuti sparisce.

La fine dell'attacco lascia dietro di sé una sensazione di sofferenza e timore anticipatorio legato all'idea che si possa presentare nuovamente.

Il primo attacco in genere è il peggiore in quanto risulta sconosciuto al soggetto e non prevedibile².

L'attacco di panico è caratterizzato dall'emergere improvviso di manifestazioni somatiche intense e prolungate di natura disturbante ed invasiva con marcate alterazioni dell'equilibrio neurovegetativo che solitamente si raccolgono in un tipico complesso sintomatologico tra cui spiccano tachicardia, senso di vertigine, sudorazione, tremori e senso di soffocamento.

La sensazione preminente di chi sta subendo un attacco di panico è quella di trovarsi in un'angosciante condizione di "quasi-morte", nel tumulto di sensazioni corporee che sembrano bloccare ogni possibilità di pensiero razionale sull'evento in corso.

In seguito al primo attacco, in situazioni spesso collegate in qualche modo al ricordo del primo evento traumatico o contrassegnate dalla soggettiva percezione di mancanza di alternative e di apparenti vie di fuga (es: luoghi affollati), subentra quella che viene chiamata ansia anticipatoria che di nuovo mette in allerta l'intero organismo ed il soggetto finisce per vivere una nuova e frustrante esperienza di panico, vissuta sempre più come una perdita di controllo mentale³.

L'attacco di panico può essere definito come un periodo di intensa paura o disagio, durante il quale sono presenti almeno quattro dei seguenti sintomi, i quali si sviluppano improvvisamente e raggiungono il picco nel giro di una decina di minuti: palpitazioni, cardiopalmo, tachicardia, sudorazione, tremori, dispnea, sensazione di soffocamento, sensazione di asfissia, dolori al petto, nausea, disturbi addominali, sensazione di instabilità, sensazione di vertigine, sensazione di svenimento, senso di irrealtà, depersonalizzazione, paura di perdere il controllo, paura di impazzire, paura di morire, parestesie (torpore o formicolii), brividi e vampate di calore.

Da un punto di vista epidemiologico, il picco di insorgenza del primo attacco di panico si situa normalmente fra la tarda adolescenza e i 35 anni⁴.

Nel contesto attuale, questo periodo corrisponde ad una fase del ciclo vitale caratterizzata dal distacco dalla famiglia d'origine e dall'acquisizione significativa di una maggiore indipendenza.

Il momento in cui diventa preminente la ricerca di nuove appartenenze affettive e sociali e si verifica il distacco da quelle precedenti, oggi è un passaggio molto delicato in quanto predispone maggiormente il soggetto a una vulnerabilità di tipo psicologico ed affettivo⁵.

In relazione alle modalità di esordio della sintomatologia e alle cause scatenanti vengono descritti tre tipi di attacchi di panico:

1. inaspettati → non sono associati ad una causa scatenante ambientale; compaiono, quindi, senza che il soggetto possa prevederne l'insorgenza.
2. causati dalla situazione → nei quali la sintomatologia si presenta in seguito all'esposizione o all'attesa di uno stimolo ambientale o di un contesto specifico.
3. sensibili alla situazione → in cui lo scatenarsi della sintomatologia è frequente ma non necessariamente associata all'esposizione ad uno stimolo o ad una situazione specifica⁶.

I sintomi caratteristici dell'attacco di panico sono⁷:

1. palpitazioni, cardiopalmo, tachicardia;
2. sudorazione;
3. tremore o agitazione;
4. sensazione di mancanza di respiro o dispnea;
5. senso di soffocamento;
6. dolore o fastidio al petto;
7. nausea o disturbi addominali;
8. sensazione di vertigine o di instabilità;
9. derealizzazione (sensazione di irrealtà) o depersonalizzazione (sensazione di distacco da se stessi) ;
10. paura di perdere il controllo o di impazzire;
11. paura di morire;
12. parestesie (intorpidimento o formicolio);
13. brividi o vampate di calore.

Il corredo sintomatologico manifestato nel DAP si dispiega attraverso tre diverse espressività cliniche⁸:

- sintomi psichici: ansia intensa, paura di morire, derealizzazione, depersonalizzazione, paura di impazzire, senso di impotenza;
- sintomi fisici: tachicardia, vertigini, vampate di calore, sudorazione, dispnea, dolore toracico, tremori, parestesie, nausea;
- sintomi comportamentali: fuga, evitamento fobico, ricerca di aiuto.

Per codificare quello che viene definito un DAP è necessario che gli attacchi siano inaspettati, ricorrenti, raggiungano il picco entro i 10-15 minuti e che almeno uno degli attacchi sia seguito da almeno un mese con uno o più dei seguenti sintomi²:

- preoccupazione persistente di avere altri attacchi;
- preoccupazione a proposito delle implicazioni dell'attacco stesso o delle sue conseguenze (ad es: perdere il controllo) ;
- significativa alterazione del comportamento correlata agli attacchi.

Infine il DAP può essere accompagnato o meno da sintomi agorafobici e si differenzia dal punto di vista prettamente diagnostico in DAP con agorafobia o DAP senza agorafobia.

La maggior parte delle persone che soffrono di attacchi di panico inizia poi a ridurre le attività e gli spostamenti.

Le prime cose a cui si rinuncia sono tutti quei luoghi in cui può essere difficile allontanarsi in caso di crisi d'ansia (sintomi agorafobici).

Il secondo attacco in alcuni casi è preceduto da stati di tensione eccessivi e può presentarsi anche a distanza di mesi o anni.

Il secondo attacco conferma la principale paura del soggetto (ansia anticipatoria) che possa capitare ancora, in qualunque momento, in qualsiasi luogo.

A questo punto l'ansia appare ancora più alta e può arrivare il terzo attacco e così via.

La paura non è più quella dell'attacco in sé ma diventa la forma secondaria nota come "paura della paura" o "ansia anticipatoria".

Oltre all'evitamento fobico, un'altra tendenza in chi soffre di DAP è la ricerca di una persona di supporto (un familiare, il partner, un amico) che l'accompagni ovunque e, in caso di necessità, dia una sensazione di sicurezza; ma tutto ciò risulta essere un palliativo e può mantenere il disturbo anziché risolverlo.

Si instaura così un circolo vizioso in cui entrano in gioco azioni che risultano, pertanto, solo tentativi non mostrando reale efficacia nella soluzione del disturbo².

1.2 Iperventilazione e DAP

Il corpo necessita di un equilibrio tra ossigeno e anidride carbonica.

Quando si è ansiosi questo equilibrio viene interrotto poiché si inizia a respirare velocemente e più del solito.

Essenzialmente si introduce più aria di quanta ne richieda il corpo.

Quando il corpo individua uno squilibrio (c'è un abbassamento dei livelli di anidride carbonica), il corpo stesso risponde con un vasto numero di cambiamenti chimici.

L'iperventilazione subentra quando la ventilazione supera il metabolismo cellulare con conseguente eliminazione di anidride carbonica maggiore rispetto alla sua produzione, il che provoca un calo della pressione arteriosa parziale di anidride carbonica⁹.

Questi cambiamenti producono sintomi come vertigini, confusione, sensazione di testa vuota, senso di affanno, visione offuscata, tachicardia, intorpidimenti, formicolii, mani sudate e fredde e rigidità muscolare.

Per le persone che soffrono di panico, queste sensazioni sono abbastanza stressanti in quanto vengono percepite dall'individuo stesso come un allarme, un segno che preannuncia l'arrivo di un attacco di panico.

L'iperventilazione, quindi, è un fattore che scatena la maggior parte degli attacchi di panico ed il controllo della respirazione svolge un importante ruolo nel contrastarla.

L'infermiere può, dunque, educare l'assistito alla pratica della respirazione a labbra socchiuse, la quale contribuisce a rallentare l'espiazione, controllare la frequenza e la profondità del respiro, promuove il rilassamento permettendo di controllare la dispnea e il senso di panico¹⁰.

La tecnica consiste in tre fasi:

- Inspirare attraverso il naso contando lentamente fino a 3;
- Espirare in modo lento e uniforme con le labbra socchiuse, contraendo i muscoli addominali;
- Contare lentamente fino a 7 prolungando l'espiazione attraverso le labbra socchiuse.

Diversi studi hanno evidenziato come coloro i quali soffrono di attacchi di panico siano maggiormente sensibili all'iperventilazione rispetto a chi non ne soffre.

Ciò che gioca un ruolo maggiore nell'induzione di un attacco di panico, è l'interpretazione errata di minaccia e di pericolo che il soggetto attribuisce alle sensazioni corporee, aumentando così il livello d'ansia al quale conseguirebbero nuove sensazioni (e da qui si innesca un circolo vizioso) fino all'attacco di panico vero e proprio⁹.

Donald Klein, nella sua teoria del "falso allarme di soffocamento", considera il panico come un falso allarme di soffocamento: ipotizza che il difetto di base potrebbe essere un sistema patologico sensibile di allarme di soffocamento, che, una volta attivato, porta a iperventilazione, panico e voglia di fuggire.

Afferma, inoltre, che gli attacchi di panico sono reazioni di paura, i risultati di specifici falsi allarmi derivati dall'attivazione di un ipotetico recettore del soffocamento¹¹.

Secondo, invece, Ronald Ley gli attacchi di panico consistono in un'interazione sinergica tra iperventilazione e paura, la cui natura è in costante accelerazione. La sovrastimolazione respiratoria, se moderata, produce sintomi relativamente lievi che possono essere tollerati per periodi prolungati; tuttavia, quando la respirazione aumenta considerevolmente, sopraggiungono i sintomi di alcalosi respiratoria che attivano l'allarme e la paura nel soggetto¹².

Possiamo dunque concludere affermando che l'iperventilazione è considerata come una causa, un correlato e una conseguenza degli attacchi di panico.

1.3 Approccio non farmacologico per il trattamento del DAP

1.3.1 Premessa

L'intervento farmacologico può essere importante quando la sintomatologia è così acuta da interferire fortemente con la vita del soggetto ma, se si utilizzano solo i farmaci, i sintomi normalmente ricompaiono quando la terapia viene interrotta; il limite del farmaco è che non incide di per sé sulle dinamiche relazionali e sulla storia da cui il panico emerge.

Premesso ciò, vediamo ora alcuni tra gli approcci non farmacologici maggiormente sfruttati per il trattamento del DAP.

1.3.2 La psicoterapia

Si distinguono due approcci principali: cognitivo-comportamentale e psicodinamico.

Il primo prevede sostanzialmente un lavoro di ristrutturazione cognitiva sui sintomi somatici seguita da modalità comportamentali correttive.

Il secondo, invece, è centrato maggiormente su dinamiche interne di conflittualità intersistemica e sul loro sviluppo nel tempo a partire dalla relazione madre-padre-figlio e sulla precoce interiorizzazione di tali figure³.

Lo scopo dell'approccio strategico è la diminuzione dell'intensità e della frequenza del sintomo; per ottenere ciò si utilizzano delle tecniche che spostano l'attenzione dall'ansia, aumentando la sensazione di avere il controllo della situazione o diminuendo la risposta somatica agli stimoli ansiogeni.

L'approccio gestaltico, considerando l'attacco di panico come una possibilità e una richiesta di evoluzione in una delicata fase della vita, offre una relazione che crea lo sfondo affinché il soggetto possa conoscere, affrontare, reggere ed infine sciogliere l'ansia.

Il successo della terapia consiste nella crescita della persona nei vari ambiti della vita e nella graduale scomparsa dei sintomi⁵.

La psicoterapia, rescindendo dalla tecnica adottata e dalla modalità di conduzione del *setting*, si orienta a sollecitare nel soggetto un cambiamento che origini la motivazione di distanziarsi da un Io ipertrofico, divenendo una persona capace di accogliere i limiti della propria dimensione umana⁸.

1.3.3 La psicologia emotocognitiva

Per le teorie emotocognitive l'attacco di panico è una condizione di disturbo che si sviluppa nel "qui - e - ora" a causa di un'errata educazione scientifica sul funzionamento dell'organismo, che porta il soggetto ad azioni di controllo volontario rispetto a fenomeni fisiologici in realtà funzionali, incrementando i sintomi d'ansia alla base del disturbo.

La psicologia emotocognitiva utilizza gli stessi processi psicofisiologici dell'organismo al fine di ripristinare un normale funzionamento sistemico e portare ad una riabilitazione funzionale, ovvero allo sblocco dei processi che mantengono sintomi e disturbo.

Ciò su cui basa il suo intervento non è più legato a capire le ipotetiche ed arbitrarie cause inconscie associate al problema, ma valutare ciò che il problema sta causando, cosa lo mantiene e cosa lo potrebbe aggravare (*loop* disfunzionale)².

1.3.4 Le 10 fasi della terapia cognitivo-comportamentale secondo l'OMS

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) presenta un programma terapeutico, che spiega le abilità per superare i disturbi d'ansia¹³:

1. Identificare i disturbi d'ansia;
2. Identificare le situazioni che si temono o che si evitano;
3. Conoscere il proprio ritmo respiratorio → Senso di svenimento, tachicardia, mancanza d'aria sono i sintomi dell'ansia legati ad una iperventilazione. È opportuno conoscere come si respira in situazioni di disagio;
4. Respirare lentamente e profondamente per controllare l'ansia → utilizzare la respirazione addominale: inspirando lentamente per tre secondi, gonfiando la pancia e poi espirando per altri tre secondi molto lentamente. È una respirazione diaframmatica;
5. Riconoscere il proprio pensiero negativo irrealistico → sono pensieri che creano tensione, ansia come la paura di far brutta figura; "Oh Dio cosa dico, cosa faccio" paura di perdere il controllo, paura di impazzire, paura di aver un infarto. Per renderci conto dei propri pensieri è necessario annotarli;
6. Identificare i pensieri e credenze negative (assunzioni e convinzioni disfunzionali) → ad esempio: "se prendo la macchina, mi verrà un attacco di panico" oppure "quando sento il cuore battere velocemente, ho paura di avere un infarto";

7. Cambiare il modo di pensare → ad esempio “Questo pensiero ha preso in considerazione sia i lati positivi che negativi? Ho delle prove a favore del mio pensiero?”;
8. Costruire i pensieri competitivi;
9. Esposizione alle situazioni evitate;
10. Registrare i progressi.

1.3.5 Il rebirthing

Il Rebirthing è una tecnica di respirazione conosciuta anche con il nome di “respiro circolare consapevole” consigliata anche a chi soffre di attacchi di panico in quanto, già dalla prima seduta, il soggetto riconosce che respirando in un certo modo s'innescano sensazioni simili a quelle che lo spaventano e si libera dall'angosciosa idea che tali sensazioni siano sintomi di disturbi mentali o di pericolose malattie ma comprende che si tratta di semplici alterazioni del pH.

Il soggetto, realizzando che il respiro non è pericoloso, nella situazione protetta della sessione alla presenza di un esperto, attraversa queste sensazioni sino a uno sblocco liberatorio spesso associato a catarsi di emozioni represses.

Si deve, perciò, accompagnare il soggetto a respirare con un respiro circolare profondo e ininterrotto e ad attraversare i momentanei stati di iperventilazione che si presentano durante la seduta.

Superata la fase di volontaria iperventilazione (i cui effetti sono benefici poiché la diminuzione dell'anidride carbonica rende il sangue più alcalino), la respirazione trova spontaneamente il suo ritmo naturale e tutte le sensazioni di alterazione scompaiono¹⁴.

1.3.6 Il capnometro per la respirazione assistita nel DAP

Data la crescente evidenza che la disfunzionalità respiratoria sia un elemento centrale nel Disturbo da Attacchi di Panico, alcuni interventi mirati alla funzionalità respiratoria potrebbero rivelarsi clinicamente utili e scientificamente informativi.

E' stata testata l'efficacia di una nuova e breve terapia mediante capnometria per la respirazione assistita (BRT) utilizzando misure cliniche e respiratorie nel DAP¹⁵.

Il razionale consiste nell'andare ad aumentare i livelli di pCO₂ tramite esercizi di respirazione con l'utilizzo del capnometro (strumento dotato di batteria e di un dispositivo

in grado di analizzare il respiro esalato attraverso una cannula nasale), al fine di prevenire lo stato di iperventilazione e, quindi, anche lo stato ansioso che porta allo scatenarsi dell'attacco di panico.

Nonostante l'obiettivo di alcune Scuole di respirazione sia proprio quello di correggere l'iperventilazione, il livello di pCO₂ nel sangue arterioso non è mai stato utilizzato come misura di *outcome*.

Il *feedback* ottenuto tramite capnometro è un modo diretto e convincente per correggere i modelli sregolati di respirazione connessi all'iperventilazione, assicurando che l'obiettivo principale venga raggiunto.

1.3.7 La terapia di gruppo per il DAP

Il setting di gruppo può essere preferibile a quello individuale per una serie di vantaggi¹⁶:

- Nel gruppo il paziente ha modo di cogliere il carattere universale della sofferenza, contrastando la sensazione di esserne l'unico affetto.
- L'osservazione dei successi altrui motiva al trattamento, facendo sembrare possibile il raggiungimento degli stessi risultati.
- La cooperazione per la ricerca di strategie per la gestione efficace delle situazioni problematiche dà l'opportunità di beneficiare delle intuizioni di tutti i componenti, producendo un ampliamento delle strategie di *problem-solving* e del repertorio emotivo, cognitivo e comportamentale del paziente.
- L'aiuto tra pari dà la possibilità di comprendere meglio quanto esposto dall'infermiere esperto in *counselling*, grazie all'intermediazione di altri componenti del gruppo che hanno già compreso e lo espongono a loro volta diventando, in quel momento, co-terapeuti.
- Un ultimo vantaggio deriva dall'effettuare le esposizioni alle situazioni temute assieme al gruppo; questo da una parte motiva il paziente, riducendo l'ansia anticipatoria e la tendenza all'evitamento e, dall'altra, se l'esperienza dovesse scatenare una crisi d'ansia, l'intervento di altri componenti del gruppo consentirebbe di modulare con più facilità i sintomi e le intense emozioni esperite.

Numerosi studi clinici dimostrano, infatti, l'efficacia della terapia di gruppo nel trattamento del DAP, tanto da farla rientrare fra gli interventi di prima scelta^{17 18 19}.

CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI

2.1 Fonti dei dati, parole chiave e criteri di selezione del materiale

2.1.1 Scopo dello studio

Lo scopo della ricerca e dell'analisi effettuata è stato quello di reperire valida letteratura a sostegno dell'obiettivo dell'elaborato: individuare il quadro clinico del Disturbo da Attacchi di Panico e delineare alcune strategie di assistenza messe in atto dall'infermiere al fine di valorizzare questa figura professionale (sfruttandone le competenze e le capacità) in relazione a un quadro clinico complesso ed attuale come quello del Disturbo da Attacchi di Panico.

2.1.2 Quesiti di ricerca, analisi e revisione della letteratura disponibile

Per questo elaborato sono stati ricercati articoli nelle principali banche dati di interesse infermieristico: PubMed e Cochrane Library.

Le parole chiave inserite sono state: *panic attacks, nursing, hyperventilation, panic disorder, panic disorder's management, non-pharmacological treatment e respiratory education.*

L'operatore booleano utilizzato per delimitare la ricerca ad un insieme d'intersezione tra i diversi termini Mesh è stato AND; il che ha prodotto una svariata gamma di risultati che sono stati scrutinati al fine di mantenere quelli di interesse e pertinenza rispetto agli obiettivi posti nell'elaborato.

Sono state consultate riviste internazionali (International Journal of Psychotherapy, American Journal of Psychiatry e Psyreview - Rivista di Psicologia Scientifica) e fonti secondarie quali siti nazionali (I.P.A.S.V.I.) ed internazionali (O.M.S.) dei quali sono stati citati degli articoli (o parte di essi) previa accurata analisi critica.

Sono, infine, state utilizzate delle fonti terziarie quali libri di testo per la parte introduttiva. L'analisi ragionata della bibliografia reperita si è basata su due concetti cardine: l'attacco di panico e l'assistenza infermieristica; per cui sono stati esclusi gli articoli di pertinenza prettamente medica e quelli propri del campo d'azione della psicoterapia, cogliendone solamente le parti o le situazioni di competenza infermieristica o, comunque, nelle quali

l'infermiere, con una specifica preparazione, possa agire autonomamente o in collaborazione (educazione, *counselling*, etc.).

Nel capitolo dedicato ai risultati della ricerca sono stati evidenziati i diversi contesti in cui l'infermiere può assistere una persona con DAP e il ruolo stesso che può assumere.

CAPITOLO 3: RISULTATI DELLA RICERCA

3.1 Il ruolo dell'infermiere nell'assistenza alla persona con DAP

Il Disturbo da Attacchi di Panico (DAP), negli ultimi anni, ha assunto una forte rilevanza sociale, sia perché in costante aumento, sia perché ancora troppo sottovalutato come disturbo.

L'infermiere, in quanto professionista della salute, si ritrova ad avere a che fare anche con persone affette da questo tipo di disturbo.

Ma quali sono i contesti in cui l'infermiere si può trovare ad assistere ad un attacco di panico e quali sono le strategie che può adottare di fronte ad esso?

Secondo A. Maslow, psicologo americano che nel 1954 ha indicato e disposto a piramide i 5 livelli di bisogni dell'uomo, alla base si trovano i bisogni fisiologici (fame, sete, sonno, ...), successivamente il bisogno di sicurezza e protezione, il bisogno di appartenenza (affetto, identificazione), il bisogno di stima e, in cima, il bisogno di autorealizzazione; sempre secondo Maslow non si può accedere al livello successivo se non si sono soddisfatti i bisogni del livello precedente.

In riferimento al DAP, si può notare come, escludendo i bisogni fisiologici, non si riesca a soddisfare nessuno dei bisogni successivi: si riparte, dunque, dal bisogno di sicurezza; anche se il primo attacco di panico può insorgere in soggetti apparentemente realizzati socialmente ed affettivamente, il suo irrompere improvviso e sconvolgente sembra far precipitare la persona alla base della piramide, costringendola a ricominciare il percorso.

Prendiamo, per esempio, la persona che arriva al Pronto Soccorso in preda ad un attacco di panico: una volta accertato che essa non è effettivamente in pericolo di vita (perché è così che si sente e si presenta), ciò di cui ha bisogno è di "sentirsi al sicuro", di avere vicino qualcuno che la "contenga" e la rassicuri; circondarsi di figure significative è infatti tipico della persona con DAP.

Ed è qui che è importante il ruolo relazionale dell'infermiere, anche semplicemente stando vicino alla persona mentre è in sala d'attesa (nei limiti del possibile) o durante la visita perché l'entrare in empatia con essa può essere ben più efficace di qualsiasi sedativo.

Consideriamo una situazione diversa: la nascita del primo figlio.

La nascita del primo figlio per molte mamme potrebbe essere una fonte di ansia e di paura e potrebbe scatenare un attacco di panico.

Si potrebbero usare questionari che siano in grado di far emergere eventuali disagi, difficoltà e grado di sopportazione dello stress, potendo così aiutare quelle donne che sono più a rischio.

Creando un ambiente sereno, rivolto all'ascolto e disponibile all'aiuto, le neo-mamme in difficoltà potranno sentirsi a loro agio nel manifestare le loro paure e le loro ansie senza temere di essere giudicate, soprattutto nel loro nuovo ruolo.

In ambito territoriale il rientro a casa dopo il parto potrebbe essere più traumatizzante del parto stesso (trovarsi da sole con il bambino, stare in ansia per qualsiasi suo cambiamento, paura di non riuscire a gestirlo, ...).

Alcuni degli obiettivi che l'infermiere può porsi per prevenire e per gestire il possibile insorgere di una crisi di panico sono:

- Visite domiciliari a cadenza settimanale
- Corsi per insegnare a gestire il bambino una volta uscito dall'ospedale
- Linea di ascolto telefonico attiva 24 ore su 24
- Incontri di gruppo con le neo-mamme
- Coinvolgimento dei familiari

L'intervento di assistenza implica l'inevitabile instaurarsi di una relazione infermiere-paziente.

Principalmente si tratta di una relazione d'aiuto basata su un rapporto di fiducia reciproca; conseguentemente a questo rapporto si crea, fin da subito, un processo comunicativo tra infermiere e paziente, il quale può essere definito "terapeutico" se va ad individuare e a soddisfare i bisogni del paziente sia fisici sia psicologici attraverso una comunicazione efficace e professionale basata anche sull'osservazione del linguaggio non verbale e sull'ascolto.

L'infermiere ha, inoltre, il compito di indirizzare la persona verso strutture e specialisti adeguati (psicoterapeuti, psichiatri, consultori, gruppi di mutuo-aiuto, ...) e coinvolgere i familiari condividendo anche con loro gli obiettivi del trattamento.

Tutto questo allo scopo di non fare sentire sola e abbandonata la persona affetta da DAP e di controllare l'insorgere di crisi future.

Fin qui abbiamo parlato di progetto terapeutico riferito principalmente al contesto ospedaliero ma, ribadendo l'importanza di una diagnosi precoce e di una corretta comunicazione ed informazione, il discorso può essere allargato facendo riferimento ad un progetto terapeutico inserito in un contesto territoriale.

Proprio parlando di salute mentale sembra sempre più indispensabile parlare anche di Case Management e quindi della figura dell'infermiere Case Manager.

Esso coordina le risorse delle diverse strutture, le risorse umane e le prestazioni garantendo al paziente una continuità assistenziale.

L'infermiere Case Manager si fa carico di tutte le esigenze della persona assistita ed interviene nei rapporti con la famiglia, le istituzioni, il personale sanitario, ecc., facilitando e coordinando le attività assistenziali evitando disaggregazione e disomogeneità e mettendo sempre al primo posto le esigenze del singolo paziente.

Abbiamo detto che il DAP, se non correttamente affrontato, porta l'assistito all'incapacità di essere autosufficiente costringendolo all'immobilità a discapito della propria vita lavorativa, familiare e sociale; per cui le strutture territoriali sono le più adeguate ad intervenire a sostegno di questo disturbo.

I distretti, per esempio, istituendo sportelli di ascolto, organizzando gruppi di auto-aiuto, sono quelli che maggiormente possono avvicinarsi all'assistito in maniera concreta alleviando anche il lavoro del Medico di Medicina Generale.

L'infermiere Case Manager facendo in modo che le varie strutture e figure sanitarie agiscano in maniera uniforme sul territorio, fa sentire anche chi soffre di DAP "accolto" e correttamente assistito²⁰.

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

4.1 Limiti della letteratura analizzata

Gli attacchi di panico sono, tuttora, un argomento sottovalutato e nella società del Ventunesimo secolo persiste ancora la tendenza a considerarne i sintomi come un insieme di altre problematiche e non di un disturbo a sé stante.

Inoltre avviene un'ulteriore forma di "banalizzazione" di tale tematica pensando di risolverla con i farmaci e tutto ciò si riversa poi anche in letteratura; non a caso, infatti, vi sono pochi studi sul trattamento non farmacologico del DAP.

La ricerca di articoli specifici è stata resa difficile dall'accostamento della figura dell'infermiere (e quindi dell'assistenza che esso può prestare) alla persona che soffre di questo disturbo.

Vi è proprio una carenza di articoli relativi al ruolo dell'infermiere nel DAP, mentre sono assai largamente analizzate e messe in luce le figure dello psichiatra e dello psicoterapeuta.

La letteratura analizzata risulta aspecifica, scarsa, di difficile reperimento (stando a quanto citato in precedenza) e di datazione non recente.

Mancano le risposte a domande quali: Cosa può fare l'infermiere per passare da semplice somministratore di farmaci a un ruolo più attivo nel DAP? L'assistenza infermieristica fin dove può spingersi e quali sono le strategie che può adottare?

Si lascia il portone di questo dibattito aperto con la speranza che in futuro, come si sta evolvendo la medicina, si evolva e si arricchisca anche la letteratura stessa.

4.2 Applicazioni in ambito infermieristico

Quali sono le potenziali applicazioni in ambito infermieristico di quanto discusso all'interno dell'elaborato?

Possiamo partire dall'accoglimento della persona con un attacco di panico: l'infermiere dev'essere calmo, comprensivo, rassicurante e deve accettare la persona sofferente anche se il suo disturbo sembra essere difficilmente oggettivabile, in modo da infonderle un senso di comprensione.

Deve accettare la forma scelta dalla persona per comunicare la propria ansia, vale a dire il sintomo somatico.

L'infermiere dovrà fornire ascolto e risposte anche alle domande più irrazionali ed incongrue; dovrà creare un clima tranquillo e isolare la persona dalla gente che le sta attorno se questa è a sua volta preoccupata ed ansiosa.

La calma dell'infermiere, le sue rassicurazioni e la sua capacità di ascolto possono già contribuire a contenere l'urgenza soggettiva della persona alla quale va contrapposto un atteggiamento di fiduciosa attesa che la crisi passi²¹.

L'infermiere sostiene il paziente in questo percorso con la propria presenza, competenza e con la fiducia nell'efficacia della relazione.

Vediamo, ora, come l'infermiere può intervenire durante la fase acuta, ovvero durante un attacco di panico.

Quando questo accade, occorre sostenere il paziente su più versanti⁵:

1. Portare l'attenzione sulle funzioni di sostegno corporeo: sostenere il respiro (fare spazio attorno alla persona, favorire l'espiazione all'interno di un sacchetto di carta di modo da creare un circolo chiuso) e favorire il radicamento (portando l'attenzione sull'appoggio dei piedi e sulla stabilità).
2. Sostenere il mantenimento del contatto: poiché la persona si sente "mancare la terra sotto i piedi", l'infermiere diventa l'appiglio al quale può aggrapparsi.
Il contatto può essere visivo, veicolato dalla voce oppure cenestesico (tenendo, ad esempio, le mani dell'assistito).
3. Dare confini temporali all'esperienza: rassicurare la persona sul fatto che questo disagio ha un inizio ed una fine e che è possibile attraversarlo insieme.

L'infermiere entrando in relazione con il paziente sofferente di DAP, dovrà essere in grado di individuare i suoi bisogni sia in ambito ospedaliero, sia in ambito territoriale il più precocemente e adeguatamente possibile attraverso una corretta comunicazione ed informazione.

Il *problem-solving* avrà come obiettivi principali quelli di:

- Gestire la crisi di panico con fermezza, coerenza, ascolto, rassicurazioni, empatia e tecniche di respirazione.
- Far riacquistare la fiducia in se stessi attraverso piccoli passi, considerando e sfruttando i punti di forza.
- Stabilire un piano educativo con l'assistito in modo che egli sia in grado di gestire autonomamente eventuali crisi successive.
- Programmare dei *follow up* per valutare l'efficacia del piano educativo ed eventuali *re-trainings*.

Infine con la collaborazione e la continuità assistenziale tra le varie strutture (Pronto Soccorso, Medico di Medicina Generale, Distretti, Centri di Salute Mentale, gruppi di auto-aiuto, ...) le persone che soffrono di DAP sapranno di poter contare su una risposta organizzata, rapida ed adeguata alle esigenze specifiche del singolo.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Young C, Hunte A, Newell J, Valian P. Coping with panic. January 2011; 1: 3-4, 28-29.
- (2) Baranello M. Psicologia emotocognitiva nella cura degli attacchi di panico. SRM Psicologia - Psyreview.org. Roma, settembre 2010. p.2-6. Available from: <http://lnx.psyreview.org/2010/09/25/cura-attacchi-di-panico/#more-303>
- (3) Maddalena F. Attacchi di panico: una lettura psicoanalitica in cinque atti. 2007; 1: 3-4. Available from: <http://www.fernandomaddalena.it/dap.html>
- (4) APA. DSM: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. IV edizione. Milano, Masson, 2001.
- (5) Francesetti G (a cura di). Attacchi di panico e postmodernità: La psicoterapia della Gestalt tra clinica e società. Milano, Angeli, 2005.
- (6) Craske MG, Kircanski K, Epstein A, Wittchen HU, Pine DS, Lewis-Fernández R, et al. Panic disorder: a review of DSM-IV panic disorder and proposals for DSM-V. Depression and anxiety. 2010; 0: 1-20.
- (7) Khodayarifard M, Pritz A, Khodayarifard S. Integrated psychodynamic therapy of panic disorder: a case study. International journal of psychotherapy. Marzo 2009; 13 (1): 1-14.
- (8) Infrasca R. DAP: inquadramento psicopatologico e approccio psicoterapeutico nel disturbo da attacchi di panico. Roma, Magi, 2006.
- (9) Nardi AE, Valença AM, Nascimento I, Mezzasalma MA, Zin W. Panic disorder and hyperventilation. Arq neuropsiquiatr. 1999; 57 (4): 932-6.
- (10) Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner-Suddarth Infermieristica medico-chirurgica. 4a ed. Milano, Ambrosiana, 2010.
- (11) Klein DF. Testing the suffocation false alarm theory of panic disorder. Anxiety. 1994; 1: 1-7.
- (12) Ley R. Agoraphobia, the panic attack and the hyperventilation syndrome. Behav Res Ther. 1985; 23: 79-81.
- (13) Stocchino S. L'ansia, gli attacchi di panico e la terapia cognitivo-comportamentale. 2007. p.3-5.

- (14) Falzoni Gallerani F. Gli attacchi di panico e il rebirthing. 2011.
- (15) Meuret AE, Wilhelm FH, Ritz T, Roth WT. Feedback of end-tidal pCO₂ as a therapeutic approach for panic disorder. Journal of psychiatric research. 2008; 42: 560-8. Available from: www.sciencedirect.com .
- (16) Pomini V. Do cognitive-behavioural group therapies in the treatment of anxiety disorders have an advantage over individual treatments?. 2004; 29(1): 115-26.
- (17) Cosentino T, Bove A, Nicolò G. Terapia di gruppo per il disturbo da attacchi di panico. 2008.
- (18) American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. American journal of psychiatry. 1998; 155: 1-34.
- (19) OMS. Management of mental disorders. 2000.
- (20) Collegio IPASVI Ancona. Ruolo dell'infermiere e dell'ostetrica nel riconoscere e gestire una persona con disturbi da attacchi di panico. Confronto professionale. 2008; 3: 16-20.
- (21) Giannone A, Ferri P. L'assistenza infermieristica al paziente con ansia e attacchi di panico. La parola a noi. 2006; 1: 32-7.