



Gli attacchi di panico tra medicina e psicoanalisi

Sabato 2 febbraio 2013 – ore 8.30-13.30

Sabato 9 febbraio 2013 – ore 8.30-13.45

Sala Girardi – PIME

Via Mosè Bianchi 94 – Milano

Evento n. 1834- 51985 Crediti n.10

Gli attacchi di panico tra medicina e psicoanalisi

Sabato 2 febbraio 2013 – ore 8.30-13.30

Sabato 9 febbraio 2013 – ore 8.30-13.45

*Sala Girardi – PIME
Via Mosè Bianchi 94 – Milano*

Sabato 2 febbraio 2013

Programma

8.30-9.00 *Registrazione Partecipanti*

9.00-9.15 Saluto del Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano o di altro Consigliere da lui delegato

9.15-10.45

LA DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Coordinatore

Dott. Ugo Tamborini

Medico di Medicina Generale a Milano
Consigliere Segretario Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Milano

Dott. Uberto Zuccardi Merli

Psicologo Jonas Onlus Milano

Responsabile del Centro Gianburrasca di Jonas Onlus Milano

Docente IRPA

Nevrosi e psicosi nella clinica degli attacchi di panico

Dott. Michele Rugo

Medico Psichiatra – Docente-Tutor IRPA – Membro ALI

I criteri diagnostici del DSM e la diagnosi psicoanalitica

10.45-11.15 *Intervallo*

11.15-12.45

IL CORPO IN PANICO

Coordinatore

Dott.ssa Chiara Paola Oggionni

Psichiatra, Psicoterapeuta e Psicoanalista – Jonas Onlus Milano
Docente IRPA – Membro analista ALI

Dott. Roberto Pozzetti

Psicoterapeuta e Psicoanalista Jonas Onlus Como – Docente IRPA
L'attacco di panico come evento traumatico

Dott.ssa Silvia Roberta Maria Gianetti

Psichiatra e Psicoterapeuta – Ospedale Maggiore di Milano
La clinica e la gestione d'urgenza degli attacchi di panico

12.45-13.30 *Discussione*

Sabato 9 febbraio 2013

Programma

8.30-9.00 *Registrazione Partecipanti*

9.00-9.30 **LA RELAZIONE TERAPEUTICA**

Coordinatore

Prof.ssa Cinzia Bressi

Psichiatra e Psicoanalista

Professore Associato di Psichiatria – Università degli Studi di Milano

Dott. Angelo Villa

Psicoterapeuta e Psicoanalista

Docente IRPA – Membro analista ALI

La funzione terapeutica nella clinica degli attacchi di panico

Dott.ssa Donatella Zoia

Specialista in Tossicologia Medica e Anatomia Patologica

La domanda al medico del soggetto con attacchi di panico:

l'approccio e l'invio

10.30-11.00 *Intervallo*

11.00-11.30

LE PRATICHE DELLA CURA

Coordinatore

Dott.ssa Maria Cristina Campanini

Specialista in Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva

Dott.ssa Chiara Paola Oggionni

L'ascolto e l'intervento farmacologico: l'importanza di una dimensione sinergica tra diversi approcci al paziente

Dott. Francesco Giglio

Psicoterapeuta e Psicoanalista - Jonas Onlus Milano
Docente IRPA - Membro analista ALI

*Disturbo da attacco di panico e cura:
fra psicoterapia individuale e gruppo monosintomatico*

12.30-13.15 *Discussione*

13.15-13.45 *Compilazione schede di valutazione e di verifica*

**PER OTTENERE I CREDITI ECM E' NECESSARIO PARTECIPARE
AD ENTRAMBE LE GIORNATE**

Nevrosi e psicosi nella clinica degli attacchi di panico

Dott. Uberto Zuccardi Merli

Psicologo Jonas Onlus Milano

Responsabile del Centro Gianburrasca di Jonas Onlus Milano

Docente IRPA

Due note sul panico.

1 Il panico come fenomeno sociale contemporaneo.

Il panico è un fenomeno del corpo molto diffuso nella società contemporanea.

Per cercare di capire la natura di questo disagio, è importante inquadrare l'epoca storica in cui il fenomeno del panico è cresciuto tanto da diventare di massa. Quando un disagio psichico diventa epidemico, le sue cause vanno cercate allargando la visuale del problema a tutte le componenti che possono darci una lettura più profonda del fenomeno. Il panico è un fenomeno di massa e come tale non può non essere un fenomeno che ha le sue radici, le sue cause, anche dentro la società.

Cosa significa questa affermazione? Significa che la mente è un organo sociale, che le sue sintomatologie non si riferiscono solo al suo fondamento neuro-biologico, o alla genetica familiare del soggetto. Un disagio come il panico è dunque sempre, per così dire, espressione della relazione complessa tra un individuo, la sua famiglia e tra questa e la cultura in cui vive.

Un sintomo mentale è una scatola cinese, fatta di contenitori diversi che intervengono in modo diverso nella genesi del sintomo.

Non esiste una spiegazione del panico riferibile solo ad una ipotesi generale, neurobiologica o culturale, ma semmai queste diverse componenti interagiscono in modo diverso senza escludersi.

In psicoanalisi prendiamo in considerazione l'aspetto relazionale del sintomo del panico che investe il corpo nella forma della crisi di panico.

Invito a riflettere sulla dimensione di crisi improvvisa con cui si manifesta il panico; crisi senza preavvisi, che sembra provenire allo stesso tempo da dentro il corpo ma in modo così inaspettato e violento da rendere l'individuo incapace di controllo sul corpo: tachicardia, paura di perdere il controllo mentale, paura di morire; il corpo diventa all'improvviso separato dalla mente, autonomo e ingovernabile.

Il soggetto perde il controllo su di se. Questa perdita di controllo mentale sul corpo che improvvisamente sommerge le forze dell'io, ci indica che il soggetto perde la bussola; perché il soggetto perde la bussola?

Cosa c'entra la cultura contemporanea con la diffusione del panico? Cosa c'entra la società attuale con il senso di smarrimento generale che l'individuo patisce nella crisi di panico?

La nostra ipotesi è che il panico risponde ad un vuoto di riferimenti simbolici. La società contemporanea occidentale, pur garantendo alle persone una qualità materiale della vita migliore rispetto alle generazioni precedenti, non garantisce una sicurezza più profonda, che riguarda l'identità e la forza interiore di ciascuno di noi. La minaccia contemporanea per l'individuo non proviene più dall'esterno, non è più identificabile in un nemico o nella condizione di indigenza materiale, ma si materializza in un senso di frammentazione psichica, di disorientamento del desiderio, di vuoto di riferimenti ideali; un vuoto di senso e di forza dell'ideale che emerge come panico di fronte al vuoto del legame sociale contemporaneo. Il soggetto contemporaneo è un soggetto fragile psichicamente, sempre esposto alla dissoluzione del suo senso di identità.

Cosa sono io? Cosa devo fare della mia vita? Qual è il mio desiderio; ne ho uno che riconosco e che voglio realizzare come direttrice della mia vita? A questi interrogativi fondamentali, oggi l'essere umano non trova agganci se non dentro se stesso.

Se il soggetto è forte non incontra il panico; se è debole fa esperienza del panico come esperienza psichica del senso di smarrimento.

Il mondo attuale non dà risposte, non guida il desiderio attraverso l'ideale, lascia solo l'individuo. Il senso di solitudine e di smarrimento dei riferimenti simbolici è il grande fenomeno sociale che facilita l'insorgere del panico come sintomo sociale.

2 Il panico originario della specie umana

Se il panico ha una radice sociale, esso possiede sempre e soprattutto coordinate che riguardano la condizione umana in generale.

Il panico riguarda la vita umana come tale, come ne facciamo esperienza nello psichismo di ogni individuo a partire dalla nascita.

Il panico è una esperienza tipicamente umana, forse più presente oggi come sintomo diffuso, ma in realtà strutturalmente intima alla nostra specie come tale.

Nascere implica l'esperienza mentale del panico come segnale psichico della fragilità, dell'impotenza, del dolore mentale, del reale infantile come reale della precarietà.

In questo senso il panico è una esperienza comune a tutti gli esseri umani come creature dotate di una eccezionale sensibilità alle perturbazioni della venuta al mondo.

Gli animali non fanno esperienza del panico; in loro la natura funziona da guida universale per il loro inserimento nel corpo. L'animale non "sente" il disagio della vita come sentimento profondo della fragilità. L'animale "vive", senza pensare, senza essere perturbato da sensazioni complesse di vuoto e da bisogni e desideri impellenti da soddisfare. Nell'animale è la natura che fa da guida e da sostegno alla vita. L'animale non si preoccupa della sua vita, vive e muore senza panico. L'animale conosce la paura, ma non il panico; l'animale non perde mai la bussola.

Dentro la natura l'animale è inserito in modo tale da riprodurre nell'individuo comportamenti vitali ancestrali immutabili. L'uomo non ha nulla di questo funzionamento naturale del comportamento nel suo corredo genetico. L'uomo è una creatura sociale, e se questa sua caratteristica lo rende infinitamente più potente dell'animale nel dominio della natura, allo stesso tempo lo espone ad una particolare tendenza della sua psiche allo smarrimento e alla disperazione.

Ogni essere umano deve affidarsi alle cure di chi si occupa di lui per un tempo lunghissimo della sua vita. Questa dipendenza, unita alla fortissima tendenza alla soddisfazione immediata dei bisogni e dei desideri, alla tensione psichica tipica della nostra specie, è il fondo su cui il panico trova la sua lettura.

Nell'essere umano è presente psichicamente una forte carica di tensione psichica che deve trovare una risposta nell'Altro. Bisogno originario di cure costanti, di vicinanza del genitore, di costruzione lentissima della sua indipendenza. L'essere umano è molto più complesso, più delicato se vogliamo, psichicamente, rispetto agli animali.

L'originaria dipendenza del bambino dall'Altro, le cure che il bambino deve ricevere come indispensabile aggancio alla vita, generano anche il senso di morte che pervade lo psichismo umano. Se nel panico facciamo esperienza della estrema solitudine del nostro essere, questo smarrimento ha la sua origine nella traccia mentale della precarietà originaria di cui il bambino fa esperienza nel venire al mondo.

Fragilità originaria e dipendenza dall'altro risuonano come marchi perenni nello psichismo individuale.

Il panico emerge nella vita come segno di questa particolare costituzione dell'uomo, creatura senza un senso del suo essere governato da leggi naturali; creatura affettiva e sensibile alle perturbazioni del legame affettivo.

Non a caso il panico si produce nelle persone vicino a momenti di rottura dei legami, di improvvisa solitudine, o di esposizione alle contingenza della vita che lo mettono a nudo di fronte all'insensatezza della sua vita relazionale. Perdite affettive, lutti, confusione rispetto alla direzione da prendere nella vita.

Il panico è la risposta individuale ad un corpo che si trova investito di una carica di tensione che non riesce a governare, che esonda come un fiume fuori dagli argini, per

cause ignote al soggetto, che si possono ricostruire solo dopo, con lui, quando ci parla di ciò che a patito o sta patendo.

Il panico produce sempre una richiesta di aiuto, il soggetto si rivolge all'Altro per trovare conforto alle sue angosce profonde, che sfociano nel corpo come superficie esterna che fa da cassa di risonanza all'eccesso di tensione mentale.

Il disorientamento soggettivo si scarica nel corpo per far defluire l'angoscia estrema dell'individuo.

3 La clinica differenziale del panico

Per una clinica differenziale del panico, possiamo riferirci alla nozione di intensità.

Il margine tra panico nevrotico e panico psicotico, a grandi linee lo possiamo stabilire in riferimento alla durata e alla intensità degli episodi di panico in un individuo.

Il panico non è un sintomo in senso stretto, cioè non è la metafora di un conflitto psichico, lo spostamento su un piano di ripetizione coatta di atti e comportamenti di un conflitto tra forze psichiche contrapposte, tra la pulsione e la legge che non trovano una serie di aggiustamenti vivibili per il soggetto.

Il panico è pura espressione della pulsione libera da ogni argine simbolico o immaginario. Nel panico il soggetto mostra la debolezza delle sue identificazioni sia immaginarie che simboliche.

Tutto va bene, apparentemente, e all'improvviso, appare il panico; in macchina, in aereo, durante una fila in banca, o da soli a casa; di notte in un risveglio improvviso, dopo una cena rientrando a casa, o al termine di una lunga fatica fisica o psichica. Il panico è segno di eccessiva aderenza alle esigenze dell'Altro o è la risposta alla sua latitanza, alla sua scomparsa come partner.

Le condizioni dello scatenamento del panico sono innumerevoli ma sempre legate al legame del soggetto con l'Altro.

Nel panico non c'è il soggetto, ma piuttosto il suo contrario, il non-soggetto che è la caratteristica della forza acefala della pulsione.

Sicuramente una costante emerge nel panico: il soggetto è senza difese psichiche, è momentaneamente vuoto come soggetto capace di governare il suo essere.

Il panico ci mostra la nostra relazione reale con l'inconscio. Ci mostra il buco al cuore del nostro essere, che si tratta di riannodare ad un possibile legame nuovo con l'Altro.

Il panico, anche nella sua faccia inquietante, è sempre il segnale che ci indica che qualcosa non va nella nostra vita e che di questa crisi dobbiamo trovare il modo di afferrarne un senso possibile e di rilanciare il nostro desiderio

I criteri diagnostici del DSM e la diagnosi psicoanalitica

Dott. Michele Rugo

Medico Psichiatra – Docente-Tutor IRPA – Membro ALI

Una breve introduzione per introdurre il sistema di valutazione e diagnostico maggiormente utilizzato dall'ambito psichiatrico internazionale. Il DSM IV è *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, rappresenta un manuale internazionalmente riconosciuto. È un sistema multiassiale che comporta la valutazione su diversi assi, ognuno dei quali si riferisce ad un diverso campo di informazioni che può aiutare il clinico nel pianificare il trattamento e prevedere l'esito. La classificazione multiassiale del DSM-IV comprende cinque assi:

- Asse I Disturbi Clinici
 Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica
- Asse II Disturbi di Personalità
 Ritardo Mentale
- Asse III Condizioni Mediche Generali
- Asse IV Problemi Psicosociali ed Ambientali
- Asse V Valutazione Globale del Funzionamento

L'uso del sistema multiassiale facilita la valutazione ampia e sistematica dei vari disturbi mentali e condizioni mediche generali, dei problemi ambientali e psicosociali e del livello di funzionamento, che potrebbero essere trascurati se il centro dell'attenzione fosse rivolto alla valutazione di un singolo problema in atto. Un sistema multiassiale fornisce un conveniente schema per organizzare, per cogliere la complessità delle situazioni cliniche. Il limite più evidente del DSMIV è che si limita alla descrizione, senza fornire indicazioni precise alla terapia.

Ora vediamo come il DSM descrive la sindrome ansiosa: La anticipazione apprensiva di un pericolo o di un evento negativo futuri, accompagnata da sentimenti di disforia o da sintomi fisici di tensione. Gli elementi esposti al rischio possono appartenere sia al mondo interno che a quello esterno.

Le categorie prese in considerazione sono descritte in asse I

Disturbo di Panico Senza Agorafobia, Disturbo di Panico con Agorafobia, Agorafobia senza Anamnesi di Disturbo di Panico, Fobia Specifica, Fobia Sociale, Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Disturbo Post-traumatico da Stress, Disturbo Acuto da Stress, Disturbo d'Ansia Generalizzato, Disturbo d'Ansia Dovuto ad una Condizione Medica Generale, Disturbo d'Ansia Indotto da Sostanze e Disturbo d'Ansia Non Altrimenti Specificato.

Sarebbe improduttivo in questo contesto descrivere ogni singola diagnosi sopra riportata, vediamo invece gli aspetti clinici dell'ansia che riguardano i soggetti che richiedono aiuto a livello ambulatoriale e quali possono essere le cause e le differenze in campo medico/psichiatrico e psicologico/psicoanalitico e quali gli interventi terapeutici possibili.

Attacchi di panico: periodo preciso durante il quale vi è l'insorgenza improvvisa di intensa apprensione, paura o terrore, spesso associati con una sensazione di catastrofe imminente. Durante questi attacchi sono presenti sintomi come dispnea, palpitazioni, dolore o fastidio al petto, sensazione di asfissia o di soffocamento, e paura di "impazzire" o di perdere il controllo.

Un periodo preciso di paura o disagio intensi, durante il quale quattro (o più) dei seguenti sintomi si sono sviluppati improvvisamente ed hanno raggiunto il picco nel giro di 10 minuti:

- 1) palpitazioni, cardiopalmo o tachicardia
- 2) sudorazione
- 3) tremori fini o a grandi scosse
- 4) dispnea o sensazione di soffocamento
- 5) sensazione di asfissia
- 6) dolore o fastidio al petto
- 7) nausea o disturbi addominali
- 8) sensazioni di sbandamento, di instabilità, di testa leggera o di svenimento
- 9) De realizzazione (sensazione di irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da se stessi)
- 10) paura di perdere il controllo o di impazzire
- 11) paura di morire
- 12) parestesie (sensazioni di torpore o di formicolio)
- 13) brividi o vampate di calore.

La differenza tra panico, ansia e angoscia.

Il panico è un senso di smarrimento, paura di perdere il controllo, di morire.

L'ansia è uno stato fisiologico di fronte all'ostacolo o problema, che diviene patologico nel momento in cui i sintomi sono talmente gravi da farci evitare il problema stesso.

L'ansia e la preoccupazione sono accompagnate da almeno tre sintomi addizionali da un elenco che include irrequietezza, facile affaticabilità, difficoltà a concentrarsi, irritabilità, tensione muscolare e sonno disturbato. L'intensità, la durata o la frequenza dell'ansia e della preoccupazione sono eccessive rispetto alla reale probabilità o impatto dell'evento temuto. La persona trova difficile impedire che i pensieri preoccupanti interferiscano con l'attenzione ai compiti che sta svolgendo e difficoltà ad interrompere la preoccupazione. Gli adulti con Disturbo d'Ansia Generalizzato spesso si preoccupano per circostanze quotidiane, abituarie, come responsabilità lavorative, problemi economici, salute dei familiari, disgrazie per i propri figli o piccole cose (come faccende domestiche, riparazioni all'automobile, far tardi agli appuntamenti).

Criteri diagnostici per F41.1

Disturbo d'Ansia Generalizzato [ICD 10: 300.02]

- A.** Ansia e preoccupazione eccessive (attesa apprensiva), che si manifestano per la maggior parte dei giorni per almeno 6 mesi, a riguardo di una quantità di eventi o di attività (come prestazioni lavorative o scolastiche).
- B.** La persona ha difficoltà nel controllare la preoccupazione.
- C.** L'ansia e la preoccupazione sono associate con tre (o più) dei sei sintomi seguenti (con almeno alcuni sintomi presenti per la maggior parte dei giorni negli ultimi 6 mesi).

Nota Nei bambini è richiesto solo un item.

- 1) irrequietezza, o sentirsi tesi o con i nervi a fior di pelle
- 2) facile affaticabilità
- 3) difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria
- 4) irritabilità
- 5) tensione muscolare
- 6) alterazioni del sonno (difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno o sonno inquieto e insoddisfacente).

- D. L'oggetto dell'ansia e della preoccupazione non è limitato alle caratteristiche di un disturbo in Asse I, per es., l'ansia o la preoccupazione non riguardano l'aver un Attacco di Panico, rimanere imbarazzati in pubblico (come nella Fobia Sociale), essere contaminati (come nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo), essere lontani da casa o dai parenti stretti (come nel Disturbo d'Ansia di Separazione), prendere peso (come nell'Anoressia Nervosa), avere molteplici fastidi fisici (come nel Disturbo di Somatizzazione), o avere una grave malattia (come nell'Ipocondria) e l'ansia e la preoccupazione non si manifestano esclusivamente durante un Disturbo Post-traumatico da Stress.
- E. L'ansia, la preoccupazione, o i sintomi fisici causano disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.
- F. L'alterazione non è dovuta agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., una droga di abuso, un farmaco) o di una condizione medica generale (per es., ipertiroidismo)

Possiamo notare come spesso i pazienti affetti da DAP vivano nell'angoscia che possano riprovare la sofferenza che magari solo una volta hanno conosciuto in una particolare circostanza o in maniera del tutto casuale.

Il panico, dunque come esacerbazione dell'ansia, cioè ansia all'ennesima potenza, getta il soggetto in uno stato di sconforto, di smarrimento. Molti pazienti riconducono l'esordio ad eventi traumatici, che si guardano bene dall'evitare, ma questo non basta. Le richieste più frequenti ai medici di base sono di eliminare il più velocemente il problema, possibilmente attraverso una terapia farmacologica che non manifesti effetti collaterali.

Attraverso una sufficiente anamnesi è molto semplice distinguere, grazie ai criteri forniti dal DSM IV, un permanente stato ansioso da uno di disturbi da attacchi di panico, ma non altrettanto fornirne la soluzione.

Il vissuto del panico è senza dubbio un vissuto del corpo, il dolore e il disagio vengono riflessi sul soma e molto frequentemente una terapia benzodiazepinica favorisce il miglioramento, ma non è detto sia sufficiente e l'incremento della dose è dietro l'angolo.

Ecco nascere il significato della **diagnosi psicoanalitica**: cosa significa soffrire di ansia o panico in psicoanalisi? cosa offre la terapia psicologica che non può essere paragonata a quella farmacologica?

LA risposta è: una soluzione definitiva.

L'ansia o peggio il panico, sono condizione estremamente fastidiose per l'essere umano, e la prestazione, nel mondo attuale, è di fondamentale importanza, e l'ansia ne inficia i risultati. Se l'ansia deriva da un conflitto interiore al soggetto, certo, pur sempre esasperato da condizioni esterne (o no), non esisterà al mondo farmaco capace di sedare le angosce profonde.

Solo un lavoro su se stessi, che implichi fatica e desiderio di mettersi in discussione, ha la possibilità di andare alla radice del problema. La soluzione è comprendere le cause che sono alla base del panico tramite una simbolizzazione degli eventi che le hanno causate; gli stessi eventi scatenanti potrebbero avere un significato che va oltre quello concreto per cui ci spaventano e ci inducono all'angoscia.

Se consideriamo il panico come malfunzionamento del paziente, un errore può essere il tentativo di riportarlo a un equilibrio precedente, nel tentativo di eliminare il panico.

La psicoanalisi insegna invece che il panico può divenire un alleato ed essere il contenuto su cui lavorare per crescere, per ottenere maggiore consapevolezza dei propri limiti e dei propri disagi, solo nella scomposizione, nell'analisi della propria sofferenza, si può trovare la soluzione.

C'è panico e panico.

Una differenza che il DSM non contempla (si limita alla descrizione sintomatologica dei sintomi), ma la psicoanalisi sì, è la fondamentale importanza deduzione se lo stato di disagio cerca un aggancio, un appello, una richiesta all'Altro.

La diagnosi differenziale in tal caso è determinante, la macroscopica differenza tra psicosi e nevrosi si concretizza anche nel modo di vivere ed agire l'ansia e il panico.

Un dubbio da chiarire il prima possibile è se il paziente "indirizza" la propria angoscia verso qualcuno, se la utilizza per "mettersi in mostra", per "chiedere attenzione" per utilizzare due tra le frasi più ricorrenti. In tal caso è probabile ci si trovi di fronte a un caso di nevrosi, meno grave sul piano clinico, ma paradossalmente più difficile da gestire. Tenzialmente il consiglio per una psicoterapia è ben speso, anche se il soggetto tenderà a rifiutare ogni forma di aiuto, la stessa farmacoterapia sarà ininfluente, proprio per la funzione che la sintomatologia incarna nel paziente.

Invece nel caso in cui gli stati di angoscia portino la persona all'isolamento, la stessa eviterà di chiedere aiuto, preferendo allontanarsi nel momento delle crisi, siamo di fronte qui a una condizione di maggiore gravità. In queste situazioni spesso la terapia farmacologica è efficace e l'associazione farmacologica di benzodiazepine e neurolettici non è da escludere.

Un discorso a parte meritano gli antidepressivi.

L'OMS dà come indicazioni la somministrazione congiunta di AD più BDZ, ma frequentemente gli AD hanno una funzione eccitatoria, con il rischio che, se non esiste una franca componente depressiva, tendono ad agitare maggiormente il paziente causando un peggioramento clinico dell'ansia.

L'Altro

Non di rado il paziente DAP, quando viene incontrata da una figura specialistica è accompagnato da un altro, oppure da altri (genitori, familiari, fidanzato, figure significative ecc. ecc.), la cui caratteristica fondamentale è quella di essere soggetti angosciati ed angosianti¹. Troppo spesso, infatti, coloro che stanno vicino a chi soffre di DAP vengono a loro volta travolti da un'inquietudine, da un'angoscia profonda e da un senso di impotenza, prendendo parte attiva a quel circolo vizioso caratteristico dello specifico sintomo. Attraverso l'impotenza e l'impossibilità di guarigione attraverso ogni tipo di strategia, il soggetto DAP colloca l'Altro in una posizione di dipendenza; sarebbe proprio attraverso la potenza del suo rifiuto che terrebbe saldamente in pugno il suo Altro simbolico². I familiari dei pazienti affetti da DAP si trovano spesso, quindi, ad essere angosciati di fronte all'ostentazione del sintomo e dell'agitazione psicomotoria che lo caratterizza. E' pertanto evidente quanto sia utile che l'angoscia, il timore, la sofferenza, piuttosto che la rabbia, che risiedono nell'entourage familiare, non si riproducano parimenti nell'analista terapeuta.

Coerentemente a tale prospettiva, invertire la posizione soggettiva del paziente rispetto al proprio sintomo, significa creare le condizioni necessarie affinché l'angoscia ripassi dalla sua parte; ciò in connessione alla necessità terapeutica di rettificare³ i rapporti che intrattiene con il proprio Altro.

La clinica del panico mostra in modo esemplare come, in un primo tempo, l'angoscia e l'impotenza risiedano prevalentemente solo nell'Altro, mentre col progredire della cura si dovrebbe assistere ad un ritrovato rapporto del paziente con il proprio sentire. E' dunque alquanto salutare offrire al soggetto la possibilità di ritrovare un legame con il proprio mondo interiore ed è altrettanto necessario far sì che questo si preoccupi e occupi maggiormente della propria esistenza.

¹ Cfr. D. C. La Sagna, *L'anoressia vera della ragazza*, in *Attualità lacaniana*, rivista della Scuola Lacaniana di Psicoanalisi, n. 5, 2007 FrancoAngeli.

² Per approfondimenti si rimanda D. C. La Sagna, *Anorexie, la clinique du rien*, in *Tout ce qui ne va pas est-il un symptome?*, Corso pronunciato nell'ambito della Sezione clinica di Bordeaux, il 14 novembre 1997, inedito.

³ Cfr. J. Lacan, *La direzione della cura* in *Scritti*, vol.II, Einaudi, Torino, 1974, p. 593.

L'attacco di panico come evento traumatico

Dott. Roberto Pozzetti

Psicoterapeuta e Psicoanalista Jonas Onlus Como – Docente IRPA

1. Le paure del panico

Accolta la domanda impetuosa di chi sperimenta l'attacco di panico, attenuata la burrasca di un appello affannoso volto all'aiuto ed al conforto, si può delineare la logica della posizione soggettiva di ciascuno. Dietro ogni caso di crisi di panico rinveniamo alcune particolarità, una storia peculiare, delle modalità di funzionamento specifiche.

Dallo spavento indefinito, indeterminato, si passa ben presto a dei timori più circoscritti, meglio localizzati. La costruzione di una soglia, la delimitazione del terrore oppure il chiarimento dell'oggetto che suscita costante apprensione determinano già un certo sollievo. Basta una fobia per uscire dal panico e, tuttavia, risulta rara l'evoluzione del panico in una zoofobia e, in termini più generali, in un significativo fobico dall'elevato valore simbolico (paura degli incubi, delle forbici, dei ponti, eccetera). Rimane, in ogni caso, evidente come il panico si evolva in 2 paure fondamentali: la paura della solitudine e la paura del rimanere intrappolati nella folla.

Il soggetto DAP presenta sempre tutta una serie di paure, a volte piccole paure. Questi timori attraversano i vari campi della sua esistenza e ne mettono in risalto le plurime sfaccettature.

Ecco le 3 paure tipiche: la paura di perdere il controllo, quella di impazzire e quella di morire. Il soggetto che ha vissuto il panico rimane, così, occupato da alcune paure ricorrenti. La paura della morte, ad esempio, prende di solito due pieghe: quella di un decesso accidentale, soprattutto per infarto, e quella dell'impulso suicidiario.

Lacan sosteneva una tesi precisa: "Quando gli accadono cose, persino volute da lui, che non capisce, l'uomo ha paura. Soffre di non capire, e a poco a poco entra in uno stato di panico."⁴

La mia tesi principale è che le paure del panico possano rinviare alla pulsione, soprattutto alla pulsione di vita.

⁴ J. Lacan; *Freud per sempre*, Intervista di Emilia Granzotto pubblicata su Panorama, Roma, 21 novembre 1974. L'intervista è edita in La Psicoanalisi, n. 41, Astrolabio, Roma, 2007, p. 14.

2. Sintomo e attacco

La storia della psicoanalisi si è sempre basata, soprattutto per l'isteria, sulla differenza fra sintomo ed attacco. Il sintomo, localizzato, rinvia ad un significato rimosso. Il sintomo si presenta come un evento di corpo, come una localizzazione dolorosa oppure come l'irruzione nella propria mente di pensieri egodistonici, vissuti come penosi ed immorali. Il sintomo rappresenta il soggetto per il padre oppure ne pone in risalto l'identificazione con la madre oppure funge da compromesso fra tendenze libidiche opposte e fra loro in conflitto.

L'attacco avviene piuttosto in forma non localizzata. Dunque l'attacco di panico mi sembra vada situato dal lato dell'attacco isterico. Il panico si presenta come qualcosa di ingovernabile, come l'attacco ingovernabile. E questo è il modo in cui il soggetto sperimenta il suo stesso desiderio, la sua stessa pulsione che risulta strutturalmente ingovernabile.

Il panico costituisce molte volte una manifestazione dell'isteria che è succeduta a sé stessa. Se all'epoca di Freud e di Charcot l'isteria costituiva il disturbo più comune e, non a caso, proprio da questo *pathos* si sono avviate la ricerca e la clinica psicoanalitica, negli ultimi decenni si è assistito ad un progressivo estinguersi del riferimento a questa problematica ed a questa logica discorsiva.

Nell'Ottocento si è verificato un accentuarsi della diffusione di tutta una serie di problematiche riconducibili alla questione isterica. La diffusione epidemica dell'isteria portava gli Ospedali psichiatrici a pullulare di casi di isteria. Si trattava spesso di casi di isteria clamorosa, dalle manifestazioni eclatanti e classicamente analoghe a quella della sindrome epilettica. Spesso non si riducevano alla dimensione sintomatica a livello del corpo e tendevano ad assumere caratteristiche oggi considerate clamorose con assenze, permanenza di stati oniroidi e disturbi della percezione.

La psicoanalisi nacque proprio dal dare la parola al soggetto isterico e, soprattutto, alle pazienti isteriche di Breuer e Freud. L'importanza del metodo analitico della *talking cure* riposava sulla specifica congiuntura culturale della società vittoriana che rimuoveva il discorso relativo alla sessualità. Si trattava, allora, di parlare della sessualità solo a tempo debito, nel luogo opportuno in una logica sociale che scandiva un sistema di posizioni, un gioco di ruoli volto a ritagliare una zona di silenzio, uno spazio interdetto. In questa zona, solo attraverso le manifestazioni isteriche il soggetto poteva prendere la parola.

L'interesse per l'isteria sembra essere stato soppiantato da quello per patologie molto arcaiche, maggiormente invalidanti quali la sindrome *borderline* tanto spesso diagnosticata soprattutto nei paesi anglofoni, il disturbo narcisistico di personalità e la

stessa psicosi ordinaria. La gravità di una situazione clinica, giustamente preoccupante, tende a determinare quasi ogni volta da parte del clinico il riferimento alla diagnosi di psicosi oppure a quella di disturbo di personalità *borderline* e, così, il riconoscimento dell'isteria viene sempre più riservato a casi di minor complessità rispetto a quanto avveniva ai tempi di Freud. Per questo molti soggetti con Disturbo da Attacchi di Panico vengono diagnosticati in modo diverso dalla nevrosi in un travasarsi delle categorie di certe forme dell'isteria nella psicosi maniaco - depressiva e, soprattutto, in quella schizofrenica.

L'implicazione del corpo e della sua fragilità narcisistica nella sofferenza legata al panico, la divisione soggettiva fra ciò che è desiderato e quanto risulta realizzabile, la tendenza a mantenere il proprio desiderio inappagato sembrano tratti tipici della persona sofferente a causa del panico e costituiscono alcuni fra gli aspetti più classici della struttura isterica.

In effetti l'isteria tende oggi a presentarsi meno come configurazione sintomatica che come modalità caratteriale: l'isteria non risulta per nulla scomparsa ma si nasconde solamente. Il conflitto peculiare della struttura isterica concerne la divisione fra le due correnti libidiche, quella eterosessuale e quella omosessuale.

La questione fondamentale del discorso isterico rimarrà allora: "Sono uomo o sono donna?". Questa divisione soggettiva comporta la propria collocazione rispetto alla significazione fallica, rispetto al fallo come elemento cardine della differenza sessuale.

La seduttività che contraddistingue il soggetto isterico si ritrova nella teatralità della crisi di panico, nelle contraddizioni e nei contrasti che rendono ancora più struggenti questi soggetti talvolta sconcertanti: sensuali ma freddi, violenti ma calorosi, intriganti e tuttavia spesso puerili, tanto svuotati quanto poi vitali.

E questo sembra piuttosto dal lato del mantenere il desiderio insoddisfatto, del difendersi dal godimento esasperato tipico peraltro della società a capitalismo avanzato secondo una logica prevalente nell'isteria che è quella di soddisfarsi della rinuncia, dell'inappagamento. Inoltre la volubilità di tali problematiche, l'instaurarsi di un transfert a volte violento ma non privo di una supposizione di sapere, la relativa facilità di curare queste situazioni cliniche rende possibile ipotizzare che essi si situino comunque nell'ambito dell'isteria.

Il soggetto DAP preferisce allora stabilizzarsi su ambiti rassicuranti, opta per fermarsi in casa o per limitarsi a movimenti molto limitati erigendo delle mura immaginarie, una soglia metrica e relazionale che restringe al massimo le sue opportunità vitali. E questo tipo di organizzazione può protrarsi per molto tempo, per anni e a volte per decenni.

Si pensi a quanto avviene con persone di oltre 50 anni che soffrono da tempo di attacchi di panico. Juliet Mitchell ha notato che “un’isteria grave può risolversi con il passaggio del paziente a una condizione accettabilmente schizoide”⁵.

3. Pulsione e immagine del corpo

Il problema fondamentale di questo genere di isteria, che eccede la dimensione metaforica del sintomo per sfociare piuttosto nell’attacco di panico come forma parossistica di una sorta di attacco isterico, consiste in una fragilità dell’immagine del corpo. I vissuti di debolezza corporea, l’impressione di vulnerabilità, i sogni relativi all’immagine del corpo frammentato mi sembrano rientrare tutti in questa logica che concerne il rifiuto del godimento specifico del soggetto isterico.

Ogni volta che l’isterico, soprattutto per quanto riguarda l’isteria femminile, si trova in un’esperienza di godimento possono prodursi degli effetti di vacillamento, di frammentazione e di disintegrazione. Vi è una vulnerabilità del riconoscimento speculare negli attacchi di panico che determina di frequente fenomeni di depersonalizzazione per i quali il paziente ha l’impressione di vedersi dal di fuori del proprio corpo. A volte questo determina la ricerca dell’immagine del corpo del simile come punto di tenuta narcisistica. Ne vediamo un esempio clinico piuttosto comune nella logica della delegazione del godimento ad un altro simile: ad esempio, una ragazza desidera molto un uomo ma, quando questi la cerca aprendo la possibilità del godimento, ella si sottrae e spinge quest’uomo verso un’altra donna che può essere una sua amica.

Quando un soggetto isterico si trova in un’esperienza di godimento può accadere una specie di depersonalizzazione onirica, un ritorno ad uno stato crepuscolare dell’io, che provoca effetti di angoscia e di panico. In questi termini si può cogliere meglio l’insorgenza del panico come attacco improvviso proprio in situazioni di apparente benessere, di raggiungimento degli obiettivi. L’apertura di una prospettiva di godimento può determinare uno svanimento in quanto va a riaprire effetti pulsionali nel corpo che il soggetto non riesce a governare oppure teme di non riuscire a padroneggiare.

Nelle isterie gravi, frequenti fra coloro che soffrono di attacchi di panico, l’asse simbolico ha una sua tenuta mentre l’immagine del corpo risulta destrutturata con un’analogia rispetto a quanto caratterizza la schizofrenia. I fenomeni clinici degli attacchi di panico danno a volte l’idea di disturbi schizofrenici ma è la logica implicata che se ne distingue bene. Questo problema con il corpo suscita sovente dei tentativi di stabilizzazione sul piano dell’immagine.

⁵ J. Mitchell, *Pazzi e meduse*, La Tartaruga edizioni, Milano, 2004, p. 239.

Tutto ciò che ha a che fare con l'immagine concerne la dimensione del corpo. Cercare di assumere un'immagine stabilizzante, ad esempio simile a quella di un'altra donna, è un modo per dare consistenza al corpo nelle crisi di panico. Questo pone un argine al proliferare dell'immaginario, altrimenti frequente ed invalidante.

Per questo anche il trattamento in gruppo risulta spesso efficace in quanto il gruppo permette un rispecchiamento con altri, simili, che condividono le stesse esperienze e le possono comprendere.

Andare regolarmente ad una seduta di psicoterapia di gruppo, soprattutto nella versione del gruppo monosintomatico, rafforza l'impressione di avere un corpo, un corpo solido e stabile. Il gruppo funziona, dunque, da doppio del corpo in quanto gli altri partecipanti è come se fossero una forma della propria immagine allo specchio.

La clinica e la gestione d'urgenza degli attacchi di panico

Dott.ssa Silvia Roberta Maria Gianetti
Psichiatra e Psicoterapeuta - Ospedale Maggiore di Milano

L'attacco di panico (ADP) è un sintomo, un evento transindromico che si ritrova in molteplici patologie. E' innanzitutto importante ricordare che alcune patologie organiche quali infarto, incidenti vascolari, crisi respiratorie acute, epilessia del lobo temporale devono sempre essere escluse in caso si presenti una sintomatologia che ricorda comunque quella dell'ADP (che in seguito andiamo a descrivere), tuttavia in certi casi sia il disturbo internistico che quello psichiatrico possono concomitare.

L'ADP si manifesta con una sintomatologia polimorfica, comunque sempre acuta, drammatica, inattesa, in cui si associa sempre intenso disagio e paura da parte di chi lo prova, generalmente con intensità crescente nel breve tempo e poi rapidamente decrescente. Il DSM IV TR (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, strumento generalmente utilizzato per la diagnosi dei disturbi psichiatrici) descrive l'ADP quale 'un periodo preciso di paura e disagio intensi in assenza di vero pericolo, durante il quale si verificano almeno 4 sintomi somatici o cognitivi su 13.....'. L'attacco deve avvenire improvvisamente, e in genere raggiunge il picco nel giro di 10 minuti, è accompagnato da una sensazione di pericolo grave e necessità di allontanarsi.

I sintomi descritti dal DSMIVTr sono i seguenti:

palpitazioni, cardiopalmo, tachicardia

sudorazione

tremori fini o grossolani

dispnea o sensazione di soffocamento

sensazione di asfissia

dolore o fastidio al petto

nausea o disturbi addominali

sensazioni di sbandamento, instabilità, testa leggera o svenimento

derealizzazione o depersonalizzazione

paura di perdere il controllo o impazzire

paura di morire

parestesie (sensazioni di torpore o formicolio)
brividi o vampate di calore.

I sintomi sono quindi prevalentemente di carattere fisico (cardiovascolari e respiratori quali la tachicardia, il cardiopalmo, dispnea, sudorazione, tachipnea ma possono coinvolgere anche il gastroenterico come la nausea), cognitivi (paura di perdere il controllo, paura di morire, di svenire) e psicosensoriali (derealizzazione, depersonalizzazione, déjà vu, ipersensibilità a suoni e luce).

L'ADP non è (come indicato dal DSMIV) una patologia a sé stante, ma un indicatore diagnostico di un disturbo strutturato quale ad esempio il Disturbo di Panico (DAP) che è caratterizzato dalla presenza di ADP ricorrenti e inaspettati, con preoccupazione costante che un nuovo ADP incorra. Sempre secondo il DSM IN TR, il DAP può essere associato o meno ad agorafobia, ovvero ad 'ansia relativa al trovarsi in luoghi o situazioni in cui potrebbe essere difficile allontanarsi o nel quale non potrebbe esserci aiuto in caso di ADP... come essere fuori casa da soli, essere in mezzo alla folla, in coda, in treno o autobus o metropolitana...', tali situazioni vengono nel tempo (nel caso di ripetuti ADP in situazioni di agorafobia) il più possibile evitate dal soggetto, specialmente se ha avuto esperienze precedenti di ADP in tali contesti, o, se inevitabili, sopportate con molto disagio e spesso con richiesta di aiuto e di presenza di qualcuno possibilmente familiare. L'agorafobia, come l'ADP, può a sua volta presentarsi come sintomo isolato.

Gli ADP si verificano comunemente, la loro presenza costituisce un peggioramento della qualità di vita. I soggetti che presentano un ADP per la prima volta si rivolgono spesso al Pronto Soccorso. Poiché l'ADP è un evento acuto, intenso ma di breve intensità, quando il soggetto arriva in PS l'ADP è spesso già risolto.

Generalmente i soggetti giungono in PS raccontando quanto gli è successo, ma non sono più in fase acuta. È più facile assistere ad un ADP in luoghi esterni (piazze affollate, supermercati, ecc) che in ambiente medico. Nella mia esperienza clinica ho assistito a pochi ADP in PS, più che altro erano soggetti giunti in PS per aver avuto un ADP. Spesso i soggetti con ADP hanno la convinzione di essere affetti da una patologia fisica, faticano e riconoscere un disagio psichiatrico nei loro sintomi, per questo richiedono spesso l'esecuzione di esami strumentali (ECG, analisi ematiche, valutazione di capacità respiratoria) anche se già eseguiti in precedenza con esiti negativi.

Un evento frequente è il verificarsi di ADP durante l'esecuzione di esami strumentali o visite mediche in cui il soggetto si sente costretto, senza via di fuga: spesso durante l'esecuzione di TAC o RMN (in cui il soggetto si sente intrappolato, costretto in un

ambiente ristretto e chiuso –agorafobico -, per un tempo troppo lungo da tollerare) o durante le visite e la pratica odontoiatrica: in questi casi, se vi è notizia di precedenti ADP è opportuna una sedazione preventiva: Nel caso di ADP durante queste situazioni è ovviamente opportuno interrompere l'esame e la visita e rimandarla, possibilmente facendola precedere da una visita specialistica finalizzata a stabilire un'ideale terapia preventiva.

Un accenno breve all'incorrere di ADP durante viaggi con mezzi senza via di fuga (tipicamente: aerei, treni): è un evento comune, spesso le compagnie hanno kit di urgenza pronti per la sedazione. Molti pazienti dopo aver provato un ADP in aereo evitano di volare: è una limitazione di vita importante, specialmente per chi deve viaggiare per lavoro.

L'ADP di per sé non è un evento pericoloso, tuttavia chi lo sperimenta prova soggettivamente un sensazione terrificante, molto più intensa e grave di una sensazione di paura, è inaspettato, coglie all'improvviso, il soggetto ha la sensazione di perdere totalmente il controllo. Per questo motivo gli ADP, se non inquadrati in una diagnosi precisa che deve poi venire trattata, possono poi portare a complicanze quali lo sviluppo di sindromi depressive o all'abuso di psicofarmaci.

L'ADP è un sintomo che si osserva in tutte le età, ma l'età di esordio è precoce (tra i 15 e i 35 anni), inoltre nei bambini che soffrono di Disturbo d'Ansia di Separazione (disturbo che predispone ad un successivo DAP) possono presentare reazioni di panico sono obbligati a separarsi dalle figure per loro affettivamente significative.

Gli ADP possono avvenire in contesti situazionali (stimoli esterni quali ad esempio i luoghi affollati) e non-situazionali (ovvero giungere inaspettati, in assenza di alcuna determinante contestuale esterna), possono essere fenomeni isolati oppure espressioni di disturbi psichiatrici ben definiti: il più frequente è appunto il Disturbo da Attacchi di Panico (DAP), ma l'ADP è presente anche in diversi disturbi d'ansia e dell'umore (ad esempio nel Disturbo Post-traumatico da stress, Disturbo Bipolare, nel Disturbo depressivo maggiore, nei Disturbi Fobici). Molti autori hanno evidenziato come il Disturbo d'Ansia di Separazione del bambino sia spesso un ritrovato anamnastico del Disturbo di Panico: l'ansia provata in età infantile associata all'idea di separazione di una figura di attaccamento è un fenomeno comunemente riscontrato nei racconti di soggetti adulti che soffrono di DAP.

Va infine sempre tenuto presente che alcune sostanze (ad esempio la caffeina) o situazioni mediche (ad esempio l'ipertiroidismo) possono dar adito a sintomatologie tipiche degli ADP (alcuni Autori distinguono tra ADP 'veri e non').

I pazienti che hanno l'esperienza soggettiva di ADP ripetuti e ricorrenti riferiscono la sensazione di tensione sempre costante del 'panico in agguato', la paura che ciò avvenga, l'evitamento se possibile di tutte le situazioni e luoghi che possono generarlo. Spesso vi è il vissuto di un fenomeno improvviso, incontrollabile, che può incorrere sempre ed inaspettatamente e sul quale il soggetto non può ricevere aiuto, per questo i soggetti con ADP ricorrenti se non trattati possono poi sviluppare patologie depressive correlate.

A livello biologico si riconoscono diverse strutture correlate alla genesi dei disturbi d'ansia (e quindi in parte correlabili all'ADP), studi recenti di neuroimaging funzionale indicano che l'amigdala (assieme all'ippocampo e alla corteccia prefrontale) ha un ruolo significativo negli stati ansiosi e negli stati di aumentato arousal.

I sistemi neurotrasmettitoriali che si ritengono maggiormente coinvolti nei disturbi d'ansia sono il gabaergico, noradrenergico e serotonergico (dati derivati soprattutto dall'osservazione dell'efficacia delle benzodiazepine e degli antidepressivi nella cura di questi disturbi).

Il trattamento dell'ADP è ovviamente correlato al trattamento del disturbo cui è spesso associato, tuttavia ci troviamo talvolta a dover gestire ADP in acuto, in assenza di notizie cliniche precise. Il paziente in tali circostanze è sofferente, richiede una sedazione immediata dei sintomi acuti e per questo, se non vi sono controindicazioni, vengono ancora usate le Benzodiazepine (BDZ) (in particolare si ricorda il Lorazepam, che non ha metabolismo epatico, è somministrabile intramuscolo e quindi è possibile utilizzarlo anche in pazienti con compromissione epatica). Ovviamente bisogna sempre monitorare la funzionalità respiratoria, poiché le BDZ possono deprimerla ed inoltre a volte i sintomi respiratori presenti nell'ADP possono confondere e mascherare una reale depressione respiratoria che può essere peggiorata dall'uso delle BDZ.

Diversamente dalla sedazione in acuto dei sintomi panici, è ampiamente utilizzata e indicata una terapia cronica e preventiva mirata al disturbo psichiatrico sottostante: gli ADP sono più frequentemente e per definizione associati al Disturbo di Panico, nel quale appunto gli ADP sono ricorrenti, il cui trattamento riconosce come indicazione principale l'uso di farmaci antidepressivi, in particolare i serotonergici. Tra gli SSRI attualmente quello più indicato dagli studi è l'escitalopram.

Molti studi indicano anche possibilità di della terapia combinata di Antidepressivi e BDZ (l'alprazolam è sempre quella maggiormente indicata), almeno fino a quando l'antidepressivo ha raggiunto la propria efficacia clinica.

Unitamente alla terapia farmacologica esiste una indicazione psicoterapica del DAP, tra le psicoterapie quella che ad oggi ha dato i migliori risultati è quella ad indirizzo cognitivo-comportamentale. Utilizzata anche la terapia di gruppo.

La funzione terapeutica nella clinica degli attacchi di panico

Dott. Angelo Villa
Psicoterapeuta e Psicoanalista
Docente IRPA - Membro analista ALI

Diventa assolutamente importante per organizzare un efficace intervento terapeutico conoscere a fondo la situazione in cui ha preso forma il disagio del soggetto, il cosiddetto attacco di panico, in questo caso. Sotto questo profilo, la clinica psicoanalitica non si discosta in linea di principio dalla clinica medica.

Prima di muoversi in proposito occorre, infatti, conoscere attentamente sia la causa che ne sta alla base che la fenomenologia del malessere stesso. Iniziamo dalla prima questione. Le cause dell'attacco di panico rispondono essenzialmente a due fattori in particolare: la struttura psichica del soggetto, da un lato, e, dall'altro, all'evento scatenante.

La struttura psichica è ciò che permette di inquadrare da un punto di vista strettamente diagnostico la posizione del soggetto stesso. Precisiamo che quando intendiamo struttura ci riferiamo alla forma che assume l'articolazione stabile dello psichismo del singolo e che è destinata a rimanere tutto sommato invariata nel corso dell'esistenza di un individuo. In questo è, crediamo, indispensabile separare l'aspetto, per l'appunto, strutturale, cioè l'elemento invariabile, quello che determina la conformazione della personalità di un soggetto, da quello più fenomenologico, legato cioè alla tipologia individuale, allo stile di ciascuno.

La struttura psichica, in altri termini, ci fornisce il quadro complessivo nel quale il dato patologico va poi inserito e, conseguenzialmente, contestualizzato.

Come tale, esso prende una connotazione differente in relazione alla struttura psichica alle quale rinvia. In buona sostanza, cioè, sussiste una differenza radicale se l'attacco di panico è riportabile a una struttura di tipo nevrotico o di tipo psicotico.

Per comprenderlo bisogna prestare estrema attenzione alle parole del paziente, alla sua storia personale, a come l'attacco di panico si associa ad altre esplosioni sintomatiche analoghe nella vita del soggetto.

La messa a fuoco della struttura psichica del paziente va, come si diceva, integrata con la lettura specifica dell'attacco di panico che il paziente pone in evidenza nella sua eventuale domanda d'aiuto. La scansione temporale nella quale il sintomo si è manifestato ha un valore altamente significativo, in particolare per coglierne il senso più specifico, il valore che esso assume non in generale, ma per quel determinato individuo.

Per quanto riguarda, infine, la fenomenologia è importante riuscire a isolare i tratti che la connotano in un'accezione il più possibile precisa. Ciò non riguarda tanto la teatralizzazione dell'evento o le modalità espressive attraverso cui il paziente può descrivere il suo attacco quanto la configurazione dell'attacco stesso. Può essere qui utile riprendere la "classica" distinzione freudiana tra angoscia e spavento, o, se vogliamo, in questo caso, forse panico. Tra una risposta cioè che, sempre dal lato degli affetti, mobilita un sentimento di inquietudine, più o meno, controllato e invece uno stato di totale devastazione psichica nella quale il soggetto si trova nell'impossibilità a fronteggiare psichicamente un evento che lo traumatizza. Il passaggio dall'angoscia allo spavento segnala una precipitazione in senso negativo, soggettivamente catastrofico che, di fatto, fa progressivamente da specchio a uno spostamento di "campo" che avviene per così dire in parallelo. Quello cioè che dallo psichico giunge al somatico, al corpo e, dunque, a una realtà che si presenta come priva di elementi di mediazione simbolica.

Compito del trattamento sarà quello poi di ricostruire a posteriori con il paziente, tenuto conto in primo luogo della sua diagnosi, la rete delle rappresentazioni necessarie a circoscrivere l'attacco di panico, assegnandogli un posto in relazione alle vicissitudini che il soggetto ha sperimentato nel corso della sua vita. Sia per quel che attiene l'area della sua consapevolezza mentale che per quel che riguarda i conflitti e le tensioni inconsce di cui ignora la portata.

L'opportunità di poter reperire nell'ambito di un dialogo sensibile e non frettoloso con il paziente questi elementi ci sembra possa costituire il primo passo fondamentale per fissare le premesse per un trattamento accurato del suo disagio.

La domanda al medico del soggetto con attacchi di panico: l'approccio e l'invio

Dott.ssa Donatella Zoia

Specialista in Tossicologia Medica e Anatomia Patologica

“Ha accusato sensazione di fame d'aria, cardiopalmo aritmico, capogiro, costrizione alla gola, senso di costrizione alle tempie. Ha assunto ansiolitico, 12 gtt con parziale beneficio. Riferito stress psico-fisico x ragioni professionali”
“Diagnosi: Somatizzazioni d'ansia”

Questo referto è identico a tanti altri che vediamo quotidianamente o quasi nei nostri studi medici ed i sintomi descritti (palpitazioni, tremori, mancanza di respiro e/o “respiro corto” sudorazioni, paura di morire o di impazzire o di perdere il controllo), rappresentano il quadro clinico di altrettanto numerosi racconti dei nostri pazienti che questi sintomi hanno sperimentato.

Il disturbo da attacchi di panico (DAP), ufficialmente introdotto nella nomenclatura psichiatrica con la pubblicazione del DSM III nel 1980, ha infatti presentato una crescita progressiva ed esponenziale in costante aumento negli ultimi 15 anni e, attualmente, è una patologia che riguarda il 3- 5% della popolazione compresa tra i 20 e i 60 anni.

L'incidenza crescente in tutte le popolazioni e culture è così evidente al punto che possiamo dire che “la nostra epoca (...) è quella del panico diffuso, dell'epidemia del panico”¹.

L'OMS, in una ricerca epidemiologica effettuata in 28 paesi, ha rilevato una prevalenza del 28% dei disturbi d'ansia in genere, con una elevata comorbidità con disturbi dell'umore (essenzialmente depressione) che sta portando a una revisione dei criteri diagnostici di queste patologie nel DSM V attualmente in stesura⁴.

1) Recalcati “l'Uomo senza inconscio” – Raffaello Cortina, pg 124

2) Ranieri N. “Il corpo leso” Ed Bruno Mondadori

3) Recalcati M, *ibidem*, pg 133

4) Gerard A., Liard F. et al *Disability in patients consulting for anxiety or mood disorders in primary care : response to antidepressant treatment” in Neuropsychiatric Dis Treat, 8: 605-614*

Come riportato nel caso dell'introduzione, il corpo, utilizzato come *medium*, possibilità unica di espressione psichica² "il corpo è in primo piano nella clinica del disturbo da attacco di panico"³ che, infatti, si presenta con un corredo di sintomi somatici: palpitazioni, tremori, mancanza di fiato o fiato corto, affanno, sudorazioni, paura di morire o di perdere il controllo, capogiri, senso di costrizione al petto e al collo.

E' chiaro che, anche se spesso, fin dall'inizio della visita e del colloquio, identifichiamo immediatamente le caratteristiche di una crisi di panico, dal punto di vista medico il primo problema è quello della diagnosi differenziale, problema non sempre semplice, soprattutto se il paziente ha più di 50 anni e se focalizza i sintomi su un organo in particolare (ad esempio la tachicardia).

Dal punto di vista diagnostico, il DSM IV definisce il disturbo di panico come "la presenza di attacchi di panico ricorrenti, non prevedibili, seguiti, nel mese successivo, dalla preoccupazione persistente di avere un nuovo attacco di panico, delle conseguenze dell'attacco di panico o dalla modifica del comportamento correlata all'attacco di panico. Sono necessari almeno due attacchi di panico per porre la diagnosi e gli attacchi non devono essere associati all'uso di sostanze, a condizioni mediche o ad altri problemi psicologici".

Solitamente noi vediamo il paziente per primi, dopo il primo attacco, quando è molto spaventato perché non sa cosa gli sta accadendo, cosa gli è accaduto.

Dunque il primo passo, quando il paziente si presenta in ambulatorio, è quello di creare uno spazio di ascolto, un tempo in cui il paziente può raccontare quanto gli è successo, cosa ha sentito, come si è sentito. Credo che, da parte sua, ci sia il bisogno di "spiegare" e di accertarsi che il medico abbia "capito".

Non si tratta solo di mettere il paziente a suo agio, si tratta di impostare la relazione medico-paziente secondo una logica che ritiene che il ruolo centrale dell'attività del medico è "la sua relazione con il paziente, che di per sé è terapeutica"⁵ e di creare un momento in cui il paziente si possa esprimere e possa sentirsi ascoltato. Si tratta di fare un passo nella direzione terapeutica, stante che "Il DAP incarna silenziosamente una domanda d'aiuto disperata, una domanda colma d'angoscia che insiste nel rivolgersi all'Altro"⁵.

5) Recalcati M, *ibidem* pg 135

6) NICE, *clinical guideline 113, Generalized anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults*

7) Recalcati M, *ibidem* pg 138

Una volta creato lo spazio di ascolto, una volta che il paziente ci ha raccontato quanto ha provato, il secondo passo necessario è visitarlo. La visita è importante, soprattutto se è molto spaventato dai sintomi che ha provato e teme sia un attacco di cuore o un problema polmonare o comunque qualcosa di organico e di pericoloso per la salute. L'obiettivo della visita e della spiegazione che ne segue è quello di rassicurare il paziente e fare un altro passo nella relazione terapeutica presentata poc'anzi.

Nella maggior parte dei casi, al termine dell'esame obiettivo, dico al paziente che i sintomi che presenta sono riferibili a un problema di ansia e che si è trattato di un attacco di panico. Se possibile, inizio a parlare di questo. Le linee guida⁶ sostengono la necessità di formulare la diagnosi e di comunicarla al paziente "per aiutare le persone a capire la malattia e poter iniziare il trattamento corretto" e che il paziente assuma un atteggiamento disponibile verso la cura⁶. M. Recalcati evidenzia che "l'incontro con una diagnosi psichiatrica di attacco di panico, attraverso l'etichetta diagnostica DAP offre al soggetto un punto di appoggio identificatorio che rimedia la caduta delle insegne immaginarie provocata dall'attacco di panico"⁷.

E' evidente che l'approccio può cambiare a seconda della persona che abbiamo davanti, della sua età, della sua storia e dei sintomi che porta. Se c'è un problema di diagnosi differenziale, naturalmente è necessario prescrivere gli accertamenti che ci permettano di escludere la presenza di problemi organici, ma, allo stesso tempo, è necessario creare un contesto che non si focalizzi sull'esecuzione di esami/accertamenti specialistici perché altrimenti entriamo in un circolo vizioso dal quale è difficilissimo uscire: non ci sarà mai un esame o un accertamento medico o strumentale che rassicura completamente il paziente sulla mancanza di patologia.

Nel colloquio che segue la visita è utile introdurre il discorso della presenza di fatti, avvenimenti, situazioni che possano aver quest'ansia. L'obiettivo è quello di cercare di spostare il problema dalla crisi di panico a quello che ci sta dietro.

Infine è necessario affrontare il problema della terapia, del trattamento. Si tratta, dal punto di vista del paziente, di un problema pressante in quanto, come evidenziato da tutta la letteratura e dalla definizione stessa dell'attacco di panico, ciò che lo caratterizza è la paura, talvolta angosciante, di un nuovo attacco, di fronte al quale il paziente si sente impotente, travolto. E' necessario quindi spiegare al paziente che esistono farmaci che possono essere assunti ai primi sintomi e che gli permettono di affrontare quello che gli sta accadendo, soprattutto evitando la progressione dell'attacco verso la fase che lo rende incontrollabile.

La letteratura medica sul DAP riporta, per il trattamento farmacologico, l'utilizzo di antidepressivi, in primis gli inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SSRI) - anche se alcuni lavori propongono l'utilizzo di questi farmaci fin dal primo approccio con il paziente^{3,8} ed altri inseriscono un percorso a steps successivi⁶- e, per il trattamento dell'attacco, benzodiazepine⁸ a breve durata d'azione.

Ritengo però che quando proponiamo una terapia dobbiamo distinguere tra la possibilità di un trattamento farmacologico che, aiuta a ridurre le crisi, a diminuirne la frequenza e a superare il momento dell'attacco, ma non risolve il problema che ha scatenato l'attacco di panico) e la possibilità d intraprendere un percorso che, attraverso il sostegno psicologico possa permettere di andare alle radici di ciò che sta dietro allo scatenarsi dell'attacco di panico. Il problema della terapia è complesso, perché vede coinvolto il medico delle cure primarie fin dal primo approccio con il paziente DAP ma spesso non può essere trattato dal solo medico.

Ritengo che a chiusura della visita sia importante che il medico fissi un nuovo appuntamento con il paziente DAP: questo offre un chiaro messaggio di risposta positiva alla richiesta di aiuto di cui esponevo sopra e permette di creare un nuovo spazio di comunicazione e di ascolto che propone l'appoggio, il sostegno che il soggetto DAP domanda insistentemente.

8) Marquez M., Arenoso H., Caruso R. "Efficacy of alprazolam sublingual tablets in the treatment of the acute phase of panic disorders" in *Acta Esp Psiquiatr* 2011, 39(2):88-94

L'ascolto e l'intervento farmacologico: l'importanza di una dimensione sinergica tra diversi approcci al paziente

Dott.ssa Chiara Paola Oggioni

*Psichiatra, Psicoterapeuta e Psicoanalista – Jonas Onlus Milano
Docente IRPA – Membro analista ALI*

In questo lavoro si valuteranno alcuni aspetti dimensionali e di tratto per una terapia del D.A.P. a partire dalla dimensione dell'ascolto e dell'osservazione del paziente per formulare una diagnosi.

La dimensione dell'ascolto in psichiatria è uno strumento diagnostico e terapeutico.

La valutazione psichiatrica o psicologica si costituisce con il colloquio. Il paziente racconta, verbalizza, il sintomo e lo allaccia quando è possibile alla biografia e alla sua storia recente.

L'esperienza della parola conduce il paziente a mettersi al centro dell'incontro e diversamente da altri approcci medici il paziente ha fin da subito una posizione attiva, antagonista che gli consente di sfruttare il tempo dell'incontro per parlare di sé.

Il sintomo psichiatrico non si riduce in poche parole e trascende da parametri come procedure diagnostiche di laboratorio o strumentali e visita medica con il medium del corpo. La visita psichiatrica è tra due persone, sedute l'una davanti all'altra che parlano; lo psichiatra ascolta le parole del paziente e può fare domande per stimolare la parola o per indagare alcuni elementi anamnestici di importanza significativa.

L'ascolto dello psichiatra ha due parametri, il tempo e la qualità dell'ascolto che a loro volta contengono delle variabili. Il tempo di un primo incontro con un paziente sintomatico non è prevedibile a priori, ma deve essere sufficientemente lungo.

Una visita di almeno 45 – 60 minuti dà lo spazio alla descrizione sintomatica e alla riproduzione di stati emotivi che il paziente cercherà di rendere espressivi a parole nel primo incontro. Potranno verificarsi quindi momenti di pianto, momenti di silenzio e di disorientamento e la fatica di parlare intimamente di sé con un estraneo. Un tempo inferiore è giustificato con pazienti molto gravi, con difficoltà di eloquio, con pazienti molto giovani, bambini o adolescenti e con pazienti in fase di acuzie. Queste categorie infatti privilegiano di un tempo breve perché l'ansia o la fatica espressiva non riescono ad occupare un tempo più ampio.

La qualità dell'ascolto è complessa da spiegare. L'incontro con un paziente è un'esperienza unica, non riproducibile e sostanziale per il prosieguo della cura. Il primo incontro non coincide con la presa in carico perché ha un valore diagnostico.

E' un incontro preliminare ad una cura ma si diversifica da un incontro preliminare di tipo psicologico.

Il paziente che chiede di parlare di sé ha la prospettiva interiore di una serie di incontri, non ha l'urgenza di una soluzione immediata perché non è portatore di un sintomo psichiatrico acuto. Al contrario il paziente in fase di acuzie sintomatologica come nella tematica di oggi, l'attacco di panico, ha l'aspettativa che in un unico incontro qualcosa venga risolto. Questo tipo di paziente accede senza resistenze particolari al farmaco; la percezione soggettiva del paziente in acuto è di essere fuori controllo, di non possedere un pensiero forte, di aver perso un punto di riferimento e di aver bisogno di aiuto. In questo ultimo caso l'ascolto è volto a concertare in un tempo veloce un'ipotesi diagnostica e terapeutica. Lo psichiatra è costretto dalla circostanza clinica ad assumere una posizione antitetica a quella dello psicologo, ovvero la posizione di chi sa cosa fare (posizione di supposto sapere). La domanda cosciente ed inconscia del paziente è questa, perché il paziente non sa più niente.

Le parole più comunemente usate da chi si presenta ad un incontro valutativo psichiatrico sono parole di disperazione e scoramento. "non capisco perché" "cosa devo fare" "cosa mi sta succedendo" "sto malissimo, ho paura di impazzire". Queste parole oltre che suggestive della violenza del sintomo del panico ci mostrano con chiarezza la dimensione percettiva della persona che è davanti a noi. Si tratta di una forma transitoria di disorientamento rispetto ai parametri noti dell'area della coscienza psichica. Ansia, angoscia, lievi fenomeni dissociativi e di derealizzazione occupano lo spazio della coscienza sostituendosi alla lucidità e allo stato vigile normali.

Lo psichiatra è così invitato ad intervenire con una posizione attiva. In questo punto di diagnosi differenziale tra sintomo in acuto e sintomi meno invasivi, non per questo meno gravi, si situa la differenza dell'intervento terapeutico, lo stile di ascolto e di approccio clinico e l'operatività della dimensione sinergica che dà il titolo a questo mio intervento.

L'intervento farmacologico nei pazienti con D.A.P è codificato nell'utilizzo di farmaci antidepressivi che hanno un'azione relativa alle componenti serotoninergiche e adrenergiche neurotrasmettitoriali. La scelta del farmaco inibitore selettivo della ricaptazione della serotonina SSRI determina il miglioramento della sintomatologia dell'ansia panica, nel tempo, senza causare fenomeni di tolleranza (il paziente non deve aumentare la dose del farmaco poiché non vi è assuefazione) né fenomeni di dipendenza.

Gli antidepressivi agiscono anche sui meccanismi neurotrasmettitoriali preposti al controllo dell'ansia (recettori H1 istaminici) , migliorando questa dimensione. L'uso delle benzodiazepine negli attacchi di panico non è consigliabile sul lungo termine, perché si verificano i fenomeni di tolleranza con la necessità nel tempo di aumentare le dosi e i fenomeni di dipendenza per i quali il paziente non è in grado di essere autonomo rispetto al farmaco. Le benzodiazepine possono essere utilizzate in acuto, con somministrazione del farmaco anche per via iniettiva.

La scelta terapeutica farmacologica nei pazienti con D.A.P. è tuttavia in stretta relazione alla diagnosi. Si possono verificare infatti sintomi tipo attacchi di panico o un singolo episodio di angoscia panica che si inserisce in una struttura diagnostica ben diversa e che prevede quindi l'uso di altre categorie farmacologiche.

Un esempio frequente e rappresentativo è il panico episodico in pazienti psicotici in stato di compenso psichico. Questa categoria di pazienti, talvolta con progressi psichiatrici , talvolta all'esordio sintomatico , presentano una sintomatologia simile a quella dell'attacco di panico ; la diagnosi differenziale si avvale dell'esame psichiatrico che possa verificare l'anamnesi del paziente, episodi pregressi di panico o di anomalie idetiche, anomalie comportamentali, che depongano per una diagnosi di psicosi.

In questa categoria diagnostica il panico può comparire a fronte di uno stimolo ansiogeno per il paziente (se deve intraprendere un'iniziativa, affrontare un cambiamento) e rappresenta il segnale di uno scompenso psicotico. L'attacco di panico in una struttura diagnostica di tipo nevrotico è frequentemente slegato da fattori scatenanti e non è accompagnato da deficit dell'ideazione o da disturbi della forma e del contenuto del pensiero. Si terrà conto dell'importanza di una diagnosi corretta al fine di una direzione della cura farmacologica diretta al sintomo , cardine principale del D.A.P. nel caso delle nevrosi. Al contrario un'impostazione terapeutica più articolata sarà di rigore nelle psicosi, dove l'attacco di panico è un sintomo di copertura rispetto alla base psicopatologica del paziente.

Disturbo da attacco di panico e cura: fra psicoterapia individuale e gruppo monosintomatico

Dott. Francesco Giglio

*Psicoterapeuta e Psicoanalista - Jonas Onlus Milano
Docente IRPA - Membro analista ALI*

Il DAP (disturbo da attacco di panico) è caratterizzato da una o più crisi di angoscia estrema, l'esperienza del panico si specifica nell'irragionevole incontro con il pericolo, avvertito come imminente, presente e concreto, di poter impazzire o morire. Tachicardia, sudorazione, dispnea e terrore compaiono inaspettatamente.

La deflagrazione del panico collima con l'evaporazione improvvisa e radicale, seppure temporanea, dell'identità soggettiva senza causa apparente. Proprio tale mancanza di senso manifesto genera nel paziente la dimensione d'inquietudine costante ed estrema che lo contraddistingue e, passata la crisi, lascia l'individuo esposto all'insicurezza permanente e all'angoscia continua che l'attacco possa ripetersi.

Chi soffre di panico, in partenza, traduce in questo sintomo l'incapacità di utilizzare le parole per pensare e dire quel che per lui non va, di conseguenza neppure è in grado di simbolizzare il suo disturbo, di fare ipotesi sulle cause, al di là della mera descrizione, e di ricondurlo al proprio stile di vita. Tipicamente la prima spiegazione che il paziente dà del suo malessere è di ordine sanitario, da qui i frequenti incontri con il medico di base o con il pronto soccorso, alla ricerca di esami diagnostici che possano dar conto dell'organo malato, causa delle crisi.

Sintomo moderno

L'epidemia di attacchi di panico degli ultimi decenni mostra l'influenza su tale sintomo della dimensione sociale contemporanea. La ricerca psicoanalitica sin dalle sue più remote origini è molto attenta al legame che annoda sintomi ed epoche. Mentre il sintomo psicoanalitico classico si mostra interamente riconducibile al conflitto fra civiltà e pulsione, la forma contemporanea della psicopatologia, svela un differente modo di funzionamento della psiche, connesso all'illusione dell'uomo contemporaneo di potersi

sottrarre all'esperienza strutturale della perdita e della morte. Proprio la questione dell'imprescindibile perdita è oggi oscurata e negata, attraverso il massiccio ricorso agli oggetti di consumo il cui accesso, per mezzo del denaro, è facile, immediato e illimitato. In simile tratto si coglie il segno del trionfo di quello che Lacan chiama il "discorso del capitalista", imperniato sul valore esclusivo dato all'oggetto e al suo consumo. Tale stile sociale giunge all'apoteosi negli anni ottanta del secolo scorso, lo stesso periodo durante il quale il disturbo da attacco di panico comincia a diffondersi sino a divenire epidemico. Anche qui s'incontra l'ulteriore eclatante conferma del legame stretto fra forme della psicopatologia ed epoche storiche. È questo il periodo, infatti, durante il quale gli oggetti di consumo acquisiscono la massima importanza sociale e le loro marche commerciali si trasformano in immaginari strumenti d'identificazione, in vere e proprie matrici delle identità collettive a sostituire quelle precedenti più ancorate alle dimensioni simboliche. Le sedi dei partiti, delle organizzazioni sociali e religiose si svuotano, e i neonati centri commerciali si riempiono, divenendo luoghi d'incontro senza legame, le forme di raggruppamento incentrate sugli oggetti e sugli stili di consumo da allora in poi si affermano sino a divenire egemoni.

L'attuale diffusione di un disturbo come il panico in precedenza rarissimo, concernente la repentina e inaspettata caduta dell'identità soggettiva, mostra l'intimo legame tra tale patologia e la liquidità sociale contemporanea. Il nostro paese nell'arco di tre generazioni è passato dal dominio della civiltà contadina a quello industriale, e poi al modo post moderno caratterizzato dalla prevalenza delle attività nel campo dei servizi. La flessibilità di lavori poco protetti accentuatasi ora, nel tempo della crisi, è divenuta la norma del vivere comune. Il lavoro stabile non dava solo reddito certo, ma pure diritti e solidità nell'identità professionale, anche agli appartenenti ai ceti meno elevati. I tempi attuali di diffusa precarietà e instabilità sono caratterizzati da un lato dalle maggiori opportunità per chi dispone di professionalità di alto livello, ma anche dall'eccezionale grado d'instabilità di reddito e d'identità per chi svolge i mestieri più umili, comuni e diffusi.

Panico e gruppo

Freud legge il panico come effetto della dissoluzione di una forma specifica di legame sociale, in tutta la sua vasta opera s'incontra tale sintomo solo nel 1921 all'interno del testo: "Psicologia delle masse e analisi dell'io", opera nella quale il padre della psicoanalisi indaga diffusamente il rapporto fra psiche gruppo e legame sociale. Freud si concentra qui, in particolare, su due gruppi strutturati la chiesa e l'esercito, e sugli effetti della dissoluzione del legame sociale fra i suoi membri.

Lo sgretolamento del legame che tiene unita la chiesa, dice Freud, non provoca il panico, fa invece emergere: “Impulsi spietati e ostili nei confronti di altre persone, impulsi che in virtù dell’amore uguale del Cristo non potevano in precedenza manifestarsi”⁶. Il timor panico, viceversa, sorge specificamente dalla dissoluzione del legame che unisce le masse militari durante la battaglia quando per il soggetto: “I legami reciproci hanno cessato di esistere e si scatena una paura sconfinata e irragionevole... (quando) sono venuti meno i legami affettivi che fino a quel momento avevano ridotto ai suoi occhi il pericolo”⁷. È la frantumazione del legame interno alle forze armate, caratterizzato dalla repressione necessaria della paura e marcato dall’assunto di base “attacco e fuga” (W. R. Bion), a generare il panico. Ora se il nostro tempo presenta la massiccia diffusione di simile patologia mai verificatosi in simile misura in altre epoche, si può a ragione concludere che il soggetto contemporaneo si avverte come solo, debole e senza la protezione della legge, confrontato con un mondo di conflitto che lo espone alla possibilità di poter essere soccombente.

La contemporanea sempre più diffusa precarizzazione del lavoro si accompagna alla perdita della dimensione identitaria che dal lavoro stesso scaturisce, a collegare panico e precarietà professionale. Infatti, l’elemento peculiare che genera la crisi di panico nell’individuo è il collasso improvviso della stessa identità soggettiva, l’impatto con l’inermità reale della vita umana, sempre appesa a un filo ma solitamente assai ben occultato dalle identificazioni, dai simboli e dalle immagini umane.

Quale cura è possibile

In presenza delle crisi di panico la diagnosi è già il primo atto clinico terapeutico. Riconoscere il sintomo come noto ha di per sé un primo effetto rassicurante sul soggetto, che inizia a pensare alla difficoltà che incontra come a una patologia, un inciampo noto che può essere curato, trattato e risolto e non come a una colpa o a una sua personale eccessiva debolezza.

È molto diffusa l’inclinazione contemporanea alla deresponsabilizzazione del soggetto, d’altronde: “Se il mio disturbo è genetico, ereditario, causato dall’inadeguata quantità di neurotrasmettitori io che ci posso fare?”. La psicoanalisi, all’inverso, spinge il soggetto all’implicazione nei suoi sintomi; la domanda sottintesa all’avvio della cura psicoanalitica è: “Qual è la tua responsabilità nel disordine che lamenti?”.

Farmacologia e psicoanalisi sono una combinazione non solo possibile, ma per quanto riguarda il panico con una certa frequenza necessaria.

⁶ Freud, S., (1921) Psicologia delle masse e analisi dell’Io. In OSF, Vol. 9, Bollati Boringhieri, 1996, pag. 288.

⁷ Ivi, pag. 286.

La farmacoterapia è strumento insufficiente poiché, da sola, non tocca le cause profonde del malessere, inoltre, sono numerosi i casi, come rilevato dal sistema giudiziario e dai pronto soccorsi, in cui il solo trattamento chimico dell'angoscia può spingere il soggetto all'agito. Si pone la necessità di una cura che da un lato operi sull'urgenza del sintomo e dall'altro modifichi la configurazione profonda che lo genera. Anche la completa mancanza di terapia in questi casi può avere conseguenze deleterie diverse: tra le quali la coartazione della vita sociale, l'insorgenza di una depressione, di un etilismo o di una tossicomania.

Il fenomeno del panico da solo non basta comunque a fare una diagnosi di struttura, per quanto estreme e invalidanti siano le crisi, tale disturbo non rinvia esclusivamente e direttamente a una singola particolare struttura soggettiva. Il fenomeno panico, dunque, non è immediatamente traducibile in diagnosi di nevrosi, psicosi o perversione.

Il gruppo monosintomatico

Il gruppo monosintomatico è uno specifico strumento terapeutico adatto al trattamento in e di gruppo, per chi soffre di attacchi di panico. Come ogni altro intervento terapeutico anche il gruppo monosintomatico dispone di criteri d'inclusione e di esclusione.

Tra i criteri di esclusione dal gruppo si possono indicare:

- 1) La diagnosi di psicosi che può implicare una frammentazione soggettiva intrattabile in un gruppo monosintomatico, ma anche un'adesione rigida all'identificazione che necessita di una mira di prudente metonimizzazione non operabile in gruppo.
- 2) Il rischio di vita per il soggetto: in una terapia individuale l'analista ha un grado di libertà maggiore per operare con interpretazioni, modificazioni della frequenza e dei tempi della seduta, mentre nel gruppo per un verso è maggiormente vincolato (ci si ritrova ad esempio un giorno prestabilito a una certa ora con una data periodicità), e per l'altro è il gruppo stesso che produce interpretazione e interventi sul soggetto. Per questo alla presenza di una patologia che mette a rischio la vita del soggetto, non si deve condurre l'intervento in gruppo.
- 3) L'assenza d'identificazione al monosintomo: un gruppo monosintomatico implica la possibilità per i soggetti d'identificarsi l'un l'altro attraverso le particolarità date dal sintomo. Se la domanda di cura non scaturisce dal monosintomo neppure la cura può essere condotta per mezzo di questo tipo di gruppo.

I principali criteri d'inclusione viceversa sono riconducibili a:

- 1) Un'ipotesi diagnostica di nevrosi.
- 2) La presenza invasiva del sintomo nella vita del soggetto (che ne provoca una domanda almeno d'aiuto).
- 3) Una certa identificazione al monosintomo.
- 4) Una carente considerazione della propria responsabilità soggettiva nel sintomo (dunque l'assenza di quella che Lacan chiama la rettificazione soggettiva).
- 5) La curiosità soggettiva verso l'esperienza di una cura condotta in gruppo.

Attraverso la cura in gruppo si ottiene un effetto rapido di rottura dell'isolamento. In effetti, la nevrosi rende asociali ed entrando a far parte di un gruppo il soggetto incontra subito un temporaneo sollievo.

Nel gruppo sono attive sia identificazioni orizzontali fra i membri sia verticali al conduttore. L'identificazione di partenza per chi accede al gruppo è un'anonima e desoggettivata identificazione sociale al sintomo. L'entrata nel gruppo muta l'identificazione dal noi monosintomatico, al noi che facciamo parte del gruppo, per orientarsi infine verso la posizione soggettiva del paziente. Osservare l'altro simile è sempre, per i membri del gruppo, una potente fonte di apprendimento su se stessi, poiché, vale anche qui il detto biblico secondo il quale è assai più facile cogliere la pagliuzza nell'occhio dell'altro che la trave nel proprio. Le interpretazioni nel gruppo sono proposte non solo dall'analista ma anche dagli altri membri, producendo un effetto di rapidità nella gestione del clima gruppale molto diversa da quanto accade nella clinica individuale.

Diverse sono gli stadi attraversati dal gruppo. La fondazione del nuovo gruppo avviene in un secondo momento rispetto al tempo dell'inizio degli incontri e passa attraverso una fase di riconoscimento dell'altro come simile: lo stadio della medesimezza di cui parlano Lay e Recalcati. In questa fase fra i partecipanti compare e si diffonde la forma verbale "anch'io", che consente poi l'approdo al "noi" che facciamo parte del gruppo. Tale tempo costitutivo si ripresenta, sebbene in forma attenuata, in occasione di ogni nuovo inserimento che, inevitabilmente, modifica la configurazione e il campo gruppale.

Nelle fasi iniziali di partecipazione al gruppo, e in misura minore pure in epoche successive, si opera il trattamento preliminare della domanda, in modo che la richiesta di aiuto da cui di solito si parte, diventi una vera domanda di cura e di sapere di più su se stessi. Il gruppo, quando è davvero al lavoro, opera sui suoi membri in modo che, accanto alla ricerca di solidarietà e comunanza, si sviluppi il desiderio di sapere di più circa la propria sofferenza.

In questo senso il “cartello”, gruppo di studio teorizzato da Lacan e finalizzato alla produzione di un sapere inedito attraverso l'oscillazione delle conoscenze fra soggetto e Altro, è un modello clinico ben utilizzabile nella conduzione del gruppo.

L'orientamento nodale del trattamento psicoanalitico in e di gruppo coincide con l'estrazione della particolarità del soggetto, la direzione della cura anche qui, mira al recupero degli aspetti più specifici e particolari che contrastano l'universale del sintomo sociale. Questa è lo scopo prioritario del lavoro del gruppo ed è insieme obiettivo, motore della cura e pure fondamento degli effetti terapeutici.

APPUNTI

APPUNTI