

PAOLA BONDI

Panico e sofferenza del Sé: una prospettiva psicoanalitica ¹

Riassunto. Questo articolo si propone di descrivere le principali teorie psicoanalitiche sull'attacco di panico, soffermandosi su alcune recenti ipotesi che, integrando anche il contributo delle neuroscienze, suggeriscono di considerarlo il sintomo di una complessa e aspecifica sofferenza del Sé: un disturbo legato non tanto direttamente ad un conflitto inconscio ma a problematiche strutturali del Sé, a causa delle quali la funzione di contenimento dell'angoscia è andata perduta. Con l'aiuto di alcuni esempi clinici cerca di chiarire il collegamento tra stimolo, immaginazione e conseguente scatenamento dell'attacco di panico con il suo corredo di sintomi neurovegetativi, e mostra come esso sia una conseguenza del crollo dell'assetto difensivo che può avvenire in alcuni periodi di passaggio della vita, in corrispondenza di crisi o momenti di trasformazione.

Panico, Angoscia, Identificazioni primarie, Scissione mente-corpo

Panic and suffering of the Self: a psychoanalytic perspective

Abstract. This paper reviews the main psychoanalytical theories about panic attack, examining recent hypotheses that integrate the neuroscientific contribution and suggest to consider it as a symptom of complex and non-specific suffering of Self. It's a disorder related not so much to an unconscious conflict but to a basic psychological structure that has lost its function of containing anxiety. Some clinical cases are presented to explain the connection between stimulus, imagination and the triggering of psychosomatic symptoms in panic attack, which is consequence of breakdown of the defence organization and may appear during period of the life crisis.

Panic, Anxiety, Primary Identifications, Mind-body Splitting

¹ Questo articolo è il frutto della rielaborazione della relazione "Panico e sofferenza del Sé" letta al Seminario "L'insopportabile. Il sintomo, la pulsione, l'angoscia", organizzato da Il Notes Magico il 10 ottobre 2020.

* Psichiatra e psicoterapeuta

Introduzione

L'attacco di panico compare nella storia di molti pazienti, che descrivono episodi in cui l'angoscia irrompe sulla scena con modalità intense e drammatiche: nel tempo dell'analisi vengono poi alla luce quadri clinici vari e complessi, poiché diverse possono essere le problematiche all'origine. Spesso il paziente che presenta stati acuti di angoscia non ha alcuna idea riguardo a ciò che la determina; in altri casi può essere collegata ad una paura o ad una preoccupazione cosciente, che maschera una motivazione più profonda, meno accettabile, inconsapevole.

Dunque, l'attacco di panico è solo un sintomo, che spesso è conseguente ad un crollo delle difese, e che compare in una varietà di scenari psicopatologici, ai quali possono appartenere pazienti con Sé fragile e caduta degli assetti narcisistici, o con tratti borderline e traumi cumulativi pregressi, o reazioni all'abbandono in soggetti con alta vulnerabilità alle angosce di separazione.

È un evento non raro, che colpisce uomini e donne in varie fasi della vita, anche in adolescenza, ed è caratterizzato dall'insorgenza improvvisa e drammatica di un'angoscia intensa che prende forma nel corpo con una o più manifestazioni neurovegetative, quali tachicardia, senso di soffocamento, vertigini, sudorazione, tremori, sintomi gastroenterici e a volte sintomi di derealizzazione e depersonalizzazione.

In molti casi è accompagnato da paura di perdere il controllo, di impazzire, di morire, di fare gesti insensati: il paziente racconta che ai sintomi neurovegetativi violenti e incoercibili, si accompagna un vissuto catastrofico di morte imminente, a cui egli è indotto a credere dalla drammatica realtà di cui il corpo è testimone.

Ad esempio, nel caso di Anna, la richiesta d'aiuto arriva dopo mesi di accertamenti clinici e visite specialistiche volte ad escludere disturbi organici. La paziente sembra più giovane dei suoi 20 anni, ha un bel viso e gli occhi tristi, è timida e schiva, e parla con un tono di voce che mi ricorda una bambina un po' immusonita. Racconta, di aver avuto il primo attacco di panico un anno prima: aveva da poco concluso la scuola superiore, era ad una festa con il fidanzato e all'improvviso era stata colta da una serie di sintomi che descrive così: "Tutt'a un tratto mi è venuto l'affanno, facevo fatica a respirare, il cuore batteva veloce, sentivo la testa strana, come nella nebbia, ci vedevo male, e mi sembrava che le persone intorno mi comprimessero!". Questa sensazione di vista annerita poi è rimasta, seppur meno intensa, anche dopo gli attacchi, e così la descrive: "Succede spesso, quando sono in presenza di più persone o in luoghi affollati, mi viene un po' di tachicardia e mi sembra che le persone guardino solo me, anche ora vedo male, vedo tutto a piani sfalsati". Non riusciva a dare altri elementi del suo disagio emotivo:

c'era solo il corpo, teatro esclusivo della messa in scena dei sintomi, e non era possibile una narrazione che uscisse dallo schema della cronaca degli eventi e dall'elenco dei sintomi fisici. Sul piano controtransferale percepivo una sorta di impotenza e una sensazione di desertificazione emotiva, come se Anna non volesse esporsi nella relazione, fosse impegnata ad erigere delle barriere difensive e preferisse rifugiarsi in un mondo un po' confuso dove tutto è "a piani sfalsati".

In molti casi si fatica a trovare in questi pazienti una riflessione introspettiva ed una capacità di narrazione di sé, della propria storia, dei propri stati affettivi: è qualcosa che ricorda l'*alessitimia* di Sifneos, un disturbo delle funzioni affettive simboliche, con una difficoltà di sperimentare ed esprimere i vissuti emotivi, caratteristico dei soggetti con disturbi psicosomatici (1976).

Spesso gli attacchi di panico sono ricorrenti, e accade che il ricordo della crisi acuta si stampi nella memoria e si sviluppi una forma secondaria di ansia anticipatoria, con la preoccupazione continua di stare male di nuovo. Inoltre, molti dei pazienti soffrono anche di agorafobia, la paura di essere intrappolati in un luogo o in una situazione dalla quale è difficile allontanarsi, e sviluppano comportamenti di evitamento per cercare di controllare le situazioni temute.

Per Anna gli attacchi si ripetevano in situazioni in cui aveva la sensazione di essere osservata e giudicata: in particolare ciò accadeva con il suo ragazzo, (un giovane sprezzante con tratti narcisistici, svalutante nei suoi confronti), e con la titolare del negozio dove lavorava come parrucchiera, che le rimproverava di non essere abbastanza sorridente e ciarliera con le clienti, che a suo dire necessitavano di essere anche intrattenute, oltre che acconciate.

Riguardo le motivazioni profonde, si può tentare solo qualche ipotesi: dopo pochi mesi, allo scoppio della pandemia con l'inizio del lockdown, ha interrotto la terapia, non ha voluto proseguire con sedute online e non mi ha più contattato. Vi sono alcuni elementi significativi nella sua storia, quali l'ingresso nella vita adulta, il confrontarsi con il mondo del lavoro e l'inizio di una relazione sentimentale importante, che possono avere determinato la rottura del precedente equilibrio e l'insorgere della crisi, sullo sfondo di una vulnerabilità di base forse legata ad una relazione primaria carente (la madre aveva avuto una depressione post partum).

Un contributo delle neuroscienze

Già dagli anni 80 i ricercatori avevano identificato il *locus coeruleus*, centro noradrenergico del tronco encefalico, come il sito biologico dell'ansia²: esso

² È necessaria una precisazione riguardo la terminologia utilizzata in questo articolo: mentre

sembra regolare il livello di ansia dell'organismo attraverso l'attivazione o la disattivazione di neuroni inibitori che hanno come mediatore chimico il GABA (acido gamma-amminobutirrico). È opinione concorde che la disregolazione del sistema GABA del *locus coeruleus* sia alla base del meccanismo patogenetico (ma non eziologico, come vedremo) del panico.

Il neuroscienziato americano Joseph LeDoux (1996) ha studiato le relazioni tra cervello e emozioni primarie, in particolare ansia e paura. Secondo l'autore l'ansia è la conseguenza della capacità umana di immaginare il futuro, il prezzo che l'essere umano paga per la coscienza di se stesso.

Descrivendo i circuiti neuronali deputati a processare le emozioni, egli parla di "percorsi inconsapevoli della paura" e distingue quelli più arcaici, dominati da automatismo e velocità, da quelli evoluti, in grado di elaborare le informazioni che arrivano dalla corteccia cerebrale. Vi sarebbero tre livelli: il "circuitto primitivo", che fa capo all'amigdala, è quello che consente di mettere in atto reazioni automatiche davanti ad un pericolo, quali la lotta e la fuga. Ma è solo con l'attivazione dei circuiti più evoluti, quello "razionale" che coinvolge corteccia prefrontale e sistema limbico, e quello "riflessivo" in cui gli stimoli sono processati dalla corteccia cerebrale, che diventa possibile giungere ad una definizione più precisa e adeguare le reazioni alla situazione di pericolo, cioè discriminare meglio: vi è la consapevolezza di provare paura in base ad un'analisi più definita delle cause.

Poiché secondo questi studi il primo riconoscimento dello stimolo capace di produrre paura o ansia avviene primariamente per vie automatiche e inconsapevoli che sfuggono al controllo razionale, esiste il rischio che il circuito si attivi anche davanti ad un "falso" pericolo, ovvero ad un pericolo "immaginato". È stato ipotizzato che il panico derivi da un'impropria attivazione del circuito primitivo della paura, attraverso meccanismi neurochimici a partenza dall'amigdala, causando un cortocircuito di risposte psicosomatiche. Naturalmente la crisi acuta, così spiegata sul piano del meccanismo patogenetico, necessita di una preparazione, un terreno di base in cui vanno ricercate le cause profonde e qui entrano in gioco le teorie psicoanalitiche: vi sarebbe, secondo molti psicoanalisti contemporanei, un funzionamento mentale peculiare, che fa capo ad una vulnerabilità connessa ad un deficit di strutturazione del Sé.

nella trattazione neuroscientifica gli studiosi che si occupano di indagare i meccanismi patogenetici delle emozioni primitive parlano di *ansia*, invece in psicoanalisi ci si riferisce prevalentemente all'*Angst* di Freud, che viene tradotta in italiano con *angoscia*. C'è da aggiungere che la distinzione terminologica tra ansia e angoscia è presente solo nelle lingue di origine latina, mentre l'inglese *anxiety* e il tedesco *angst* hanno un'unica parola per indicare questo tipo di affetto.

Le teorie psicoanalitiche

L'angoscia è un affetto che fu studiato fin dagli albori della storia della psicoanalisi: già nel 1895 Freud, parlando di nevrosi d'angoscia, descriveva una forma d'ansia acuta accompagnata da sintomi neurovegetativi, definendola nevrosi attuale ("attuale" perché relativa ad una realtà somatica, nel qui ed ora del corpo). In accordo con il modello teorico della libido, egli ne faceva risalire la causa ad un accumulo di tensione interna che produceva un'eccitazione eccessiva con conseguente reazione di scarica attraverso canali neurovegetativi. Queste osservazioni contengono un'intuizione che anticipa alcuni punti fermi delle teorie successive sul panico: questo tipo di angoscia non origina direttamente dalla rimozione di conflitti emotivi inconsci, ma sembrerebbe essere collegato a meccanismi primitivi di funzionamento preverbali e preedipici.

Successivamente Freud modificò la sua teoria: in accordo col modello strutturale dell'apparato psichico che andava elaborando, l'angoscia veniva vista come il risultato di un conflitto psichico tra desideri inconsci provenienti dall'Es e minacce di punizione del Super-io, collegandola in modo più diretto all'Edipo e alla minaccia di castrazione: il sintomo veniva considerato un segnale della presenza di un pericolo nell'inconscio, in risposta al quale l'Io mobilita i meccanismi di difesa per impedire che pensieri, fantasie e sentimenti inaccettabili giungano alla consapevolezza. La rimozione trasforma in angoscia l'affetto legato alla rappresentazione rimossa; essa è quindi un affetto dell'Io, il quale per mezzo della rimozione si distacca da qualunque associazione con gli impulsi dell'Es.

In "Inibizione, sintomo e angoscia" (1925), vi è uno sviluppo ulteriore: Freud, parlando di trauma della perdita dell'oggetto, sposta l'attenzione dall'angoscia di castrazione (a cui continua a conferire un ruolo centrale nello sviluppo psichico) a quella di separazione. Egli mette in relazione l'angoscia, stato affettivo originario collegato all'impotenza del lattante, con le esperienze precoci di separazione e perdita dell'oggetto materno, che avvengono prima del linguaggio e prima delle configurazioni edipiche della mente, anticipando qualcosa che verrà ripreso dalla psicoanalisi successiva.

Melanie Klein (1935) rivolge i suoi studi alla comprensione delle fasi precoci dello sviluppo infantile e il concetto di angoscia è strettamente collegato alla sua teoria del funzionamento mentale. Per l'autrice vi è un'angoscia persecutoria, propria della posizione schizoparanoide, collegata al pericolo dell'annientamento dell'Io, e un'angoscia depressiva derivata dall'ambivalenza e dal timore di aver danneggiato l'oggetto. L'Io esiste già dalla nascita, anche se poco integrato, ed è in grado di mettere in atto difese e di percepire

l'angoscia: sin dall'inizio della vita psichica è possibile una relazione oggettuale.

Successivamente (1946) la Klein teorizza il concetto di “paura di annichilimento”, angoscia primitiva generata dalla percezione da parte dell'Io di una minaccia di annientamento proveniente dall'interno e collegata all'istinto di morte.

Ma indubbiamente una migliore comprensione dei meccanismi alla base del panico si è avuta con il cambio del paradigma teorico passando dal modello istintuale a quello relazionale: nella costruzione del mondo psichico del bambino giocano un ruolo fondamentale non solo le istanze pulsionali ma anche la relazione con la figura di riferimento.

Le osservazioni di Winnicott (1965) sullo sviluppo affettivo infantile concentrano l'attenzione sui processi che promuovono l'integrazione del Sé. La relazione con la madre diventa fondante per lo sviluppo dell'identità: nelle fasi precoci il bambino, bisognoso di accudimento e contenimento, può trovarsi in uno stato di tensione psicofisica, a cui la madre risponderà secondo le proprie capacità di sintonizzarsi con gli stati emotivi del bambino. Secondo l'autore (1958) l'angoscia profonda nell'adulto deriva da una mancata risposta da parte della madre che, in difficoltà per qualche motivo (depressione post-partum, problematiche della personalità o problematiche inconsce connesse alla sua storia evolutiva), non è in grado di fornire un contenimento a questi stati di tensione interna del bambino: viene meno quella funzione materna modulatrice che regola il riconoscimento e rispecchiamento dei segnali emotivi del lattante.

Cosa farà il bambino? Troverà altre modalità immature, connesse allo stato di sviluppo del suo apparato psichico: lascerà silente la propria esperienza emotiva, che non trova possibilità di rispecchiamento e contenimento, e attraverso identificazioni primarie precoci preoggettuali la sostituirà con quella della madre (Bastianini, Moccia, 2003).

Poiché in queste fasi precoci dello sviluppo vi è una scarsa differenziazione Sé-oggetto, il lattante opererà delle identificazioni con le risposte attuate dalla madre di fronte agli stati affettivi del bambino, ed esse saranno importanti in futuro nel determinare le rappresentazioni della relazione Sé-altro.

La relazione con l'oggetto appare un elemento fondante del funzionamento psichico, anche nella formazione dell'Io, non solo del SuperIo: il bambino può sviluppare il suo Sé e costruire le basi del suo senso di identità personale solo se cresce in una “matrice relazionale” che dà significato alle sue esperienze emozionali. Si fa strada un tema che ritroveremo nel pensiero di molti psicoanalisti contemporanei: «(...) L'idea che i processi di identificazione, da cui derivano i modi futuri di organizzare l'esperienza, procedano attraverso una sorta di appropriazione da parte del bambino dell'esperienza intersog-

gettiva, codificata prima a livello presimbolico e poi rimaneggiata con l'avvento delle capacità simboliche e linguistiche è presente in modo diverso in molti autori» (Bastianini, Moccia, 2003, p.95).

Tra gli autori contemporanei, Stern (1998) teorizza il concetto di “conoscenza relazionale implicita”, un processo di conoscenza presimbolico che riguarda le relazioni interpersonali e cioè i modi di “stare con” l'altro, e che diventerà per il soggetto la base fondante dell'intersoggettività. Bollas (1987) parla di “conosciuto non pensato”, un campo della conoscenza che viene sviluppato nella relazione, secondo un compromesso tra disposizione ereditaria e sistema delle cure materne, ma che non è rappresentato nella mente.

Anche Bordini (2002), rifacendosi alla teoria dell'attaccamento di Bowlby, pone l'accento sulla capacità della madre di contenere gli stati affettivi esperiti come intollerabili dal bambino, con il risultato che le angosce primitive possono essere modulate e rese rappresentabili. Egli sottolinea come l'ansia possa assumere connotazioni catastrofiche per quegli individui che, da bambini, non hanno potuto usufruire della funzione *maternal mirroring*.

Attualmente da più parti si ritiene che l'attacco di panico sia un episodio acuto di angoscia, espressione di una complessa sofferenza del Sé. L'angoscia irrompe nel corpo esprimendosi in un linguaggio viscerale, non avendo la possibilità di essere rappresentata psichicamente: l'attacco sarebbe quindi l'espressione del fallimento di quelle funzioni inconscie che modulano gli stati emotivi, che sono necessarie a trasformare i contenuti emotivi per renderli idonei ad essere rappresentati, a far parte della vita psichica. In esso possiamo ritrovare, in forma acuta, una ripetizione dell'originaria incapacità di differenziare e modulare stati mentali da stati fisici, di rappresentarli e renderli sopportabili.

Il panico avrebbe origine quindi da antiche dinamiche inconscie preedipiche: le identificazioni primarie precoci patogene che sono segno di una crisi della simbolizzazione. Il bambino, avendo già sperimentato in precedenza nella relazione primaria che il suo stato emotivo o di tensione psicofisica era stato non accolto, davanti all'emergere di un bisogno, un affetto, opera una scissione escludendo questi stati della vita mentale e lasciando che sia il corpo a presentare gli stati affettivi, non formulabili per lui in una rappresentazione psichica. Scissione e dissociazione agiscono al posto dei processi di simbolizzazione.

Così si determina una vulnerabilità di base, che si attiverà nelle situazioni affini alle esperienze precoci e che rende problematico il riconoscimento delle emozioni. Ed è così che esplode la cascata noradrenergica del panico, espressione della sofferenza del nucleo più profondo del Sé, e forse più autentico: la minaccia di annullamento di questo nucleo profondo del Sé determina nel soggetto l'angoscia di morte imminente.

Non è un caso che spesso il primo attacco compaia in un momento di trasformazione o di passaggio o di assunzione di responsabilità (ingresso nell'età adulta, genitorialità, crisi di mezza età) o come reazione ad un evento di separazione o di perdita.

Il caso di Francesco: il corpo e la mente scissi

Francesco ha 40 anni, fa il consulente finanziario, è sposato da pochi anni ed ha un figlio di 14 mesi. Ha cominciato a soffrire di attacchi di panico circa 20 anni fa, durante la lunga malattia della madre, la quale morì di tumore. Fece all'epoca una cura farmacologica e migliorò.

Circa 8 mesi prima del nostro primo incontro, il sintomo è ricomparso: disteso sul divano in salotto alla sera, si era addormentato per la stanchezza, risvegliatosi dopo qualche ora all'improvviso aveva avvertito i sintomi di un attacco, con tachicardia, dispnea e angoscia di morte. Da allora si era ripetuto varie volte nella stessa circostanza. Indagando, con fatica, su pensieri e sensazioni che aveva al risveglio, riesce a rintracciare dentro di sé un vissuto emozionale che precede l'attacco: quando apre gli occhi si ritrova solo nel buio della casa (la moglie e il figlio dormono già da ore al piano di sopra) e la sensazione che prova è di essere solo al mondo, dimenticato da tutti...

Poco tempo fa, cosa insolita per lui, porta un sogno in seduta: "Il Coronavirus aveva infettato la specie umana e a causa di questo gli uomini erano diventati degli zombies. Rimanevano però alcuni quartieri della città che si erano organizzati per la lotta, macroaree di resistenza dove gli uomini si erano uniti per combattere, e io e la mia famiglia eravamo tra questi. C'era solidarietà e tutti insieme avevamo fatto un fortino per difenderci, ognuno dava il suo apporto. Era bello perché i rapporti tra le persone si erano rinsaldati, non si sentiva il pericolo, mi sentivo forte, facevamo le cose insieme." Lo definisce un sogno piacevole, come una "storia di eroi e avventure". Ricorda di aver fatto sogni simili in un periodo particolare, poche settimane prima che la madre morisse, quando inspiegabilmente gli sembrava essere meno sofferente: "Mi sentivo meglio e avevo ricominciato a dormire e a sognare, dopo mesi in cui passavo le notti insonni a leggere studi scientifici e cercare terapie sperimentali che potessero guarirla."

Associa con il fatto che qualche giorno prima dell'inizio del lockdown aveva fatto l'esperienza di andare al lavoro attraversando la città vuota, "sembrava un mondo desertificato, senza presenza umana, come dopo una catastrofe nucleare". Ma poi era stato costretto a restare a casa ed era stato bene, era contento di passare il tempo con la moglie e il figlio, lui che di solito lavora 10 ore al giorno.

Costruire un fortino contro il nemico: “Ma nella realtà come si fa?” si chiede. Il panico viene da dentro. Negli ultimi tempi gli attacchi sono meno frequenti e meno pervasivi, ma continua a vivere in uno stato di ipervigilanza, spiando ogni accelerazione del battito. Il paziente vive ricercando la quiete, non esprime emozioni (neanche positive), ha pochi slanci vitali, anche verso il figlio: è felice di stare con lui, ma teme per la sua salute e incolumità. Vi è una sfumata ideazione ipocondriaca e uno stato di appiattimento emotivo, che sembra perdurare da tempo. Pochi mesi prima della nascita del bambino, suo padre, malato da molti anni, era morto: gli sembra che non si possa godersi le cose belle della vita, perché poi arriverà un evento negativo.

Nel sogno non c'è angoscia, c'è un mondo ideale in cui i legami sono saldi. L'angoscia di separazione e le emozioni profonde sono scisse e si riversano nel corpo. La sua organizzazione interna è fondata sulla scissione mente-corpo, che mira a difenderlo dall'irruzione di stati emotivi non modulati, potenzialmente catastrofici: i vissuti emotivi emergenti possono costituire una minaccia per il senso di continuità dell'esperienza del sé.

Quando le circostanze della vita, magari coincidenti con momenti particolari connessi al ciclo vitale o con eventi di significato relazionale, (matrimonio, nascita di un figlio, lutto di un genitore) provocano un'attivazione emotiva, agendo su un terreno di vulnerabilità ripropongono un'esperienza (analogica a quella degli stadi precoci della vita psichica) in cui non è possibile una modulazione né un'organizzazione simbolica. Accade allora che, per un fallimento delle difese (nel caso di Francesco difese di tipo ossessivo) che solitamente riuscivano a mettere al riparo il soggetto da stati emotivi intensi, l'angoscia si riversa sul corpo, utilizzando una sorta di linguaggio viscerale, che non può trovare una rappresentazione psichica. Panico e angoscia esprimono il conflitto tra l'assetto organizzativo di pseudoequilibrio raggiunto nel tempo e l'espressione del Sé più profondo, come a proporre una possibilità di scelta tra la ripetizione di modalità difensive arcaiche e la speranza di nuove possibilità di vita.

Di recente il paziente ha portato il ricordo del primo attacco di panico, accaduto 20 anni prima: era un tardo pomeriggio d'inverno, era buio e pioveva, ma aveva dovuto uscire per andare a comprare le medicine per sua madre che stava facendo una cura che sembrava dare risultati. Era stato colto da un'ansia crescente proprio a metà strada tra la farmacia e casa sua, che in breve era sfociata in attacco di panico con tachicardia e dispnea, si era accasciato sul marciapiede convinto che sarebbe morto. Con fatica era arrivato a casa: ricorda che, poco prima di stare male, aveva sentito di poter avere fiducia nella nuova cura della madre, ma si era anche sentito “molto stanco, come oppresso da un peso”. Come osserva Zorzi Meneguzzo (2009), spesso gli attacchi di panico avvengono nel “punto zero”, il punto mediano di un

percorso da un luogo ad un altro, nel mezzo di una transizione da un ruolo ad un altro, da un'identificazione ad un'altra. Scrive l'autrice: «Ipotizzavo un punto-zero: un punto, cioè, in cui la forza di definizione e determinazione del luogo/condizione di provenienza – del passato – si è esaurita, e non si fa ancora sentire la corrispondente forza del luogo di destinazione – del futuro – (essenzialmente il soggetto non si sente in grado di transitarvi)» (Zorzi Meneguzzo, 2017, pp.104-105).

A quel tempo la vita del paziente aveva subito un arresto: nei due anni della malattia della madre aveva interrotto l'università e si era dedicato in modo ossessivo a cercare un centro specializzato che potesse offrire una cura sperimentale efficace che salvasse la madre. Si era caricato in modo onnipotente di una responsabilità di cui tutt'a un tratto scopriva il peso, sostituendosi al padre, affetto da una malattia neurologica cronica.

Oggi come allora, con la nascita del figlio e l'assunzione della responsabilità paterna, a metà del cammino (quarant'anni, la mezza età) stretto tra passato e futuro, Francesco sente la difficoltà di fare il "passaggio", teme di non avere la forza, di venire sopraffatto dall'angoscia, sentendo vacillare il suo senso di identità.

Ad una delle ultime sedute giunge inquieto e spaventato: dopo un periodo di vacanza trascorso serenamente, ha avuto un forte attacco di panico, come sempre al risveglio in tarda serata sul divano. Lui, sempre così controllato, si lascia andare per una volta all'emozione, quasi al pianto: "Com'è possibile che mi succeda questo? Stavo bene, mi sono appisolato, e quando mi sono svegliato mi è sembrato quasi di vedere lì con me la mia famiglia vera... poi sono stato male". Gli chiedo della famiglia vera, lui precisa "Io, mia madre e mio padre, quando eravamo noi tre stavamo bene", gli dico "Anche ora siete in tre, che famiglia siete?". Mi risponde "È un altro filone, mi manca la radice... ecco, mio figlio così fragile e indifeso, mi rivedo io bambino, ma non so se posso farcela ora con lui... Quando ero con i miei genitori ero forte." Aggiunge: "Mi mancano molto". Per la prima volta il paziente esprime chiaramente in seduta il suo vissuto depressivo, senza tentare di rifugiarsi nel *fortino* del funzionamento ossessivo, aprendo forse la strada ad una possibilità di rappresentazione psichica..

La teoria dell'integrazione

De Masi (2004) ha tracciato un modello di comprensione che integra neuroscienze ed esperienza clinica psicoanalitica, secondo il quale egli ritiene che i sintomi somatici dell'attacco di panico abbiano alla base un meccanismo neurobiologico e non siano legati ad un particolare conflitto inconscio,

ma piuttosto ad una “costellazione psicologica” di base in cui la funzione di contenimento dell’angoscia è andata perduta.

Scrive l’autore: «Lo scatenamento dei sintomi, in un continuo rimando dalla psiche al soma e viceversa, è collegato ad un “microdelirio” (limitato nel tempo e nello spazio e legato ad alcuni specifici oggetti, luoghi, pensieri) che origina in condizioni di solitudine e angoscia. A sua volta, la risposta neurovegetativa biologicamente predeterminata, potenzia le costruzioni traumatiche nell’immaginazione attraverso il ruolo determinante dell’angoscia proveniente dal corpo (terrore somatico)» (De Masi, 2004, p.322).

Il modello proposto da De Masi tenta un’integrazione tra teorie psicoanalitiche e meccanismi neuronali proponendo di individuare tre livelli che sono tra loro connessi nel produrre l’attacco di panico:

Il livello inferiore, che è sotto il controllo del sistema limbico, da cui dipende lo scatenarsi delle reazioni somatiche.

Il livello intermedio, quello della memoria traumatica che costruisce i nessi associativi e le tracce mnestiche che entrano in gioco nell’immaginazione catastrofica.

Il terzo livello, connesso alla struttura della personalità, alle esperienze infantili, alle difese psichiche, cioè al modo interno e relazionale del soggetto.

I vari approcci terapeutici, che partono da ipotesi eziopatogenetiche diverse, si differenziano per il livello sul quale esplicano la loro azione: quindi non sono in contrasto tra loro, e non devono essere presi in termini di valore assoluto per ciò che riguarda l’efficacia. Pertanto, la terapia psicofarmacologica, agendo sul livello inferiore cercherà di ridurre l’intensità dei sintomi neurovegetativi e di attenuare lo stato depressivo di base. La psicoterapia ad orientamento cognitivo interviene invece sul livello intermedio cercando di correggere la distorsione percettiva che genera la paura mediante strategie di decondizionamento. Entrambi questi approcci intervengono sul sintomo.

La terapia psicoanalitica, considerando il sintomo panico conseguenza di un disturbo più profondo dell’identità personale, si propone di agire a livello strutturale, con un esame attento delle circostanze dei sintomi e della storia del paziente. All’interno di un percorso analitico si potrà cercare di comprendere le dinamiche interne edipiche e più spesso preedipiche coinvolte.

Sarà opportuno lavorare in seduta sull’attacco di panico (il paziente di solito spende intere sedute a raccontare nei dettagli i sintomi, evitando però di guardare più in profondità), ma invitando il paziente a cercare di descrivere sensazioni e pensieri che l’hanno preceduto e seguito. Così può essere possibile comprendere qual è il ruolo dell’immaginazione catastrofica, come si originano i sintomi, a quali situazioni sono associati, a quale tipo di angoscia ci troviamo di fronte, poiché, come ci ricorda Gabbard (2015) esiste

una gerarchia evolutiva dell'angoscia, che può orientarci nel determinare le motivazioni inconscie della sintomatologia del paziente.

In molti casi la psicoterapia con questi pazienti è un lavoro lungo e caratterizzato da difficoltà, battute d'arresto ed esiti incerti. Si potrà cercare di favorire la condivisione di emozioni e pensieri, al di fuori dei ripetitivi racconti di cronaca un po' sterili, in modo da rendere possibile rappresentare la vicenda traumatica e i vissuti emotivi in una sequenza potenzialmente pensabile e poter rivivere tutto ciò nella relazione terapeutica. Da ciò sarà possibile poi passare, in alcuni casi, ad un lavoro analitico più profondo, in cui poter lavorare sulla continuità e stabilità del senso del Sé, attraverso una maggiore comprensione del proprio passato e l'introyezione di un nuovo oggetto capace di condividere gli stati emotivi e aiutare a rappresentarli.

Si può dire quindi che la teoria psicoanalitica attuale consideri l'attacco di panico il segnale di problematiche strutturali del Sé, in cui le crisi d'angoscia testimoniano una disarmonia tra la ripetizione di modalità difensive arcaiche e la ricerca di un senso di sé vitale. In questo senso tale sintomo, se ascoltato, è un'occasione per la persona di accedere ad un livello emotivo più evoluto, di conquistare un'identità più stabile, di cogliere «la possibilità di udire riverberi, ancora vagamente percepibili, di vissuti ripudiati e ammutoliti» (Zorzi Meneguzzo, 2017)

Bibliografia

- Bollas C. (1987). *L'ombra dell'oggetto*. Roma: Borla, 1989.
- Bastianini T., Moccia G. (2008). L'angoscia: una forma di semiosi affettiva. *Rivista di Psicoanalisi*, 2008,1: 91-109.
- Bordi S. (2002). Prefazione. In: *Il limite dell'esistenza: Un contributo psicoanalitico al problema della caducità della vita*. De Masi F. Torino: Bollati Boringhieri, 2002.
- De Masi F. (2004). The psychodynamic of panic attacks: a useful integration of psychoanalysis and neuroscience. *International Journal of Psychoanalysis*, 2004, 85: 311-336.
- Freud S. (1894). *Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi come nevrosi d'angoscia*. OSF vol.2.
- Freud S. (1925). *Inibizione, sintomo e angoscia*. OSF vol.10
- Gabbard G. (2015). *Psichiatria psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina, 2015.
- Klein M. (1935). Contributo alla psicogenesi degli stati maniaco-depressivi. In: *Scritti: 1921-1958*. Torino: Bollati Boringhieri, 2006.

Gli Argonauti

- Klein M. (1946). Note su alcuni meccanismi schizoidi. In: *Scritti: 1921-1958*. Torino: Bollati Boringhieri, 2006.
- LeDoux J. (1996). Il cervello emotivo. Alle origini delle emozioni. Milano: Baldini e Castoldi, 1998.
- Sifneos P.E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1973, 22: 255-262.
- Stern D. (1998). *Le interazioni madre-bambino*. Milano: Raffaello Cortina, 1998.
- Winnicott D.W. (1958). *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze: Martinelli, 1975.
- Winnicott D.W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando, 1970.
- Zorzi Meneguzzo L. (2009). Un'attrazione infernale. In: *Quaderni de Gli Argonauti*, IX, 17: 43-52.
- Zorzi Meneguzzo L. (2017). Volontà di potere-paura della morte e volontà di guerra. Connessioni con il Disturbo da Attacchi di Panico. In: *Quaderni de Gli Argonauti*, XVII, 33: 101-122.