

ATTACCHI DI PANICO: UN'OPPORTUNITÀ PER COMPNDERE SE STESSI

I. *UNA LETTURA PSICOSOMATICA*

Gli attacchi di panico, come è risaputo, sono episodi di improvvisa ed intensa paura, tipicamente accompagnati da sintomi somatici quali tachicardia, sudorazione, tremore, sensazione di soffocamento, nausea, vertigini e paura di morire.

Considerato che chi ha sperimentato l'attacco di panico lo descrive come un'esperienza terrificante, è comprensibile la preoccupazione che in genere inizia ad attanagliare la persona dopo il primo attacco: la paura della paura! Si tratta di un circolo vizioso in cui la paura stessa di avere un altro attacco determina un incremento di ansia alla quale l'individuo risponde con condotte di "evitamento", cioè finalizzate ad evitare tutte quelle situazioni dalle quali, secondo il soggetto, sarebbe difficile uscire (in caso di attacco) o dove potrebbe essere difficile trovare aiuto.

Una lettura in chiave psicosomatica consente, solitamente, di poter innanzitutto rassicurare il paziente: l'attacco di panico, se affrontato in modo adeguato, rappresenta un'occasione sia per comprendere meglio sé stessi, sia per modificare atteggiamenti o comportamenti disfunzionali. Va precisato che l'attacco di panico è incompatibile con la morte (che invece il soggetto si figura) essendo, essenzialmente, una "scarica di vitalità emotiva al servizio della sopravvivenza" (aumento della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca, ecc..). Tale scarica viene soggettivamente percepita come pericolosa solo per il fatto che proviene da una parte di sé "sconosciuta" e non controllabile. È qui che può intervenire lo psicoterapeuta aiutando il paziente a porsi quelle domande che egli ha lasciato "inevase" ed affiancandolo mentre cerca risposte nuove al suo essere nel mondo, in relazione con sé stesso e con gli altri.

Il terapeuta può quindi aiutare il paziente a simbolizzare ciò che il suo corpo ha già espresso in modo drammatico, confuso e doloroso attraverso il sintomo: lo aiuta cioè a "mettersi nuovamente all'ascolto del proprio Sé".

dott. Emanuele Oscar Crestani

II. IL CASO DI L.C.

L.C. contatta il CIMP dopo aver consultato su internet il sito dello studio e già al telefono mi descrive il disturbo che da tempo lo affligge.

Al primo appuntamento gli chiedo di parlarmi approfonditamente del suo problema: riferisce di non riuscire più a guidare l'auto da solo, soprattutto se si presenta la necessità di percorrere lunghe distanze; soffre frequentemente di impotenza ed inoltre di un disturbo del sonno caratterizzato da risvegli improvvisi, in seguito a veri e propri incubi in cui sogna di essere ucciso.

L.C. è un giovane uomo, di bell'aspetto e vestito in modo curato; immediatamente, già dallo sguardo e dall'espressione del viso, traspare, inconfondibile, la sua sofferenza.

Sono oramai diverse settimane, se non mesi, che non frequenta più gli amici in quanto impedito da numerosi attacchi d'ansia e/o attacchi di panico; riporta inoltre disturbi digestivi associati alla fastidiosa sensazione di "eccessiva aria nello stomaco" dopo cene ed aperitivi. Palesa, in particolare, disturbi connessi all'ansia anticipatoria degli attacchi di panico.

Effettivamente la paura che l'attacco di panico si presenti può generare un forte stato ansioso nelle persone, talvolta condizionandone la qualità della vita: accade infatti che alcuni individui non riescano nemmeno più a svolgere comuni impegni quotidiani (lavoro, brevi viaggi, sport, ecc..).

Dopo un'attenta valutazione clinica, decido di procedere nel seguente modo: propongo al paziente un ciclo di sedute, di cui da tre a cinque di ipnosi, in base alla risposta individuale al trattamento.

Gli suggerisco di non sforzarsi di guidare l'automobile per lunghi tragitti, come fosse una "terapia d'urto", in quanto ciò potrebbe essere contro-produttivo, aumentando il livello di malessere.

Ad una settimana di distanza L.C. si presenta puntuale all'appuntamento. Gli chiedo come si senta ed egli risponde che già il fatto di aver iniziato una terapia lo rassicura moderatamente, facendolo stare meglio.

Lo invito ad accomodarsi sulla chaise longue, a trovare una posizione comoda, predispongo la musica di sottofondo e gli domando se gli piaccia il mare. Mi risponde affermativamente ed aggiunge che l'estate precedente, a causa dei suddetti problemi, che in generale lo limitano nell'uso di tutti i mezzi di trasporto, aveva dovuto rinunciare ad una vacanza in un luogo esotico.

Inizia la seduta di ipnosi. Applico la tecnica del rilassamento progressivo al fine di condurre il paziente a raggiungere un buon livello di trance. Con numerosi pazienti, nella mia esperienza, ciò non necessariamente avviene fin dal primo incontro, in quanto i meccanismi di difesa creati inconsapevolmente possono essere molto rigidi. Solitamente durante la seconda-terza seduta la tensione si riduce notevolmente ed il livello di "rilassamento" raggiunto è ottimale ai fini di un efficace trattamento ipnotico.

L.C. è però molto suggestionabile: si rilassa adeguatamente già durante la prima seduta in esame. Eseguo la prova del sollevamento del braccio per valutarne lo stato di "abbandono" e non avverto il minimo intervento volontario da parte sua, la mandibola scende per effetto del rilassamento e la bocca si socchiude; inoltre piccoli tremori, di tanto in tanto, interessano parti del suo corpo: il paziente entra una trance molto profonda.

Propongo quindi un percorso immaginativo: gli suggerisco di immaginarsi su di una spiaggia esotica, di guardarsi intorno ed osservare l'ambiente circostante soffermandosi sui colori, sugli odori, sulle percezioni tattili. In particolar modo lo invito a concentrarsi sulla respirazione; sull'inspirazione di aria fresca e pulita, che ha un effetto "curativo" e l'espiazione di aria calda, ricca di tensione e di "tutto ciò che va eliminato". Per migliorare, e facilitare, la suggestione lo invito a visualizzare l'aria fresca di colore bianco e l'aria calda di colore grigio.

Lo invito a vivere liberamente nell'ambiente immaginario, facendo ciò che desidera (ad esempio prendere il sole, nuotare, ecc...).

Per finire, dopo una "piacevole giornata", faccio immaginare al paziente di fare rientro in auto, con lui medesimo alla guida. Cerco di adottare alcuni accorgimenti, come il rientro in compagnia, affinché il Sig. L.C. possa fare esperienza senza eccessiva tensione riguardo la riuscita del compito, dopodiché inizio a contare da uno a dieci per far emergere il paziente dallo stato di trance.

Appena uscito dalla stato ipnoide, gli pongo alcune domande di approfondimento: gli chiedo cioè se è riuscito ad immaginarsi su quella spiaggia, se ha creato uno scenario povero o ricco di stimoli e, soprattutto, se è riuscito ad immaginarsi alla guida del veicolo ed, in caso positivo, con quale livello di ansia.

Il paziente mi racconta che si trovava sulla sabbia, che si sentiva bene, che fra le cose che poteva fare, in base ai miei suggerimenti, immaginava di fare il bagno, di tuffarsi nell'acqua cristallina, di nuotare, di essere in compagnia di amici. L.C. pare scegliere una situazione dinamica, ludica e spensierata. Il rientro alla guida va bene ma egli non riesce ad immaginarsi di guidare lungo tratti autostradali o viadotti: si concede di riuscire in qualcosa per lui ostico negli ultimi tempi, ma si preserva dal "fallimento", evitando il frangente che più lo terrorizza, ovvero guidare in autostrada.

Sembra già un ottimo risultato, intanto ribadisco al paziente di non sforzarsi di guidare in solitudine o lungo una super-strada perché potrebbe essere ancora presto e ciò potrebbe funzionare, in caso di insuccesso, come rinforzo negativo della difficoltà presente. Lui mi comunica che, effettivamente, è proprio ciò che era accaduto, in quanto recentemente aveva tentato così di superare la sua problematica con scarsi risultati, spinto anche dal padre che spesso si offriva di lasciare a lui la guida del veicolo durante i trasferimenti. La forzatura non ha fatto che aumentare l'ansia "da prestazione" ed "anticipatoria" della crisi di panico.

Fissiamo un appuntamento per la settimana seguente.

Durante il secondo incontro, prima di passare alla seduta di ipnosi, interrogo il paziente sulla settimana appena trascorsa: egli riporta di stare un po' meglio, di essere generalmente più sereno e di essersi trovato solamente in due momenti di maggior sofferenza che, con fatica, è comunque riuscito a gestire. Ancora non guida in autostrada ma i tragitti su strade statali (anche da solo) sono percorsi più serenamente.

Il corso della psicoterapia verte, parallelamente, sulla riduzione del sintomo e sul rafforzamento dell'Io; L.C. sembra ora effettivamente più sereno e più sicuro di sé, sebbene permangano delle difficoltà: il suo racconto conferma l'impressione che ho avuto appena è entrato nuovamente nello studio quando, cogliendo il linguaggio non-verbale, ho notato un'espressione del volto maggiormente distesa, sorridente ed una postura più rilassata.

Anche questa volta si inizia con rilassamento progressivo ed alcune prove atte a verificare lo stato di trance dopodiché si avvia il percorso immaginativo. Il paziente, come nella seduta precedente, sembra essere molto coinvolto ed entra, pertanto, in una profonda trance ipnotica.

L.C. è libero di scegliere “il luogo dove andare, le persone con cui trascorrere il tempo e le attività da svolgere”.

Al termine del percorso elicito l’immaginazione del rientro a casa in auto; è sempre lui alla guida in compagnia dei conoscenti che ad uno, ad uno, accompagna a casa; perciò, per finire, si ritrova solo alla guida in direzione della propria abitazione.

Al “risveglio” racconta che ha immaginato di essere stato con amici e di aver passato una serata in discoteca, cosa che ormai non faceva più da molto tempo a causa del disturbo che lo condiziona.

Ancora una volta quindi L. vive un’esperienza di divertimento, svago e libertà.

Alla terza seduta egli si presenta come previsto; decido di applicare l’ipnosi regressiva poiché penso possa essere utile indagare contenuti rimossi, antichi o tematiche soggettive che possano fare luce sulla genesi del disturbo; così facendo viene, contemporaneamente, accontentata anche la curiosità del paziente (il quale fin da subito aveva espresso interesse per tale particolare tecnica).

Conduco il paziente alla trance, poi lo induco, attraverso un percorso specifico, a tornare indietro nel tempo e recuperare un ricordo; non lo influenzo sulla qualità del ricordo, ovvero volutamente ne faccio riferimento in modo generale.

Al risveglio dice di aver ricordato quando bambino sua madre, per farlo stare bravo, lo minacciava di “metterlo su un autobus che lo avrebbe portato in collegio”. Lui ne era realmente terrorizzato ed il rimprovero otteneva il beneficio desiderato.

Ricapitolando, L.C. aveva seri problemi a viaggiare, problemi legati alla potenza sessuale con la fidanzata e problemi del sonno caratterizzati da frequenti incubi in cui sognava di venire ucciso.

Approfondendo in successive sedute di psicoterapia, dall’insieme degli elementi raccolti, emerge un quadro clinico in cui l’angoscia “abbandonica”, causata dalla “minaccia materna”, lo condiziona per il resto degli anni, venendosi a definire un rapporto madre-figlio improntato all’ambivalenza (ad esempio, quando L. è per strada ed incomincia a sentirsi male, chiama la madre col telefono cellulare e cerca il suo supporto: da un punto di vista psico-dinamico chiede conferma del non-abbandono). Il disturbo di carattere sessuale è funzionale al mantenimento dell’equilibrio creatosi: se il rapporto sentimentale andasse nel modo corretto, ed evolvesse quindi in una convivenza od in un matrimonio, rappresenterebbe una minaccia al rapporto con la madre, quindi una realizzazione del temuto abbandono.

Il paziente si sente progressivamente meglio ed all’ultima seduta, dopo circa due mesi di terapia, il quadro è il seguente: guida da solo, anche in autostrada, ha superato i problemi nell’intimità di coppia ed il sonno è più sereno, in assenza di sogni angoscienti.

dott. Michele Gentile