

ARTICOLO DI OPINIONE

Il ruolo della rabbia nel disturbo di panico: una lettura secondo la psicoterapia della Gestalt-fenomenologica

Alexander Lommatzsch¹, Daniela Cirasino¹, Mariangela De Fabrizio¹, Stefano Orlando¹, Caterina Terzi¹, Mirko Antoncicchi¹

¹ IGP – Istituto Gestalt di Puglia



Citation

Lommatzsch A., Cirasino D., De Fabrizio M., Orlando S., Terz C., Antoncicchi M. (2023). Il ruolo della rabbia nel disturbo di panico: una lettura secondo la psicoterapia della Gestalt-fenomenologica Phenomena Journal, 6, 6-11. <https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.195>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Alexander Lommatzsch
igp1@me.com

Ricevuto: 19 ottobre 2023

Accettato: 29 febbraio 2024

Publicato: 1 marzo 2024

ABSTRACT

Panic disorder is currently one of the most widespread anxiety disorders in Western countries. The most recent scientific overview describes panic attack as a phenomenon mainly related to intense and uncontrolled fear. The authors, Gestalt psychologists and psychotherapists, have observed in their own psychotherapeutic settings some recurring tendencies in people who report panic attack symptoms. Their narratives often present a failure to assume clear and defined positions within one's emotional, relational and professional life. In addition to being a manifestation of anxiety and fear, authors hypothesize that in panic disorder there is existential and relational distress connected to inadequate anger management. The frequently reported experience concerns the inability to refuse to do something you don't want and the consequent sense of frustration and anxiety. According to a Gestalt psychotherapy view, a person experiences anger when he or she does not get what he or she wants, or when he or she is in a territorial conflict. Hence arise the different acts related to the manifestation of anger itself. The present article is intended to foster a discussion of the role that the emotion anger plays in the genesis and maintenance of panic attacks.

KEYWORDS

Psychotherapy, gestalt, panic attack, anger, existential-phenomenological approach, contact, territoriality.

ABSTRACT IN ITALIANO

Attualmente il disturbo di panico è uno dei disturbi d'ansia più diffusi nei Paesi occidentali. Il più recente panorama scientifico descrive l'attacco di panico come un fenomeno principalmente connesso ad una paura intensa e incontrollata. Gli autori, psicologi e psicoterapeuti della Gestalt, hanno osservato nei propri setting psicoterapeutici alcune tendenze ricorrenti nelle persone che riferiscono sintomi di attacco di panico. Nelle narrazioni di queste ultime spesso si presenta una mancata assunzione di posizioni chiare e definite all'interno della propria vita affettiva, relazionale e professionale. Oltre che una manifestazione dell'ansia e della paura, gli autori ipotizzano che nel disturbo di panico sia presente un disagio esistenziale e relazionale connesso ad un' inadeguata gestione della rabbia. Il vissuto frequentemente riferito riguarda l'incapacità di opporre un rifiuto a fare qualcosa che non si desidera e il conseguente senso di frustrazione e ansia. Secondo una visione della psicoterapia della Gestalt una persona prova rabbia quando non ottiene ciò che vuole, oppure quando si trova in un conflitto territoriale. Da qui derivano i diversi agiti relativi alla manifestazione della rabbia stessa. Il presente articolo intende favorire una discussione sul ruolo che l'emozione rabbia ha nella genesi e nel mantenimento degli attacchi di panico.

PAROLE CHIAVE

Psicoterapia, gestalt, attacco di panico, rabbia, approccio fenomenologico-esistenziale, contatto; territorialità.



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

1. Introduzione

Negli ultimi decenni è aumentato il numero delle persone che si rivolge a psicoterapeuti di diverso orientamento per trovare un rimedio ai propri disturbi d'ansia, tra i quali figura l'attacco di panico. La psicoterapia ad orientamento gestaltico spesso offre il proprio intervento a pazienti che soffrono di disturbi di panico. La principale e più evidente manifestazione di sintomi fisici marcati spinge spesso la persona che ne soffre a percepirsi come *malata* in senso medico-organico [23]. Da qui la ricerca di una cura vicina a parametri medico/scientifici propri delle scienze naturali [1]. In quest'ottica il principale intervento interessa il sintomo più evidente, ossia l'ansia e la paura. Il paziente chiede esclusivamente un intervento tecnico/curante, un trattamento che possa alleviare o eliminare l'ansia e la paura percepite come estranee alla propria esperienza di vita. Ciò potrebbe porre il rischio di esclusione di tutti quei fattori relazionali e ambientali che contribuiscono alla formazione e al mantenimento dell'attacco di panico [2].

Operando in setting di psicoterapia della Gestalt, gli autori hanno osservato che nella maggior parte degli attacchi di panico si presenta un sintomo basato sulla paura associato ad un marcato senso di frustrazione. La persona, ansiosa e impaurita, ha rinunciato ad assumersi la responsabilità delle proprie scelte. Si mostra incapace di rifiutare ed ha difficoltà nella gestione della territorialità. Da qui l'ipotesi che un lavoro sull'emozione complessa della rabbia presente nell'attacco di panico, potrebbe offrire nuove prospettive di intervento psicoterapeutico che in letteratura non sono ancora state illustrate [2].

2. La prospettiva delle terapie umanistiche: confronto tra approcci diversi

Negli ultimi anni è aumentato il numero di persone che si rivolgono allo psicoterapeuta per cercare di risolvere il problema degli attacchi di panico. Partire dal modo in cui il DSM 5-TR [4] descrive l'attacco di panico è utile a mettere in evidenza la prospettiva della psicoterapia della Gestalt [3].

Il DSM 5-TR spiega l'attacco di panico come un insieme di sintomi fisici, psicologici e comportamentali che impattano sulla qualità della vita. Differentemente, la Psicoterapia Gestalt-fenomenologica vede nel sintomo la miglior forma di adattamento che la persona è in grado di attuare in una situazione di disagio esistenziale [13]. Questa prospettiva ribalta radicalmente l'approccio al sintomo: esso non è qualcosa da eliminare, ma qualcosa da comprendere. Inoltre, nella descrizione dei sintomi medicalmente visibili, non compare alcun riferimento al senso di frustrazione e inadeguatezza che la persona vive quando soffre di attacchi di panico.

Fino ad oggi la letteratura scientifica ha considerato il trattamento secondo un approccio cognitivo-comportamentale quello di prima scelta per la cura dell'attacco di panico e del disturbo connesso [7]. Quest'approccio pone particolare focus sull'intervento teso a rimodulare l'emozione della paura e l'ansia [7, 8]. Non compaiono particolari evidenze che prendano in considerazione anche il senso di frustrazione e la rabbia connesse al senso di incapacità che la persona prova in determinate situa-

zioni.

Nel panorama della letteratura scientifica, sebbene numericamente più scarse, alcune meta-analisi hanno confermato che le terapie ad indirizzo umanistico portano risultati efficaci nel trattamento degli attacchi di panico al pari di altri indirizzi [7,8,9]. La Terapia della Gestalt (GT) incoraggia e sostiene attivamente i clienti ad affrontare paure ed ansie per esplorare gli schemi emotivi indesiderati. Utilizza anche il gioco di ruolo per aiutare i clienti a soddisfare le proprie esigenze, migliorando i meccanismi di gestione dello stress e le abilità di vita. Confrontando le emozioni indesiderate e temute, si favoriscono esperienze trasformative. I clienti imparano con la GT che sono in grado di affrontare e superare le situazioni temute, superando così le risposte di evitamento. La GT integra elementi attivi quali la prevenzione dell'evitamento e l'acquisizione di competenze presenti anche in altri approcci come la Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) [10]. Simili evidenze sull'efficacia dei vari approcci, tuttavia, non spiegano il vissuto di rabbia all'interno dell'attacco di panico.

3. La rabbia nell'attacco di panico

Secondo alcuni autori [15], gli istinti che costituiscono le cinque famiglie di base delle emozioni sono cinque: Territorio, Fuga, Fame, Sessualità e Riposo [15]. Se ad un individuo viene negata la possibilità di definire il proprio territorio, la negazione della pretesa territoriale produce l'emozione rabbia. In relazione alla personalità, la rabbia può essere espressa, agita, oppure repressa, dunque retroflessa. "Quando una persona retroflette il proprio comportamento, vuol dire che fa a se stessa ciò che originariamente fece o ha cercato di fare ad altre persone o ad altri oggetti [...] perché ha incontrato quello che allora costituiva per lui un'opposizione insuperabile. L'ambiente – per la maggior parte altre persone - si è mostrato ostile riguardo ai suoi tentativi volti al soddisfacimento dei propri bisogni, l'ha frustrata e punita. [...] In alcune situazioni trattenersi è necessario, può perfino salvare la vita" [2, p. 86]. Tuttavia, la retroflessione e la rabbia repressa possono attivare le emozioni della famiglia *Fuga*, cioè ansia, paura, panico ecc. Caratteristica della retroflessione è la sensazione di impotenza. La persona si sente incapace e in gabbia e la sensazione di trovarsi in pericolo mette in evidenza la paura. La sola fantasia di poter essere di nuovo incapace o impotente è una fantasia catastrofica sufficientemente grande per innescare la paura, ma anche la rabbia che però non si esprime. La persona ha paura di avere paura, dunque fugge all'interno della paura stessa manifestando un attacco di panico e mettendo in figura questa emozione nel proprio sistema ambientale.

A tale proposito, la Teoria dei Sistemi [11] dice che un *sistema* è un complesso di parti dotate di determinate connotazioni, che istituiscono tra loro relazioni tali che il comportamento di ciascuna parte risulta contraddistinto dal legame in cui è coinvolto e viceversa. Tutte insieme le parti conferiscono al sistema proprietà, che non sono la semplice derivazione della somma delle note distintive delle parti, ma un risultato del tutto originale [11]. A questo punto, ci domandiamo se la scelta di manifestare l'attacco di panico sia tesa a mantenere relazioni sociali significative al prezzo della

mancata espressione di rabbia. È possibile che l'attacco di panico in qualche modo sia un comportamento accettabile socialmente all'interno del proprio sistema relazionale più di quanto possa esserlo l'espressione della rabbia?

Secondo Lewin [12] diversi fattori influenzano e regolano il comportamento umano. Tali fattori sono interdipendenti e riguardano primariamente la personalità e l'ambiente di appartenenza dell'individuo (campo organismo-ambiente). Di conseguenza, per comprendere il comportamento, è necessario guardare all'individuo e al suo ambiente come un campo unico dove interagiscono tutti gli elementi presenti, vicini e lontani [12]. In base alle premesse teoriche, l'attacco di panico potrebbe configurarsi come una manifestazione di secondo livello che ipotizziamo riconducibile alla rabbia inespressa. Per tale ragione gli autori si domandano se l'attacco di panico sia correlato non solo all'emozione di paura ma anche alla rabbia inespressa. Al contempo, ci si domanda se non si possa lavorare sull'emersione della rabbia ottenendo degli effetti diretti anche sugli attacchi di panico.

4. Osservazioni

Gli autori hanno osservato che nelle relazioni affettive e professionali il paziente con attacchi di panico spesso non assume posizioni chiare e definite. Preferisce dire “sì” piuttosto che dire “no”, anche se non è convinto della scelta. Sappiamo che per il filosofo Jean Paul Sartre le emozioni sono delle scelte [19]. La paura è una fuga dalla libertà, mentre la rabbia una rivolta contro l'oppressore [19]. compiere una scelta, significa anche assumersi una responsabilità rispetto quanto non si sceglie. Secondo Fritz Pearls [20] la responsabilità è letteralmente l'abilità di rispondere (respons-ability), la capacità di scegliere consapevolmente le proprie reazioni. Nella persona con attacco di panico, sembra che la questione della scelta riguardi spesso qualcosa che sceglie di fare ma che in realtà non vorrebbe fare [14]. La persona tende ad adeguarsi, è insicura, presenta una bassa autostima, non crede nelle proprie competenze e non esprime opinioni per paura di essere giudicata e ridicolizzata. La sua vita si muove sul piano della sottomissione, si sente spesso impotente e insoddisfatta e tende ad essere pessimista. La presenza della frustrazione e oppressione esistenziale/relazionale ipotizziamo produca una rabbia territoriale latente che però rimane inespressa e repressa.

Nel momento in cui la persona si trova in una situazione in cui si sente costretta a fare una cosa che non vuole fare, non sapendo come svincolarsi, interviene l'ansia che può aumentare al punto da far emergere sintomi di panico. A questo punto la persona è “malata”. Non deve più fare ciò che gli veniva richiesto in quanto è il malesere stesso a limitare indirettamente l'azione. Avere una diagnosi che certifichi un disturbo d'ansia può rivelarsi un grande vantaggio in tutte le situazioni in cui alla persona viene chiesto di fare una cosa che inconsapevolmente rifiuta di fare [21]. Ora la persona è impedita a svolgere determinate azioni da un disturbo fisico e perlopiù ha bisogno di un aiuto in termini di accompagnamento (ad es. non può più guidare l'automobile a causa dei possibili attacchi di panico) [16]. Ella è effettivamente

debilitata e non è raro che “goda” di una certa soddisfazione nella propria impossibilità ad agire. In questo senso la mente-corpo riapre una sorta di dualismo cartesiano negando la possibilità di integrare parti di sé alienate e di vivere l’unità. Il conflitto emotivo si sposta sul corpo percepito come malato ed estraneo. La persona inizia a parlare e a mostrare la propria malattia come se non le appartenesse [23]. Interpretando, immaginiamo come se la rabbia repressa trovasse sfogo in un velato sentimento di vendetta nei confronti delle persone che prima la *costringevano* a fare scelte non volute. D’ora in poi per la persona il problema si è spostato dalla incapacità di dire “no” alla paura che ritorni l’attacco di panico. È entrata in una circolarità che si autoalimenta, mentre il problema alla base rimane totalmente invisibile [22].

La richiesta di aiuto del paziente con attacco di panico conseguentemente è una richiesta di cura, di un trattamento anti-panico. Nel momento in cui al paziente viene offerto un intervento psicoterapeutico in cui egli stesso diventa protagonista della sua cura e non oggetto di trattamento, si apre la possibilità di una psicoterapia sostenibile nel tempo che rafforzi la responsabilità e assegni il successo al paziente e non al trattamento [15]. Questa psicoterapia ha conseguenze sulla condotta quotidiana del paziente in termini di ridefinizioni di relazioni affettive e professionali. Oltre che sulla persona, essa agisce sul sistema di riferimento relazionale [11].

5. Conclusioni

Sulla scorta dell’idea che nell’atmosfera dell’attacco di panico intervenga anche l’emozione di rabbia, ci domandiamo se sia possibile immaginare un modello di terapia gestaltica che faccia leva su aspetti quali: la libertà di scelta, la responsabilità e l’espressione della propria territorialità. Lavorando sull’assunzione di responsabilità delle proprie scelte il paziente scopre l’efficacia della definizione dei confini tra sé stesso e gli altri, conquistando sempre di più la capacità di opporre un rifiuto a richieste dell’ambiente, superando la paura del giudizio [18]. L’assunzione di responsabilità potrebbe rafforzare la fiducia in se stesso e aumentare la capacità di sostenere posizioni proprie. L’emozione di rabbia potrebbe dunque emergere in maniera espressiva e comunicativa anziché essere agita o rimanere inespressa.

BIBLIOGRAFIA

1. Galimberti, U. (2006). *Psichiatria e fenomenologia*, Feltrinelli: Milano,
2. Lukaschek K, Haas C, Wannemüller A, Brettschneider C, Dreischulte T, Margraf J, Gensichen J; PARADIES study group. CBT-Intervention for panic disorder in primary care: 5 years follow-up of a cRCT during the Covid-19 pandemic. *PLoS One*. 2023 Jun 30;18(6):e0287718. doi: 10.1371/journal.pone.0287718. PMID: 37390059; PMCID: PMC10313059.
3. Perls, F, Hefferline R.F., Goodman P. (1995). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt. Vitalità e accrescimento nella personalità umana*, Astrolabio: Roma, 1997
4. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, DSM-5. Arlington, VA
5. Bhattacharya S, Goicoechea C, Heshmati S, Carpenter JK, Hofmann SG. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Meta-Analysis of Recent Literature. *Curr Psychiatry Rep*. 2023 Jan;25(1):19-30. doi: 10.1007/s11920-022-01402-8. Epub 2022 Dec 19. PMID: 36534317; PMCID: PMC9834105.
6. Nadine Recker Rayburn, Michael W Otto, Cognitive-behavioral therapy for panic disorder: a review of treatment elements, strategies, and outcomes, *CNS Spectrum Journal*, 2003 May; 8(5):356-62. doi: 10.1017/s1092852900018617
7. Herrera, P., Mstibovskyi, I., Roubal, J., & Brownell, P. (2019). Researching Gestalt Therapy for Anxiety in Practice Based Settings. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 9(2), 53b–67b. <https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-2-53b>
8. Elliott, R., Watson, J., Greenberg, L.S., Timulak, L., & Freire, E. (2013). *Research on humanistic-experiential psychotherapies*. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.) (pp. 495-538). New York: Wiley. ©Wiley.
9. Elliott, R. (2002). The effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis. In D. J. Cain (Ed.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 57–81). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10439-002>
10. Raffagnino, R. (2019). Gestalt Therapy Effectiveness: A Systematic Review of Empirical Evidence. *Open Journal of Social Sciences*, 7, 66-83. doi: 10.4236/jss.2019.76005.
11. Bertalanffy von, L. (1971) *Teoria generale dei sistemi*, Mondadori: Milano
12. Lewin, K., *A Dynamic Theory of Personality: Selected Papers* (1935). *Teoria dinamica della personalità*, Trad. It. Giunti: Firenze 1965
13. Quattrini, G. P. Esistenzialismo e verità narrativa, *INformazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria*, n° 41-42, pg. 24-29, 2000-2001
14. Quattrini, G. P. Realtà oggettiva e realtà relazionale in PTG: il problema della trascendenza in *Formazione IN Psicoterapia Counselling Fenomenologia*, n.24, 2014
15. Ravenna, A. R. L'ottica costruttivista come matrice nell'incontro psicoterapeutico, *Formazione in Psicoterapia Counselling Fenomenologia*, n.5, 2005
16. Lommatzsch, A. Processi emotivi e cognitivi nella relazione di aiuto, *Cos'è che cura – Monografico, Supplemento al n° 22 della rivista Nuove Arti Terapie*, Roma, 2014
17. Lommatzsch, A., *La Psicoterapia: Il piacere di una conquista - IN-Formazione, Psicoterapia, Counselling, Fenomenologia*, Vol.14, Roma 2009
18. Lommatzsch, A., *L'apprendimento: Il piacere di una conquista - IN-Formazione, Psicoterapia, Counselling, Fenomenologia*, Vol.16, Roma 2010
19. Sartre J. P. (1936), *L'immaginazione. Idee per una teoria delle emozioni*, Torino: Bompiani, 2004
20. Perls, F. *L'approccio della Gestalt. Testimone oculare della terapia* (1973), Trad. It. Astrolabio: Roma 1977
21. Freud S. (1901), *Frammento di un'analisi d'isteria*, trad. it. Torino: Bollati Boringhieri 2010, nota 495 del 1923
22. Nietzsche F. W. (1883), *Così parlò Zarathustra*. Un libro per tutti e per nessuno., trad. it. Mazzino Montinari Piccola Biblioteca Adelphi, 1976, 42ª edizione
23. Schnake A., *I dialoghi del corpo: un approccio olistico alla salute e alla malattia*, trad. it. Torino: Borla, 1998