

IPOTESI E METODI DI STUDIO

# Un approccio fenomenologico esistenziale e della psicoterapia della Gestalt al lavoro con pazienti che soffrono di attacchi di panico

Mirko Antoncicchi<sup>1</sup>, Paola Chiantera<sup>1</sup>, Damiano Conte<sup>1</sup>, Maurizio Daggiano<sup>1</sup>, Mariangela De Fabrizio<sup>1</sup>, Elisa Anna De Giorgi<sup>1</sup>, Elide del Piano<sup>1</sup>, Amalia Giordano<sup>1</sup>, Franco Mongiò<sup>1</sup>, Chiara Musio<sup>1</sup>, Milena Perulli<sup>1</sup>, Silvia Sammarco<sup>1</sup>, Renata Zuma<sup>1</sup>, Caterina Terzi<sup>1</sup>, Alexander Lommatzsch<sup>1</sup>

<sup>1</sup> IGP - Istituto Gestalt di Puglia



## Citation

Antoncicchi M., Chiantera P., Conte D., Daggiano M., De Fabrizio M., De Giorgi E. A., del Piano E., Giordano A., Mongiò F., Musio C., Perulli M., Sammarco S., Zuma R., Terzi C., Lommatzsch A. (2020). Un approccio fenomenologico esistenziale e della psicoterapia della Gestalt al lavoro con pazienti che soffrono di attacchi di panico Phenomena Journal, 2, 25-38. <https://doi.org/10.32069/pj.2020.2.54>

## Direttore scientifico

Raffaele Sperandio

## Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

## Journal manager

Enrico Moretto

## Contatta l'autore

Mirko Antoncicchi  
[mirkoantoncicchi@me.com](mailto:mirkoantoncicchi@me.com)

**Ricevuto:** 15 luglio 2019

**Accettato:** 04 settembre 2020

**Publicato:** 05 settembre 2020

## ABSTRACT

The authors propose a phenomenological/existential approach in psychotherapeutic intervention on panic attacks. From the observations in the psychotherapeutic settings emerges the tendency of the patient with a panic attack symptom not to take clear and defined positions in his emotional and professional life, the tendency to say "yes" rather than "no", even in situations where he is not convinced of his choice. Others do not consider him a credible interlocutor where choices have to be made, but a person who always adapts. He tends to have low self-esteem, does not believe in his abilities and does not express his opinions for fear of being judged and ridiculed. Exploring the experiences of those who suffer from panic attacks opens up the hypothesis that panic attacks, more than as a symptom related to the sphere of anxiety and fear, is a manifestation of existential/relational distress with respect to inadequate anger management. Anger becomes unexpressed and repressed (retroflexion) as a result of the accumulation of dissatisfactions, frustrations and deprivations to which the patient cannot say "no". When the person is in a situation where they feel compelled to do something they don't want to do, and they don't know how to disengage, anxiety intervenes which can increase to the point of developing various symptoms of panic. In this proposed study we will look at the extent to which unexpressed anger can affect panic attacks. The assumption behind the gestalt practice is that 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 the different acts of the person in the manifestation of anger.

## KEYWORDS

Psychotherapy, Gestalt, Panic attack, anger, existential-phenomenological approach, contact, territoriality, Neural Networks (NN)

## ABSTRACT IN ITALIANO

Gli autori propongono un approccio fenomenologico/esistenziale nell'intervento psicoterapeutico sull'attacco di panico. Dalle osservazioni nei setting psicoterapeutici emerge la tendenza del paziente con sintomo di attacco di panico a non assumere posizioni chiare e definite nella sua vita affettiva e professionale, la tendenza a dire "sì" piuttosto che "no", anche nelle situazioni in cui non è convinto della sua scelta. Dagli altri non viene considerato un interlocutore credibile laddove sia necessario operare scelte, ma una persona che si adatta sempre. Tende ad avere bassa autostima, a non credere nelle sue capacità e non esprime le sue opinioni per paura di essere giudicato e ridicolizzato. Esplorare i vissuti di chi soffre di attacchi di panico apre l'ipotesi secondo la quale l'attacco di panico più che come sintomo legato alla sfera dell'ansia e della paura, è una manifestazione di un disagio esistenziale/relazionale rispetto a un'inadeguata gestione della rabbia. La rabbia diventa inespressa e repressa (retroflessione) in seguito all'accumulo di insoddisfazioni, frustrazioni e deprivazioni a cui il paziente non sa dire "no". Quando la persona si trova in una situazione in cui si sente costretta a fare qualcosa che non vuole fare, e non sa come disimpegnarsi, interviene l'ansia che può aumentare fino a sviluppare diversi sintomi di panico. In questa proposta di studio si andrà a verificare in che misura la rabbia inespressa può incidere sugli attacchi di panico. L'assunto, alla base della prassi gestaltica, è che una persona prova rabbia quando non ottiene ciò che vuole, oppure quando si trova in un conflitto territoriale. Da qui derivano poi i diversi agiti della persona nella manifestazione della rabbia.

## PAROLE CHIAVE

Psicoterapia, Gestalt, Attacco di panico, rabbia, approccio fenomenologico – esistenziale, contatto, territorialità, rete neurale (RN).



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

## Introduzione

Nella nostra pratica psicoterapeutica abbiamo avuto spesso volte a che fare con pazienti che soffrono di attacchi di panico. Siamo un gruppo di psicoterapeuti e lavoriamo con l'approccio della Gestalt, in un'ottica fenomenologico/esistenziale. Negli ultimi dieci anni è aumentato il numero delle persone che si rivolgono a noi in qualità di psicoterapeuti per trovare un rimedio al problema.

Il primo approccio generalmente avviene contattando il medico curante, che, se non interviene autonomamente con una terapia farmacologica, invia il paziente allo psichiatra o al neurologo. La scelta di interpellare un neurologo è da cercarsi nel disagio che molti pazienti sentono quando viene loro consigliato di rivolgersi allo psichiatra, sinonimo di colui che cura i pazzi. A volte il medico invia il paziente ad uno psicoterapeuta, generalmente un collega che lavora con l'approccio cognitivo comportamentale. Raramente l'invio viene fatto a colleghi con approcci umanistici. In tutto questo c'è una logica. Il paziente che soffre di attacchi di panico si sente malato e cerca una cura per guarire dalla sua malattia. Il medico cerca di intervenire sul sintomo prescrivendo farmaci che riducono la sintomatologia. L'approccio di cura si svolge all'interno dei parametri medico/scientifico, ovvero all'interno dei riferimenti epistemologici delle scienze naturali [1] che intervengono sul sintomo, sulla malattia, con trattamenti sia farmacologici che psicoterapeutici e non si interessano della persona, delle sue relazioni affettive e professionali e nemmeno della relazione "curante" in atto. Il problema del paziente viene considerato un problema intra-psichico, come se fosse endogeno, e vengono sottovalutati tutti i fattori relazionali e ambientali. Anche il paziente chiede solo un intervento tecnico/curante, un trattamento, che possa alleviare il sintomo. Possiamo parlare di una perfetta sintonia tra paziente e figura curante.

I pazienti che si rivolgono a noi di solito hanno già ricevuto uno o più trattamenti farmacologici e/o cognitivo/comportamentali e cercano un'altra strada, non avendo risolto il problema. A questo punto faremo alcune riflessioni su un lavoro psicoterapeutico che non pretende di curare il paziente, ma in cui lo psicoterapeuta si prende cura del paziente e della sua sofferenza, cercando di attivare le sue risorse per risolvere il problema.

### **Definizione diagnostica dell'attacco di panico secondo il DSM-5.**

Il DSM-5 [2] raggruppa gli attacchi di panico in due categorie: attese di attacchi di panico e attacchi di panico inaspettati.

Le attese di attacchi di panico sono associate a una paura specifica come quella del volo. Gli attacchi di panico inaspettati non hanno apparenti fattori scatenanti (motivazioni, momenti di rilascio) o spunti e sembrano verificarsi inaspettatamente.

Riportiamo qui di seguito i criteri diagnostici del Disturbo di panico, così come descritti nel DSM-5 [2, p. 240].

### **Disturbo di panico – Criteri diagnostici**

A Ricorrenti attacchi di panico inaspettati. Un attacco di panico consiste nella comparsa improvvisa di paura o disagio intensi che raggiunge il picco in pochi minuti,

periodo durante il quale si verificano quattro (o più) dei seguenti sintomi:

**Nota:** La comparsa improvvisa può verificarsi a partire da uno stato di quiete, oppure da uno stato ansioso.

- 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 vertigine, di instabilità, di “testa leggera” o di svenimento.
- 9 Brividi o vampate di calore.
- 10 Parestesie (sensazioni di torpore o di formicolio).
- 11 Derealizzazione (sensazione di irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da sé stessi).
- 12 Paura di perdere il controllo o di “impazzire”.
- 13 Paura di morire.

**Nota:** Possono essere osservati sintomi specifici per cultura (per es., tinnito, dolore al collo, cefalea, urla o pianto incontrollato). Tali sintomi non dovrebbero essere considerati come uno dei quattro sintomi richiesti.

B Almeno uno degli attacchi è stato seguito da un mese (o più) di uno o entrambi i seguenti sintomi:

1. Preoccupazione persistente per l’insorgere di altri attacchi o per le loro conseguenze (per es., perdere il controllo, avere un attacco cardiaco, “impazzire”).
2. Significativa alterazione disadattiva del comportamento correlata agli attacchi (per es., comportamenti pianificati al fine di evitare di avere attacchi di panico, come l’evitamento dell’esercizio fisico oppure di situazioni non familiari).

C L’alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una droga, un farmaco) o di un’altra condizione medica (per es., ipertiroidismo, disturbi cardiopolmonari).

D Gli attacchi di panico non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per es., gli attacchi di panico non si verificano solo in risposta a una situazione sociale temuta, come nel disturbo d’ansia sociale; in risposta a un oggetto o a una situazione fobica circoscritti, come nella fobia specifica; in risposta a ossessioni, come nel disturbo ossessivo-compulsivo; in risposta al ricordo di un evento traumatico, come nel disturbo da stress post-traumatico; oppure in risposta alla separazione dalle figure di attaccamento, come nel disturbo d’ansia di separazione)”.

### **Ipotesi di intervento**

Negli ultimi anni è aumentato il numero dei pazienti che si rivolgono allo psicoterapeuta per essere aiutati a risolvere il problema degli attacchi di panico.

Il richiamo al DSM-5 [2] è una premessa fondamentale del nostro discorso: il DSM-

5 [2] infatti fa una descrizione dei sintomi che compaiono diffusamente nell'attacco di panico. Inoltre, definisce l'attacco di panico un disturbo ed è proprio in questa definizione che si pone la differenza con l'approccio fenomenologico esistenziale e della psicoterapia della Gestalt.

La Psicoterapia della Gestalt e la Fenomenologia esistenziale si differenziano dagli altri approcci perché non cercano di eliminare il sintomo, ma guardano interamente alla persona, cercando di comprendere il senso che il sintomo ha nella sua vita. Il sintomo viene considerato il miglior adattamento che la persona è in grado di attuare in una situazione di disagio esistenziale.

Questo ribalta l'approccio al sintomo: il sintomo non è qualcosa da eliminare, ma è qualcosa da comprendere.

Inoltre, viene eliminata la dicotomia sano-malato: il paziente non è una persona malata da trattare con tecniche o esclusivamente con cure farmacologiche, ma è una persona che va compresa della situazione di difficoltà, e va aiutata nella comprensione della funzione del suo sintomo e nella ricerca di modalità di adattamento alla situazione problematica che siano più funzionali e non abbiano gli effetti problematici del sintomo.

Fino ad oggi la letteratura scientifica si è occupata esclusivamente di trattamento del sintomo, nell'ottica della psicologia cognitivo - comportamentale, che affronta il disturbo di attacchi di panico utilizzando tecniche come il Training autogeno e l'esposizione graduale alla situazione problematica.

Nel panorama della letteratura scientifica mancano del tutto pubblicazioni di ricerche sull'efficacia di un approccio, come quello fenomenologico esistenziale e della psicoterapia della Gestalt, rivolto alla persona e al suo modo di affrontare la vita, piuttosto che al sintomo.

Da qui la necessità di avviare un progetto di ricerca che si mostra innovativo nei suoi stessi presupposti teorici.

Dalle nostre osservazioni come psicoterapeuti, nella maggior parte degli attacchi di panico abbiamo un sintomo basato sulla paura, innescato da una condizione esistenziale in cui la persona non si sente presa in considerazione e ha rinunciato ad assumersi la responsabilità delle proprie scelte.

Nelle relazioni affettive e professionali il paziente, evitando di fare scelte, non assume posizioni chiare e definite e preferisce assecondare con dei "sì" piuttosto che con dei "no", anche quando non è convinto della scelta. Nell'ambito delle sue relazioni, non è considerato come un valido interlocutore, ma una persona che tende sempre ad adeguarsi alle scelte altrui. È una persona insicura (bassa autostima), tende a non credere nelle sue competenze e non esprime le sue opinioni per paura di essere giudicato e ridicolizzato. La difficoltà/impossibilità di creare una relazione vera e significativa con l'altro fa sì che la sua vita si muova sul piano della sottomissione, con sentimenti di impotenza, insoddisfazione e tendenza al pessimismo.

La presenza della frustrazione e insoddisfazione esistenziale/relazionale produce una rabbia 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 qualcosa che non vuole fare, e in più, non sa come svincolarsi, subentra l'ansia che può aumentare a tale grado da sviluppare diversi sintomi di panico. Non è raro che il paziente in seguito ad un attacco di panico venga, portato al Pronto Soccorso. In tal caso viene reificato come malato invece di essere compreso come persona. In questa obiettivazione medico-naturalistica in qualche modo si è, inconsapevolmente, salvato. Avere una diagnosi che certifica un disturbo d'ansia può rivelarsi un grande vantaggio in tutte le situazioni in cui al paziente viene chiesto di fare qualcosa che inconsapevolmente rifiuta di fare. Ora è sempre più impedito e ha sovente bisogno di un aiuto in termini di accompagnamento (non può più guidare la macchina a causa dei possibili attacchi di panico). È effettivamente debilitato e non è raro che "goda" di una certa soddisfazione, come se la rabbia repressa trovasse sfogo in un velato sentimento di vendetta nei confronti delle persone che prima lo "costringevano" a fare scelte non volute. D'ora in poi per il paziente il problema si è spostato dall'incapacità di dire "no", alla paura che ritorni l'attacco di panico. È entrato in una circolarità che si autoalimenta, mentre il problema alla base rimane totalmente invisibile. La richiesta di aiuto del paziente con attacco di panico conseguentemente è una richiesta di cura, ovvero di un trattamento anti-panico.

Tuttavia, 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.

Questa psicoterapia ha conseguenze sulla condotta quotidiana del paziente in termini di ridefinizioni di relazioni affettive e professionali, perché oltre che sulla persona, agisce sul sistema di riferimento relazionale. Lavorando sull'assunzione di responsabilità delle proprie scelte il paziente scopre l'efficacia della definizione dei confini tra sé e gli altri, conquistando sempre di più la capacità di dire "no" laddove non si sente di fare cose per il quieto vivere o per paura del giudizio. L'assunzione di responsabilità rafforza la fiducia in sé e aumenta la capacità di sostenere posizioni proprie.

### **Riferimenti epistemologici del modello**

Il modello della Psicoterapia della Gestalt verte sui paradigmi della fenomenologia [3, 4], dell'Esistenzialismo [5], del Costruttivismo [6], della Teoria dei sistemi [7], della Teoria del campo [8], dell'Etologia [9] e delle teorizzazioni di Perls [10], Quattrini [11], Ravenna [12], Zinker [13] ed altri.

In riferimento all'ipotesi di studio prenderemo in considerazione in particolare i seguenti aspetti epistemologici:

1. Relazione che cura - prendersi cura di
2. Territorialità / fuga (in malattia)
3. Teoria dei sistemi e teoria del campo
4. Ciclo del contatto e le sue interruzioni
5. Responsabilità

## 1. La relazione che cura - ovvero il prendersi cura del paziente

Umberto Galimberti [1, pp. 7-8] propone “di considerare la relazione originaria rispetto alla costituzione individuale, nel senso che l’individuo si costituisce sempre a partire da una relazione e non come individualità isolata che instaura relazioni [...]”. In altre parole: “considerare la relazione originaria rispetto alla costituzione individuale” significa che lo stare in relazione è il presupposto fondamentale per costituirsi come individui. Non possiamo costituirci come individui indipendentemente dallo stare in relazione.

Guardiamo la relazione soggetto/oggetto. Nel linguaggio quotidiano usiamo spesso il termine trattamento quando parliamo di cure ricevute (“sono stato trattato bene” oppure “ho ricevuto un trattamento farmacologico”) oppure per apprezzare o meno l’attenzione ricevuta in una relazione affettiva (“non mi trattare male”). Questo però è anche comodo. Esiste una diffusa passività nel subire trattamenti di ogni genere, e, solo quando il trattamento non ci va bene, alziamo la voce per protestare e ci ricordiamo di essere qualcuno. Tendiamo a delegare la responsabilità ad altri finché ci va bene. Se ci va male riprendiamo il nostro potere decisionale.

In una relazione che cura nessuno “viene trattato” e nessuno “tratta” qualcuno, né bene né male, perché semplicemente ci si trova in una relazione paritaria fra due individui.

Per Galimberti [14] il modello soggetto/oggetto deriva da uno schema concettuale che “Cartesio ha introdotto e che la scienza ha fatto proprio quando, per i suoi scopi esplicativi, ha lacerato l’uomo in anima (*res cogitans*) e corpo (*res extensa*), producendo quello che, secondo Binswanger [15 citato in 14, p.22] è «il cancro di ogni psicologia»”.

Corpo e mente, da un punto di vista olistico, non sono scissi. Nel momento in cui percepisco me stesso come un “essere”, non sono “qualcuno” che utilizza il “corpo” in suo possesso. In questo senso non ho una mano, ma “sono” la mia mano, non ho un occhio, ma “lo sono”. Mi definisco attraverso l’essere nel mondo e non attraverso gli oggetti strumentali.

Come sottolinea Galimberti [14]:

“Questa divisione così radicale non è qualcosa di originario che si offra all’evidenza fenomenologica, ma è un prodotto della metodologia della scienza la quale, consapevole che il suo potere e la sua efficacia si estendono esclusivamente nell’ordine quantitativo e misurabile della *res extensa*, è costretta a ridurre lo psichico a epifenomeno del fisiologico che in psichiatria Griesinger chiama “apparato cerebrale” e in psicoanalisi Freud chiama “ordine istintuale”. Ciò che ne nasce non è una psicologia che, direbbe Jaspers, “comprende [*verstehen*]” l’uomo per come si dà, ma una psico-fisiologia che lo “spiega [*erklären*]” come si spiega qualsiasi fenomeno della natura.

Ma per spiegare l’uomo come fenomeno della natura occorre oggettivarlo e considerare la psiche non come un *atto intenzionale*, ma come una *cosa del mondo* da trattare secondo le metodiche oggettivanti che sono proprie delle scienze

naturali. Ora, se la psicologia oggettiva lo psichico e, come fa la fisiologia con gli organi corporei, lo tratta come *cosa in sé* che non si *trascende in altro*, la psicologia, per allinearsi al modello delle scienze naturali, perde la specificità dell'umano e quindi ciò a cui essa è naturalmente ordinata". (p.7)

La psicologia studia l'essere umano, in particolare la psiche, che per sua natura non è intrinsecamente oggettivabile e quantificabile: caratteristica della psiche e del suo funzionamento è la possibilità di trascendere in qualcosa di altro, e questo avviene attraverso e nella relazione.

“Ora, se perfino la psicologia, per allinearsi al modello delle scienze naturali, oggettiva lo psichico e, come fa la fisiologia con gli organi del corpo, lo tratta come una cosa, tal quale, che non si trascende in altro, la psicologia finisce per perdere la sua stessa specificità, e cioè di occuparsi dell'essere umano come individuo in tutta la sua complessità” [1, p.8]

La relazione soggetto/soggetto apre altri scenari. Non pretendendo di conoscere la verità oggettiva da un lato e dall'altro quella soggettiva del paziente, posso permettermi di astenermi da una posizione e praticare la non-differenziazione, ovvero il disinteresse tra le polarità, mantenendomi in una posizione di indifferenza. Questo non è un momento di passività o di assenza nel contatto con il paziente, anzi, è un momento di apertura universale verso qualsiasi stimolo.

## 2. Territorialità / fuga (in malattia)

Ispirandosi a Konrad Lorenz e alle considerazioni sui cinque istinti [9] che costituiscono le cinque famiglie di base delle emozioni, territorio, fuga, fame, sessualità e riposo [16], possiamo osservare che cosa succede se ad un individuo viene negata la possibilità di definire il suo territorio. **La negazione della pretesa territoriale produce l'emozione rabbia.** La reazione dipende dalla personalità dell'individuo. La rabbia può essere espressa o agita, oppure repressa, ovvero retroflessa.

“Quando una persona retroflette il suo comportamento, vuol dire che fa a se stesso 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 frustrato e punito. [...] In alcune situazioni, trattenersi è necessario, può perfino salvare la vita.” [10, pp. 419-420].

La retroflessione produce a seconda della personalità del paziente una serie di sintomi distinti quali l'acting out della rabbia, in questo caso la rabbia esce dalla retroflessione in modalità contro-fobica, oppure porta alla depressione, all'ossessione e all'attacco di panico. Non a caso tutti i sintomi sono legati alla sfera dell'ansia [2]. Quindi la retroflessione, la rabbia repressa, porta ad attivare le emozioni della famiglia Fuga, cioè ansia, paura, panico ecc. Caratteristica della retroflessione è la sensazione di impotenza, di sentirsi incapace e in gabbia. **L'avvertimento di un pericolo produce paura.** La sola fantasia di poter essere di nuovo incapace, non in grado di fare, cioè

di essere impotente è una fantasia catastrofica sufficientemente grande per innescare la paura. Il paziente afferma di aver paura che torni la paura.

Tuttavia, la fuga è anche un'inconsapevole fuga nella paura, perché la paura è socialmente più accettata rispetto alla rabbia. Questa è la funzione dell'attacco di panico. Il "malato" di attacchi di panico ha più possibilità di mantenere relazioni sociali rispetto all'"istrionico" in fase di acting out. Il paziente è generalmente inconsapevole di questo e del fatto che l'attacco di panico in qualche modo è un comportamento "adeguato" all'interno del suo sistema relazionale.

### **3. Teoria dei sistemi e teoria del campo**

Per comprendere il paziente con attacco di panico è importante comprendere la qualità e le funzioni delle relazioni sociali in generale e quelle affettive, familiari in particolare. Per quanto riguarda la teoria dei sistemi, Bertalanffy [7] analizza la struttura dell'organizzazione dei sistemi fisici, biologici e relazionali al fine di ottenere una teoria dei sistemi che aiuti a comprendere complesse situazioni nel mondo relazionale.

Secondo Lewin [8] 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.

In particolare, Lewin [8] considera gli eventi psichici come la manifestazione di una relazione dinamica tra l'organismo e l'ambiente di cui fa parte; tale relazione dinamica, imprescindibile e onnipresente, si sviluppa nel sopra menzionato campo unico organismo-ambiente. Nella visione della psicologia della Gestalt, ed in particolare nell'analisi della dinamica figura-sfondo, tale campo diventa lo sfondo, l'orizzonte di mappa rappresentazionale dell'individuo, in cui ciclicamente vanno in primo piano figure differenti e rilevanti rispetto agli scopi dell'organismo: sono i bisogni ad organizzare il campo. A questo punto è possibile superare l'idea che l'attacco di panico sia un comportamento patologico, una malattia, per cui ciò che osserviamo non è la conseguenza di una carenza di enzimi o di un problema intra-psichico.

### **4. Ciclo del contatto e sue interruzioni**

Il processo che descrive la soddisfazione dei bisogni è in Gestalt chiamato ciclo del contatto. Si tratta di un ciclo che descrive come avviene nel dettaglio il processo della comparsa e soddisfazione di un bisogno emergente. Si tratta di un processo con un inizio e una fine. La parola "contatto" è una metafora e può essere descritta come "esperienza" nell'ambito della soddisfazione dei bisogni [17]. Essere "in contatto" con qualcosa è fare esperienza con qualcosa che ci interessa. Dal punto di vista fenomenologico - esistenziale si tratta di un processo intenzionale e come tale produce un effetto. All'inizio del processo c'è una sensazione (freddo, sete ecc.) o un'emo-

zione (paura, rabbia ecc.) che attiva l'organismo a reagire e soddisfare il bisogno emerso [figura/sfondo]. La persona si occupa di "che cosa sente" e diventa consapevole di ciò che sente attribuendo un significato alla sensazione/emozione (ho freddo, ho sete, ho paura, sono arrabbiato ecc.) [18], si trova in "pre - contatto". Successivamente egli si chiede "che cosa vuole" e si occupa di possibilità e strategie per giungere alla soddisfazione del bisogno: è in piena attività cognitiva. La persona immagina, riflette e valuta. Si trova in "contatto" con ciò che gli interessa, valuta le conseguenze di una scelta o dell'altra, entra in "azione" e si occupa della realizzazione effettiva del bisogno facendo qualcosa. Si trova in "contatto pieno". La sua azione ha prodotto un effetto, cioè sente di nuovo qualcosa, o è soddisfatto o è insoddisfatto. Questa verifica è definita 'post - contatto', l'apprendimento [19], ovvero "cosa sente dopo aver fatto". Il ciclo del contatto è dunque costituito dal "pre-contatto, contatto, contatto pieno e post - contatto", ovvero dalla sequenza di "sentire, pensare, agire e sentire dopo aver agito". Più che un ciclo che si ripete si tratta di una spirale in cui ogni esperienza compiuta arricchisce e cambia l'individuo per sempre.

### **5. Responsabilità**

La responsabilità è l'abilità di dare una risposta, ovvero la capacità di scegliere fra più opzioni.

Solo la consapevolezza delle proprie emozioni, dei pensieri, delle azioni così come dei propri meccanismi di interruzione del ciclo di contatto può portare ad una presa di responsabilità non nel senso di doverci assumere un peso che prima non portavamo, ma nel senso che prendiamo coscienza del fatto che siamo noi stessi a determinare nella maggior parte dei casi se questi eventi debbano o no continuare ad esistere.

Respons-Ability è la capacità di rispondere, di esplicitare pensieri, reazioni ed emozioni in una data situazione. Ora, questa responsabilità, questa capacità di essere quel che si è, viene espressa dalla parola "io".

Nel ciclo del contatto la responsabilità si trova sulla linea che separa il contatto dal contatto finale, ovvero che separa il pensiero dall'azione. Si può assumere la responsabilità solo quando si è fatta una scelta. Una scelta presuppone di avere almeno un'alternativa. Si può scegliere fra due cose o azioni, fra il fare e il non fare.

### **Presupposti metodologici**

Lo psicoterapeuta non si pone in una posizione di superiorità rispetto al paziente e non si ritiene un detentore di sapere nei suoi confronti, di conseguenza il paziente non si trova affatto in una posizione di inferiorità.

Quindi il compito dello psicoterapeuta non è trovare soluzioni per i problemi del paziente in termini di delega (fai tu per me), ma di accompagnarlo nella sua ricerca di soluzioni che utilizzano le risorse che egli stesso ha a disposizione. L'atteggiamento verso il paziente è caratterizzato da una posizione di interesse, curiosità e ascolto attivo e dallo sforzo di mettersi nei suoi panni, immaginando di vedere il mondo attra-

verso i suoi occhi. L'esplorazione empatica [21, 22] con il terapeuta, che in continuazione restituisce al paziente gli effetti che la narrazione gli genera, è l'inizio di una lenta appropriazione di responsabilità del paziente per ciò che egli fa.

Caratteristico per una seduta di psicoterapia della Gestalt è che il terapeuta non ha in mente un percorso o un programma particolare ma lavora in uno stato di "indifferenza creativa" [23] e si fa portare dal paziente.

L'attenzione può essere focalizzata su come il paziente interrompe il ciclo del contatto, ovvero sul processo di soddisfazione dei suoi bisogni. Spesso possiamo rilevare che ciò che il paziente fa (dire "sì" ad una proposta) non è affatto quello che desidera fare (dire "no" o fare qualcos'altro). In questo caso il paziente inizia a raccontare le sue esperienze con la repressione della sua insoddisfazione e prende consapevolezza delle conseguenze del suo comportamento.

Fondamentale è porre il paziente di fronte alle conseguenze delle sue azioni (responsabilità). Al paziente che chiede di essere liberato da un disagio, cioè dal sentire qualcosa di spiacevole, il terapeuta può solo chiedere, in riferimento al ciclo del contatto, se vuole cambiare qualcosa nella condotta della sua vita. Nel caso in cui il paziente dica di "no" e voglia evitare ciò che gli crea disagio, allora non è possibile fare niente, perché egli non è disposto a riconoscere che il suo malessere, è solo l'effetto prodotto dalla sua attuale condotta di vita.

Se invece il paziente decide di cambiare qualcosa nella sua vita, qualcosa che egli stesso decide (e non il terapeuta), allora quel cambiamento produce un effetto diverso dalla condotta precedente e costituisce una nuova esperienza.

Nel nostro progetto di ricerca partiremo dalla creazione dei criteri di osservazione dei seguenti parametri: livello di autostima del paziente, presenza dei meccanismi di interruzione del contatto, in particolare della retroflessione e dall'introiezione; assunzione di responsabilità; incapacità di dire no; difficoltà della gestione della territorialità ed altri che emergeranno durante la ricerca.

## **Metodologia della ricerca**

### **Introduzione e obiettivi della ricerca**

Esplorare i vissuti di chi soffre di attacchi di panico apre l'ipotesi secondo la quale l'attacco di panico più che come sintomo legato alla sfera dell'ansia e della paura, è una manifestazione di un disagio esistenziale/relazionale rispetto ad una inadeguata gestione della rabbia. La rabbia diventa inespressa e repressa (retroflessione) in seguito all'accumulo di insoddisfazioni, frustrazioni e deprivazioni a cui il paziente non sa dire "no". Quando la persona si trova in una situazione in cui si sente costretta a fare qualcosa che non vuole fare, e non sa come disimpegnarsi, interviene l'ansia che può aumentare fino a sviluppare diversi sintomi di panico.

In questa proposta di studio si andrà a verificare in che misura la rabbia inespressa può incidere sugli attacchi di panico. L'assunto, alla base della prassi gestaltica, è che una persona prova rabbia quando non ottiene ciò che vuole, oppure quando si trova in un conflitto territoriale. Da qui derivano poi i diversi agiti della persona nella

manifestazione della rabbia.

### **Materiali e metodi**

Per questa ricerca ci si varrà della collaborazione di pazienti che verranno suddivisi in tre gruppi:

- Soggetti con attacchi di panico sotto trattamento farmacologico;
- Soggetti con attacchi di panico senza trattamento farmacologico;
- Soggetti senza attacchi di panico.

Ai soggetti coinvolti verrà richiesto preventivamente il consenso informato alla ricerca in ottemperanza alla dichiarazione di Helsinki [24].

Per procedere nella strutturazione dello studio, è necessario delineare il metodo di raccolta dei dati e, in questo caso, interrogarsi su come rilevare la rabbia non espressa. A questo scopo si è deciso di utilizzare il test State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2) [25] per misurare l'espressione e il controllo della rabbia in soggetti con attacchi di panico.

Lo *STAXI-2* è uno strumento che fornisce valutazioni quantitative dell'esperienza, dell'espressione e del controllo della rabbia. Nel concetto di esperienza di rabbia sono compresi lo *stato di rabbia* e il *tratto di rabbia* (disposizione a percepire varie situazioni come frustranti e rispondere ad esse con un aumento della rabbia di stato), mentre l'espressione della rabbia comprende la rabbia verso l'esterno (*rabbia-out*), la rabbia rivolta all'interno, per trattenerla o sopprimerla (*rabbia-in*), i tentativi di controllare la propria espressione della rabbia (*controllo della rabbia-out*) o di sopprimerla tenendosi calmi (*controllo della rabbia-in*).

La versione originale dello STAXI è stata rivista e il numero degli item è passato da 44 a 57, mantenendo la struttura su sei scale: *Rabbia di stato* (suddivisa in tre sottoscale: *Sentire rabbia*, *Sentire come esprimere rabbia verbalmente* e *Sentire come esprimere rabbia fisicamente*), *Rabbia di tratto* (suddivisa in due sottoscale: *Rabbia Temperamento* e *Rabbia Reazione*), *Espressione della rabbia all'esterno*, *Espressione della rabbia all'interno*, *Controllo della rabbia all'esterno*, *Controllo della rabbia all'interno*; e un indice di espressione della rabbia che fornisce una misura riassuntiva dell'espressione e del controllo della rabbia (*Indice di espressione della rabbia*) [26]. Con i soggetti coinvolti nella ricerca sarà inoltre utilizzato lo strumento del Focus Group (FG) [27], una tecnica di rilevazione dell'informazione e di coinvolgimento partecipativo di gruppi di soggetti che rappresenta uno degli strumenti classici di ricerca qualitativa nell'ambito dei metodi delle scienze sociali.

Nello specifico ci si rifarà a un approccio sviluppato da Billy Desmond [28]. Si tratta di un approccio dialogico e cooperativo che mira alla co-costruzione della conoscenza e dell'esperienza attraverso le sensazioni e i vissuti che hanno risonanza nel corpo, ampliando la consapevolezza nel qui ed ora. Il processo relazionale, durante gli incontri, sarà più simile alla relazione Io-Tu di cui parla Buber [29 citato in 28] e non è prevista, come solitamente si procede nelle ricerche empiriche, una separazione fra osservatore ed osservato; si praticherà la ricerca con le persone e non su o verso le persone. Attenzione verrà posta alle sensazioni corporee, alle emozioni e ai movi-

menti. L'obiettivo è fidarsi della conoscenza di sé attraverso il corpo, che come dice Merleau-Ponty [30 citato in 28, p. 185] “procede l’elaborazione intellettuale e il chiarimento di significato”.

Durante il Focus Group [27] la discussione verrà facilitata da cinque domande con l'intento di indagare insieme ai partecipanti aspetti rilevanti per il focus della ricerca e quindi relativi all’esperienza della rabbia. Di seguito le domande che verranno proposte saranno le seguenti:

1. Cosa ti succede quando non ottieni ciò che vuoi?
2. Cosa fai quando non ottieni ciò che vuoi avere?
3. Che cosa è per te la rabbia?
4. Cosa fai quando ti arrabbi?
5. Come gli altri giudicano la rabbia?

Ogni incontro vedrà la partecipazione di piccoli gruppi con massimo sei persone. Gli incontri verranno registrati, trascritti e i contenuti organizzati al fine di identificare dati qualitativi e temi emergenti ed eseguire successivamente l’analisi semantica del testo e l’individuazione di cluster attraverso un software per l’analisi di contenuto e per il text mining il T-LAb [31].

Sarà importante non solo la risposta verbale che in partecipante vorrà condividere con il resto del gruppo, ma anche la sua “risposta fisiologica” emersa durante la somministrazione dei quesiti.

Il nostro cuore è la pompa che ci mantiene in vita e che batte mediamente 60 volte ogni minuto. Ma cosa accade se i nostri stati d’animo mutano? È interessante come la nostra frequenza cardiaca possa essere un indicatore delle nostre emozioni, quindi, durante l’incontro, poter avere indicazioni chiare su quanto il partecipante alla ricerca sia entrato in contatto con le emozioni può essere un’importante guida. Come rilevare la frequenza cardiaca? Una metodica semplice è l’applicazione di un pulsossimetro che indica su un display la frequenza cardiaca (in modo indiretto) rilevata con l’invio di infrarossi che registrano il contrarsi dei capillari periferici e quindi le pulsazioni/minuto.

Per non perdere il contatto con il paziente e la relazione terapeutica creata, la seduta sarà registrata da una videocamera posta alle spalle del terapeuta che riprende sia le reazioni non verbali del paziente che il display del pulsossimetro.

Questo permetterà di poter rivedere successivamente la seduta e vedere con maggiore attenzione quali reazioni ci siano state nel toccare punti salienti della sua esperienza emozionale.

I dati qualitativi e quantitativi rilevati saranno finalizzati alla progettazione di una Rete Neuronale (RN) utile ad indagare la correlazione non lineare tra i dati ottenuti.

## Conclusioni

Nel momento in cui il paziente accetta di lavorare con il terapeuta, accetta che questi diventi parte del suo sistema relazionale e si confronta con la sua realtà avendolo accettato come soggetto che “disturba” la sua quotidianità.

La sua vita quotidiana riceve impulsi che valuta come accettabili o non accettabili,

sopportabili o non sopportabili. Se preferisce andare avanti come prima, la sua vita non cambierà e interromperà la terapia.

Se accetta di sperimentare cambiamenti, la sua vita cambierà e continuerà la psicoterapia

Il lavoro da psicoterapeuta della Gestalt non è programmabile. Non si possono seguire schemi. Il lavoro con il paziente che soffre di attacchi di panico è prima di tutto un lavoro con il paziente e non con il sintomo. Il sintomo ha una funzione nella sua vita che possiamo esplorare insieme.

Il sintomo non è inutile, ma costituisce il migliore adattamento possibile in quel momento della sua vita e per questo va riconosciuto come una soluzione a un disagio esistenziale, funzionale o disfunzionale che sia. Ogni azione che l'essere umano compie di volta in volta nella sua vita è, dal punto di vista soggettivo, giammai priva di senso, ma è finalizzata ad un miglioramento della propria condizione di vita.

Per tutti i motivi sopra esposti riteniamo necessario uno sforzo della ricerca scientifica nei confronti di un approccio al paziente che soffre di attacchi di panico, che non si limiti a tamponare il sintomo, ma che lo aiuti a guardare diversamente la sua vita e a trovare dentro e fuori di sé le risorse per affrontare e superare il suo disagio.

## BIBLIOGRAFIA

1. Galimberti, U. (2006). *Psichiatria e fenomenologia* (Vol. 4). Milano: Feltrinelli Editore.
2. American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano: Raffaello Cortina Editore.
3. Brentano, F. (1874). *La psicologia dal punto di vista empirico*. Bari: Laterza
4. Husserl, E., (1965) *Idee per una fenomenologia pura e una filosofia fenomenologica*. Torino: Einaudi.
5. Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, Paris (trad. it. Fenomenologia della percezione, Il Saggiatore, Milano, 1972).
6. Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1985). *Autopoiesi e cognizione: la realizzazione del vivente*. Venezia: Marsilio editori.
7. Von Bertalanffy, L., & Bellone, E. (1983). *Teoria generale dei sistemi: fondamenti, sviluppo, applicazioni*. Milano: Mondadori.
8. Lewin, K. (2011). *Teoria dinamica della personalità*. Giunti editore.
9. Lorenz, K. (1980). *L'etologia: fondamenti e metodi*. Torino: Bollati Boringhieri.
10. Perls, F., Hefferline, R. F. & Goodman, P. (1997). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt*. Roma: Astrolabio.
11. Quattrini, P. (2000). *Esistenzialismo e verità narrativa*. *INformazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria*, 41-42, 24-29.
12. Ravenna, A.R. (2005). L'ottica costruttivista come matrice nell'incontro psicoterapeutico. *INformazione Psicoterapia, Counselling, Fenomenologia*, 5.
13. Zinker, J. (2002). *Processi creativi in Psicoterapia della Gestalt*. Milano: F. Angeli.
14. Galimberti, U. (1999) *Psichiatria e fenomenologia. Con un saggio di Eugenio Borgna*. Milano: Feltrinelli.
15. Binswanger, L. (1973) L'indirizzo antropoanalitico in psichiatria, in *Il caso di Ellen West e altri saggi*, Milano: Bompiani.
16. Quattrini, G. P. (2005). Pedagogia delle emozioni. *INformazione, Psicoterapia, Counselling, Fenomenologia*, 24.

17. Lommatzsch, A. (2014). Processi emotivi e cognitivi nella relazione di aiuto: Cos'è che cura, *Monografico- Supplemento al n° 22 della rivista Nuove Arti Terapie*, 243-258.
18. Lommatzsch, A. (2009). La Psicoterapia: Il piacere di una conquista. *INformazione, Psicoterapia, Counselling, Fenomenologia*, 14. Retrieved Maggio, 2020, Disponibile in <https://www.igf-gestalt.it/wp-content/uploads/2013/06/lommatzsch-piacere.pdf>
19. Lommatzsch, A. (2010). L'apprendimento: Il piacere di una conquista. *IN-Formazione, Psicoterapia, Counselling, Fenomenologia*, 16. Retrieved Maggio, 2020, Disponibile in: <https://rivista.igf-gestalt.it/apprendimento/>
20. Perls, F. S., & Sanders, J. (1977). *L'approccio della Gestalt e Testimone oculare della Terapia*. Roma: Astrolabio.
21. Quattrini, G.P. (2014). Realtà oggettuale e realtà relazionale in PTG: il problema della trascendenza. *INformazione, Psicoterapia, Counselling, Fenomenologia*, 24. Retrieved Maggio, 2020, Disponibile in: <https://rivista.igf-gestalt.it/realta-oggettuale-e-realta-relazionale-nella-ptg-il-problema-della-trascendenza/>
22. Iacoella, S., Ravenna, A.R. (2020) Glossario FISIG 2016. Federazione Scuole e Istituti di Gestalt. Roma. Disponibile in: <http://www.fisig.it/glossario/>
23. Friedlaender, S. (2009). *Schöpferische Indifferenz* (Vol. 10). BoD–Books on Demand.
24. World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*, 310 (20), 2191- 2194, 2013.
25. Spielberger, C.D. (2007). *Staxi-2 State-trait Anger Expression Inventory-2*. Adattamento Italiano a cura di Anna Laura Comunian. Firenze: Giunti O.S.
26. Spielberg, C.D., Gorsuch, R.L. e Lushene, R.E. (1970). *The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Test Manual for Form X*. Consulting Psychologist Press, Palo Alto (tr. it. a cura di Lazzari R. e Pancheri P.. S.T.A.I. Questionario di autovalutazione dell'ansia di stato e di tratto. Organizzazioni Speciali, Firenze, 1980).
27. Zammuner, V.L. (2003). *I Focus Group*. Bologna: Il Mulino.
28. Desmond, B. (2018) Embodied Collaborative Inquiry: a Pragmatic Practice-Based Research Approach. *The Irish Journal of Counselling and Psychotherapy*, 18 (3), 4-9.
29. Buber, M. (1958) I and Thou, 1923rd edition, New York: Charles Scribner & Sons (Citato in: Desmond, B. (2018) Embodied Collaborative Inquiry: a Pragmatic Practice-Based Research Approach. *The Irish Journal of Counselling and Psychotherapy*, 18 (3), 4-9.
30. Merleau-Ponty, M. (2002/1945) *Phenomenology of perception*, London and New York Routledge. (Citato in: Desmond, B. (2018) Embodied Collaborative Inquiry: a Pragmatic Practice-Based Research Approach. *The Irish Journal of Counselling and Psychotherapy*, 18 (3), 4-9.
31. Lancia, F. (2004) *Strumenti per l'analisi dei testi. Introduzione all'uso di T-Lab*. Milano: Franco Angeli.