



Trattamento dei disturbi di panico con il FastReset

Maria Grazia Parisi

Tra i disturbi d'ansia più invalidanti c'è senz'altro la ricorrenza degli attacchi di panico. Le ipotesi neuro-biologiche sulla sua origine sono svariate: dalla familiarità alla predisposizione genetica, dall'origine traumatica a quella puramente biochimica, ognuna delle quali implica un differente approccio terapeutico.

Ci occupiamo qui di come riconoscere le situazioni correlate al panico e di fornire agli operatori di FastReset alcune linee-guida riguardanti l'approccio al trattamento che si è finora dimostrato più proficuo con questa metodologia, per la risoluzione degli stati di panico.

Che cos'è il panico

Per quanto ci riguarda, inquadrriamo il panico nelle reazioni dominate dall'**allarme**. Lo poniamo perciò a un estremo delle varianti fisiologiche degli stati caratterizzati da un **aumento della vigilanza** e della prontezza. Queste servono a incrementare le possibilità dell'organismo di far fronte a eventi potenzialmente minacciosi o che comunque richiedono un surplus di energie e di risorse per farvi fronte.

Il panico è caratterizzato da modifiche assai ben riconoscibili dal soggetto che lo prova: si tratta soprattutto di dispnea (difficoltà respiratoria), di solito con fame d'aria, senso di profonda inquietudine e irrequietezza, tachicardia, sudorazione, sensazione di perdita del controllo di sé (di solito, questa viene avvertita come la cosa più preoccupante) e spesso anche di morte imminente. In particolare, si pone diagnosi di Disturbo di Panico (secondo il DSM-5)¹ se il soggetto riferisce ricorrenti attacchi di panico inaspettati (cioè senza un chiaro elemento scatenante), durante i quali sono presenti quattro o più dei seguenti sintomi:

1. Palpitazioni, sensazione di cuore in gola o tachicardia
2. Sudorazione
3. Tremori fini o a grandi scosse o agitazione
4. Sensazioni di mancanza di respiro o di soffocamento
5. Sensazione di asfissia
6. Dolore o fastidio al petto



¹ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, pubblicato dall'*American Psychiatric Association*, quinta edizione, 2013.

7. Nausea o disturbi addominali
8. Sensazione di vertigine, di instabilità, di “testa leggera” o di svenimento
9. Brividi o vampate di calore
10. Parestesia (intorpidimento o formicolio degli arti o di altre zone del corpo)
11. *Derealizzazione* (sensazione di irrealtà) o *depersonalizzazione* (sensazione di essere distaccati da se stessi)
12. Paura di perdere il controllo o di “impazzire”
13. Paura di morire



Inoltre, almeno uno degli attacchi ha portato con sé persistenti preoccupazioni riguardo il verificarsi di nuovi attacchi di panico, o di loro conseguenze (perdere il controllo, avere un attacco di cuore, “impazzire”), oppure comportamenti autoprotettivi, onde evitare il ripetersi dell’attacco di panico stesso (evitare l’esercizio fisico, o non allontanarsi da luoghi noti).

In effetti, oggi *non* si considera l’attacco di panico come un disturbo mentale in sé, ma un’evenienza che può intervenire sia da sola che in relazione ad altri tipi di disturbi o disfunzioni psichiche – i disturbi d’ansia in primo luogo – e persino mediche (disturbi della tiroide, cardio-circolatori, respiratori, digestivi eccetera).

Spesso chi soffre di attacchi di panico riferisce anche la paura di specifiche situazioni, in cui *immagina più probabile* il disagio che può attivare il panico, o semplicemente prova disagio all’idea di trovarsi a gestire una crisi di panico in presenza di altre persone. Il termine tecnico per descrivere questa particolare paura è *agorafobia*.

Agorafobia²

A. Marcata paura o ansia in due (o più) delle seguenti situazioni:

1. Con i mezzi pubblici (automobili, autobus, treni, navi, aerei)
2. Trovarsi in spazi aperti (parcheggi, mercati, ponti)
3. Essere in luoghi chiusi (negozi, teatri, cinema)
4. Stare tra la folla
5. Non stare bene fuori di casa

B. L’individuo prova paure o evita queste situazioni al pensiero che potrebbe essere difficile fuggire o potrebbe non essere disponibile aiuto in caso di sintomi tipo panico o altri sintomi invalidanti o imbarazzanti (paura di cadere degli anziani; paura di incontinenza)

C. Le situazioni agorafobiche provocano quasi sempre paura o ansia

D. Le situazioni agorafobiche sono attivamente evitate, implicano la presenza di un compagno o sono sopportate con intensa paura o ansia.

Per quanto concerne il trattamento con la tecnica FastReset®, vedremo che l’agorafobia può essere trattata anche in modo indipendente dal panico, essendo più spesso simile, secondo le nostre osservazioni, a una reazione di *blocco-inibizione* piuttosto che di puro *allarme*.

I sintomi legati al panico si possono anche suddividere come segue:

Cardiorespiratori

(tachicardia, senso di oppressione al petto, fiato corto, dispnea, ecc.)

Gastrointestinali

(nausea, vomito, mal di stomaco, tensione e/o dolori addominali, diarrea, ecc.)

Vestibolari (sensazione di instabilità, vertigini, senso di svenimento, ecc.)

Psicosensoriali

(derealizzazione, depersonalizzazione, disorientamento, sensazione di camminare sulla gommapiuma o di avere le gambe molli, ecc.)

² DSM-5, cit.

Trattare il panico con FastReset

Il trattamento con il FastReset punta l'attenzione alla reazione bio-psicologica di fondo (emozione), che si traduce in pattern ben precisi di attivazione viscerale e motoria. Non ci soffermiamo, cioè, in prima battuta, a cercare un'interpretazione psicodinamica di quanto sta accadendo al soggetto – anche se questa non va esclusa e può anzi essere utilizzata nel prosieguo. Non di rado, in effetti, sarà il soggetto stesso, durante o subito dopo il trattamento, a fornire spontaneamente una spiegazione (in genere, da shock o trauma) riguardo all'origine della sua reazione disfunzionale. La sua capacità di accesso a una nuova consapevolezza di sé e a informazioni prima subconscie (*insight*) è infatti di norma aumentata durante il trattamento con il FastReset.

Chi soffre di panico può presentare all'operatore una vasta gamma di sfumature di sintomi di *allarme*, magari alternati con reazioni emotive di *resa*: dalla *preoccupazione* di incorrere in una nuova crisi all'*angoscia* di non riuscire a farvi fronte, dalla *tensione* costante allo *scoraggiamento*, eccetera. Quelle che più ci interessano ai fini di un proficuo trattamento sono, nell'ordine, le *reazioni di blocco*, quelle specifiche di *panico* e quelle di *allarme*.

Per *reazioni di blocco* intendiamo quelle che comportano una sospensione istintiva dell'azione o dell'iniziativa del soggetto, e che tipicamente compaiono in situazioni che comportano eventi *inaspettati* o *inspiegabili*, *inevitabili* o *minacciosi* e soprattutto *ingestibili*. Per loro natura, le reazioni di blocco possono agire da potenti veti alla trasformazione delle altre emozioni in corso, quindi è sempre bene individuarle e trattarle quanto prima.

La *reazione di panico* in sé la interpretiamo, in termini bio-psicologici, come il tentativo dell'organismo, agitandosi scompostamente e con grande energia, di **“salvarsi” da un pericolo incombente e potenzialmente mortale** o comunque fonte di angoscia e/o **da una trappola in cui ci si sente imprigionati**.



Potrebbe, cioè, essere equiparata alla reazione di fuga istintivamente incoerente di fronte a un predatore o a un pericolo altrimenti ingestibile, allo scopo di disorientarlo. Infatti, il suggerimento per l'integrazione della reazione di panico è di solito formulato così: *La mia reazione di panico vuole che io metta in atto tutte le mie risorse per uscire dalla trappola in cui mi sento*; oppure: *voulo evitarmi di soccombere a questa estrema angoscia*. Non occorre, naturalmente, che il soggetto riviva in pieno un'effettiva situazione di panico, ma è sufficiente che ricordi *come si sente* nel momento in cui prova il panico.

Spesso, anche solo l'applicazione di questa frase di integrazione (seguita naturalmente dallo *shift* dell'attenzione ed eventualmente da una frase di rilascio e un nuovo *shift*) è in grado di bloccare sul nascere una crisi di panico incipiente. Istruire il soggetto ad auto-applicarla può essere di grande sollievo.

Il trattamento “completo” è però normalmente più articolato, e dovrebbe comprendere un'indagine con il soggetto stesso per ricostruire il primo o i primi episodi di panico e ciò che vi è associato. Una buona regola è infatti di ricercare l'episodio più antico, che quasi sempre ha marchiato il soggetto alla stregua di un trauma, e trattarlo.

Non è in fondo troppo difficile impedire al panico di rifare la sua piena comparsa. In genere, infatti, questo può succedere con pochi o talvolta addirittura con un solo trattamento. L'ansia collegata all'idea che si possa ripresentare è però quasi sempre il naturale e successivo problema che si presenta all'operatore e che non va trascurato.

L'ansia residua, infatti, è quasi sempre correlata con il timore che la situazione di panico si ripresenti "a sorpresa". A seconda dell'attitudine del soggetto, troveremo perciò con ogni probabilità un'**allarme** volto a prevenire il ripetersi della sensazione di panico, oppure la **preoccupazione** che l'episodio si ripeta e che ha lo scopo di escogitare fin d'ora una pronta soluzione, se il caso lo richiedesse. Tutte queste reazioni (panico, allarme, preoccupazione) si possono man mano depotenziare istruendo il soggetto ad auto-trattarsi utilizzando frasi appositamente costruite e ovviamente associandovi sempre lo *shift* dell'attenzione.

Reazioni di "blocco" e agorafobia

Le reazioni esagerate che chi soffre di questo tipo di disturbi esprime in particolari circostanze e luoghi possono essere equiparate alle risposte bio-psicologiche che si manifestano quando ***l'organismo è sottoposto a un evento per il quale il soggetto non si sente sufficientemente attrezzato o preparato***. Il senso di vulnerabilità percepito può essere rafforzato o alterato sia da esperienze precedenti di malessere in situazioni simili che da meri pensieri di impedimento, intrappolamento, fino a comprendere un senso di estrema paura o imminente catastrofe. A questo si aggiunge spesso, come elemento aggravante, il timore di stare male in pubblico.

Trovarsi in un luogo non perfettamente familiare, privo di immediato accesso a "zone di comfort" e sicure, per esempio le uscite più vicine, può così attivare o una ***reale reazione di panico***, o un effetto letteralmente congelante sul corpo e sulla psiche anche ***alla sola idea*** che l'evento paventato possa accadere.

Benché non sia sempre facile evidenziare la differenza tra una reazione di panico e quella di *freezing*, l'integrazione che utilizziamo è un po' diversa. Il "blocco" di cui stiamo parlando, infatti, mette in primo piano il ***voler evitare all'organismo il contatto con una situazione percepita come ingestibile***. L'entità *effettiva* dell'evento ritenuto ingestibile è irrilevante: questa reazione, infatti, può comparire in una situazione fobica, in presenza di uno shock, ma anche in un ambiente percepito come assolutamente estraneo, di fronte a un evento inaspettato o sconosciuto, eccetera.

Panico, allarme e blocco emotivo in azione

Donatella ammette di essere sempre stata piuttosto emotiva, ma di recente si è trovata a soffrire di veri e propri attacchi di panico e di crisi agorafobiche, queste ultime ripresentatesi dopo parecchi anni di assenza (ne soffriva saltuariamente ai tempi dell'università). Nell'ultimo periodo, nella vita della donna sono successe varie cose importanti: una promozione da tempo sospirata, che le ha garantito, da un lato, un netto miglioramento economico, ma anche un superiore carico di responsabilità; il cambio di casa, vantaggioso perché vicino all'ufficio, ma lontano dalla casa dei genitori, anziani e malati, e infine, due anni fa, il matrimonio e la ricerca di una gravidanza.

Il disagio maggiore che riporta riguarda il timore di provare di nuovo una certa sgradevolissima sensazione che chiama "blocco emotivo" e che assomiglia parecchio alla classica ***reazione agorafobica***. L'ha provata, recentemente, anche mentre stava attraversando una piazza che conosce perfettamente, e questo l'ha assai spaventata. È stata proprio la paura di avere qualcosa che non va nella testa a condurla da me!

Le chiedo quale sia stato il momento peggiore che lei ricorda in cui ha provato questo ***"blocco"***, e mi conferma che si è trattato proprio dell'attraversamento della piazza, quando all'improvviso ha provato un senso di estraniamento e un'angoscia sconfinata, e ha sentito il corpo come congelato, e che non rispondeva più alla sua volontà. Le spiego l'obiettivo biologico di questa sua reazione emotiva, spiegandole quanto scritto sopra, e le propongo di fare un round di FastReset con questa frase, cercando di rivivere momentaneamente le sensazioni provate in quel momento e spostando ovviamente tutta la concentrazione sulle mani o sui piedi subito dopo, per qualche secondo: ***"La mia reazione di blocco emotivo mi vuole evitare di trovarmi in una situazione di malessere che non so gestire"***. Terminiamo con una frase di rilascio e un nuovo *shift* dell'attenzione, dopodiché invito Donatella a rivivere quel momento così carico di tensione. "Ora", mi dice, "mi sento decisamente meno confusa circa l'episodio, e lo vedo come molto più distante da me".



Le domando quale sia, adesso, ciò che più la turba. Mi racconta un altro episodio, che risale all'ultima vacanza, fatta in auto con il marito. Una sera, alla ricerca dell'agriturismo a cui erano diretti, si trovarono in piena campagna in una zona di assenza di campo per il telefono. C'era inoltre una pioggia torrenziale, e la visibilità era ridotta. Lei cominciò a temere che, se avessero avuto bisogno di aiuto, nessuno sarebbe mai arrivato fin lì a cercarli, e avrebbe voluto tornare indietro, verso una strada di maggiore comunicazione, mentre il marito insisteva per andare avanti. Per alcuni minuti, Donatella si trovò in uno stato di tensione indicibile: “Stavo malissimo, mi sentivo il cuore a mille e quasi non riuscivo a respirare”. Ovviamente, dopo pochi chilometri riuscirono ad arrivare sani e salvi alla loro meta, ma la sua breve vacanza fu funestata dalla paura di ripetere quell'esperienza. La sua peggiore paura ora sembra proprio quella di ritrovarsi nuovamente in una situazione simile, anche se razionalmente tutto ciò le appare del tutto improbabile. Poiché quella di cui parliamo è ora una reazione di **allarme** riguardo a un evento potenziale, formuliamo così la frase da usare, mentre le chiedo di immaginare di essere di nuovo su quella strada di campagna: *“La mia reazione di allarme all'idea che l'auto si fermi e di perdermi per strade pericolose e sconosciute vuole che io abbia i riflessi pronti e la capacità di intervenire, se serve”*. Terminato questo “giro”, la donna conferma che ora il ricordo le appare molto più sbiadito, inoltre: “Se fosse successo per davvero, in qualche modo ce la saremmo cavata, ne sono certa!”.

E che dire del **panico**? Propongo a Donatella di ricordare, stavolta, un episodio in cui esso sia comparso, e di fare un nuovo esercizio di FastReset. Sceglie di rievocare un momento in cui, improvvisamente e senza motivo apparente, mentre era in coda al supermercato, sentì il cuore in gola, il respiro mozzato, la paura di morire da un momento all'altro e l'impulso irresistibile a scappare. “Avrei mollato lì tutta la spesa e me ne sarei uscita all'istante! Ma sarei anche morta di vergogna, perché mi conoscono. Così, mi sono fatta forza, devo aver balbettato una scusa alla cassiera, sono uscita, ho aspettato qualche minuto per calmarmi e sono rientrata a pagare e recuperare la spesa”. Tutto ciò le sembrava accaduto in pieno benessere, ma scopriamo che in effetti nel periodo precedente c'erano stati giorni di snervanti trattative con un importante cliente, peraltro finite abbastanza bene, anche se con un costo altissimo in termini di tensione, specie per la sensazione di non poter direttamente influire sull'esito della cosa. Le chiedo di ricordare vividamente la situazione sul lavoro e al supermercato, e soprattutto la reazione fisica di quel momento. Non fa nessuna fatica, a dire il vero! Procediamo quindi così: *“La mia reazione di panico vuole che io esca da questa situazione di trappola con tutti i mezzi e con tutte le mie forze”*, *shift* dell'attenzione, frase di rilascio, nuovo *shift*. Dopo questo round, appare visibilmente più sollevata. “L'aver scoperto che le mie reazioni, anche quelle apparentemente più assurde, hanno una loro logica mi ha molto rassicurato. Inoltre, ora che so che è possibile ridimensionarle in tempo reale mi sento davvero più sollevata”. Trascrivo le frasi che abbiamo utilizzato, consegnandole a Donatella con il compito di auto-trattarsi, nel caso le fossero servite.

Ci rivediamo alcune settimane dopo. Malgrado non sia stato un periodo facile (la mamma di Donatella nel frattempo ha subito un ricovero in ospedale, anche se ora è fuori pericolo), non ci sono più stati episodi di panico, né di agorafobia. “Ho usato le frasi che mi ha consegnato solo due volte: una in ospedale, mentre aspettavo l'esito degli accertamenti della mamma, e un'altra mentre tornavo a casa dopo una giornata infernale. Anche se non ho avuto più sintomi, mi sto rendendo conto che il mio vero problema è che mi carico di troppe cose, e che voglio avere tutto sotto controllo, cosa veramente impossibile. Possiamo fare qualcosa, per questo?”. Rassicuro Donatella e ci accingiamo a fare un lavoro più approfondito su questo aspetto del suo carattere, ma siamo entrambe contente che questa consapevolezza sia partita da lei stessa.