

ATTACCHI DI PANICO: UNA FRATTURA TRA EMOZIONI E PAROLE?

Antonella Di Ceglie

L'attuale costrutto clinico di "attacco di panico", "di proprietà" della nosografia psichiatrica ma tuttavia gravato da una pervasiva e altamente caratterizzante sintomatologia somatica, rappresenta un esempio paradigmatico del limite costitutivo della concezione dualistica corpo-mente, anzi esattamente una sorta di "cerniera" tra lo psichico ed il somatico. Quando una entità psicopatologica viene configurata quasi esclusivamente da sintomi somatici e, al di là di una generica paura di morire o di impazzire, i contenuti psichici risultano praticamente assenti, la estrema singolarità di questo aspetto può essere inteso come il *marker* psicopatologico di un vissuto nel quale si è smarrita la normale integrazione corpo-mente. La persona si vive e si percepisce come se fosse divisa tra esperienze fisiche ed esperienze mentali, ovvero come se fosse "solo corpo" o "solo mente". La semiologia dell'attacco di panico, difatti, concorda pienamente con quello che Henri Ey definì "ictus emotivo": questa espressione rende assai bene l'idea dell'esordio improvviso, della intensità, della disorganizzazione e della brevità dell'attacco, che si presenta senza fattori scatenanti immediatamente individuabili. Alla sensazione di panico ingravescente, caratterizzata da un sentimento di catastrofe imminente, paura di morire o di impazzire, sentimenti di derealizzazione e/o depersonalizzazione, si associa costantemente e, anzi, ne rappresenta proprio il tratto saliente, l'intensa sintomatologia somatica, espressione di una abnorme perturbazione ed iperattività del sistema nervoso autonomo, una "tempesta a ciel sereno" per la quale il paziente non riesce a rintracciare, nell'immediatezza dell'esperienza, né in seguito, riferimenti motivazionali nella realtà che lo circonda né, tanto meno, nel suo mondo interno. Ed è questa apparente inspiegabilità, insieme al carattere indefinito e sproporzionato del vissuto del panico, a rappresentare gli interrogativi e le questioni maggiormente problematiche del fenomeno.

Fin dalle ipotesi etiopatogenetiche di Donald Klein (Klein, Fink 1962) – rivelatesi successivamente infondate - anche per gli attacchi di panico, l'ancoraggio biologico ai neurotrasmettitori ha rappresentato il punto fisso dell'osservazione medica. Sebbene il poderoso progresso delle conoscenze neuroscientifiche, specie quelle della biochimica cerebrale, abbia offerto ipotesi sempre più raffinate - a volte anche sotto il profilo epistemologico - e molti pazienti abbiano tratto indiscutibili benefici dalla assunzione di farmaci sempre più specifici e controllabili, è pur vero che ancora oggi nessuna delle ipotesi proposte ha trovato una convalida definitiva. La questione più controversa resta poi sempre quella dell'impiego che di queste pur importanti nuove cognizioni sul funzionamento del sistema nervoso viene compiuto. Dopo circa un secolo di completa trascuratezza, soltanto recentemente si è assistito ad un importante ritorno del concetto di "emozione" tra gli studiosi delle neuroscienze, evidentemente preoccupati della natura altamente soggettiva e per questa ragione difficilmente analizzabile del tema. Esiste oggi un numero sempre crescente di neuroscienziati che si occupano della neurobiologia delle emozioni e che con sguardo esente da pregiudizi non negano la rilevanza degli aspetti psicologici e l'utilità dei trattamenti psicoterapeutici nei disturbi di panico. Joseph LeDoux, tra i molti altri, al quale si devono studi fondamentali sull'emozione della paura e sul ruolo centrale dell'amigdala, in un bellissimo libro,

Il cervello emotivo (1996), discute le funzioni del sistema limbico ed il rapporto emozione-cognizione alla luce dello specifico affetto della paura e giunge infine ad ipotizzare apertamente che trattamenti puramente psicoterapici siano in grado, *da soli*, di modificare mediante la loro azione il complesso dei sistemi neurotrasmettitoriali. Tuttavia, accanto a LeDoux, a Kandel (1998, 1999), a Damasio (1999, 2001), a Watt (2001) ed a molti altri, esiste ancora certo cascame biologista che, come rileva Pazzagli (2002), continua ad avventurarsi in deduzioni gratuite e scientificamente scorrette del tipo: *se per l'attacco di panico si scopre una corrispondenza somatica, una alterazione o una causa, allora l'attacco di panico non ha alcun significato psicologico*. Affermazioni perentorie e banalizzanti come questa, producono un duplice danno: da una parte continuano ad alimentare la rugosa e sterile contrapposizione tra somatico e psichico, dall'altra trasformano i farmaci in una comoda tecnica elusiva e di stordimento. Quando al farmaco è affidata l'unica parola, vuol dire che si è scambiata la psiche per un laboratorio chimico ed al farmaco viene affidata la funzione di "sotterrare" definitivamente ciò che il paziente non è più in grado di comprendere e di esprimere verbalmente perché, forse, sente che non c'è più nessuno disposto ad ascoltarlo. L'esperienza del panico è un fenomeno che va ben oltre il livello, pur reale e lì per lì attualmente determinante, della dinamica dei neurotrasmettitori, semplicemente per il fatto che la psiche non è un evento chimico. Nella crisi di panico, l'incapacità del paziente a identificare una esplicita connessione tra l'attacco ed i suoi eventi di vita, rappresenta proprio un estremo escamotage - pagato tuttavia a caro prezzo - per sfuggire ad ogni penosa consapevolezza emotiva: il nesso tra mente e corpo è disposto a disfarsi purché non vengano riconosciute, espresse ed elaborate emozioni intense e sentimenti troppo dolorosi. L'angoscia, allora, non assolvendo più alla sua funzione di segnale, utilizza espressioni "fuori psiche" e parla tragicamente attraverso un corpo tormentato che diventa il ricettacolo di ogni causa prima. Avvertiva Groddek (1969) che il corpo raffigura una mappa di rappresentazioni simboliche e che mente e corpo possono venire effettivamente compresi solo allorché vengano pensati nel loro reciproco riferirsi. E la psicoanalisi ci ha insegnato che la malattia, considerata da sempre un accadimento che travolge l'uomo contro la sua volontà, una "differenza" dallo stato di salute che allude alla differenza estrema - la morte - può invece essere recuperata quale esperienza costitutiva dell'Io stesso (Stella 1992), come momento - ancorché doloroso o disperato - di identità. Un vissuto così estremo e complesso come quello del panico e che, non va dimenticato, intrattiene un innegabile rapporto con la naturale insicurezza ontologica dell'uomo e con l'angoscia esistenziale intesa in senso heideggeriano, situazione-limite che pone l'individuo di fronte al Totalmente Altro (Callieri 1997), non può certamente essere liquidato attraverso soluzioni monistiche e salvifiche, ma richiede uno sguardo autenticamente laico ed aperto a tutti i contributi, a tutte le "contaminazioni", da qualunque parte esse provengano. Un approccio integrato, che non ci renda vestali o sacerdoti, custodi di saperi rigidi e perciò tanto rassicuranti, può diventare il migliore terreno per la comprensione di quella assai problematica mancanza di linguaggio emozionale interno tipica di questi pazienti che, a volte, al solo sentir parlare di emozioni, cominciano a sperimentare la perdita di controllo e la paura di impazzire.

In questa ottica di integrazione, lo specifico psicodinamico e comportamentale dei pazienti con DAP potrebbe essere individuato in un più ampio e comprensivo disturbo della regolazione delle emozioni (Taylor, Bagby e Parker 1997), nel senso di una perdita o di un fallimento dell'affetto dell'ansia quale segnale. Se questo tipo di problema può occasionalmente capitare a ciascuno di noi, i pazienti con crisi ricorrenti di panico sembrano possedere una organizzazione psicologica che non permette loro lo sviluppo tipico dell'ansia come segnale. Ogni individuo, non soltanto prova delle emozioni, ma deve anche essere in grado di gestirle e di controllarle. Le emozioni innate di base sono presenti nel neonato e restano fondamentalmente le stesse in tutte le culture; il loro aspetto soggettivo-esperienziale e le emozioni più complesse si sviluppano durante la

prima infanzia ed in questo processo giocano un ruolo di estrema importanza la cognizione e la socializzazione. La capacità di rappresentare una idea di affetto, la consapevolezza del proprio stato mentale e di quello delle altre persone implica che il bambino abbia acquisito una comprensione del concetto di mente. Le ricerche sugli stili di attaccamento hanno confermato che la sensibilità e la reattività del *primary caregiver* agli stati emotivi del bambino rappresenta una delle determinanti principali del modo in cui egli imparerà o meno a regolare gli affetti disturbanti e ad entrare in relazione con gli altri. L'emozione, dunque, *implica sempre una relazione*, dal momento che la rappresentazione delle emozioni avviene, sin dalla nascita, all'interno di un campo intersoggettivo, e cioè insieme alla rappresentazione di sé e degli altri (Emde, 1993; Stern, 1985). I risultati delle ricerche sull'attaccamento suggeriscono che le rappresentazioni emotive, la funzione riflessiva e le altre abilità di regolazione degli affetti, emergono e si sviluppano adeguatamente in un contesto di relazioni infantili di *attaccamento sicuro* (Fonagy, Target, 2001; Goldberg, Mackay-Soroka e Rochester 1994). In questa ottica, il panico rappresenta al contrario una esperienza emotiva ancora priva di una organizzazione e di una differenziazione in schemi cognitivi; ciò non permetterebbe all'Io di utilizzare gli affetti come segnali, dal momento che non si è sviluppata una struttura per l'elaborazione interna delle emozioni. (Baumbacher 1989, Lane e Schwartz 1987). Invece di percepire l'angoscia e tutta la gamma degli affetti come segnali di avvertimento dell'ansia crescente, questi pazienti vengono investiti da improvvise ondate di affetti indifferenziati che li travolgono. Secondo Krystal (1983,1988), ciò che essi esperiscono, non è vero panico, ma un attacco di elementi fisiologici misti ad affetti disforici, un esempio perfetto di regressione degli affetti alla loro forma infantile, somatica ed indifferenziata. Questa ipotesi, di una regressione dalla psiche al soma, del panico quale processo di traslazione diretta dell'attivazione interna lungo percorsi somatici di scarica, in assenza di modificazione di processi psichici di ordine superiore, è in accordo la classica visione psicodinamica.

Un tentativo di fornire una diversa chiave di lettura del "fenomeno panico" potrebbe passare attraverso l'analisi di alcuni recenti costrutti teorici, di diversa matrice, ma tra i quali tuttavia la centralità del concetto di "emozione" rappresenta il punto di raccordo principale. In particolare, ci pare di rintracciare forti punti di convergenza ed una interessante circolarità concettuale fra i concetti di "alessitimia", quello di "intelligenza emotiva" Goleman (1996) e la recentissima "teoria del codice multiplo" (Bucci 1997, 1999, 2002). In numerosi studi della letteratura più recente, vengono riscontrate alte correlazioni tra disturbo da attacchi di panico e alessitimia (Horton, Gewirtz, Kreutter 1994); Joukamaa, Leopola 1994; Cox, Swinson, Shulman, Bourdeau 1995; Devine, Steward, Watt, 1999). Il concetto di alessitimia, o "sentimento muto", come preferiamo definirlo, concepito negli anni '70 dalle ricerche di Nemiah e Sifneos sulle caratteristiche cognitive di pazienti affetti da malattie psicosomatiche classiche, ha riacquisito negli ultimi anni enorme rilevanza nella ricerca internazionale ed è stato ampiamente rivalutato al punto da essere considerato un nuovo potenziale paradigma non soltanto per la medicina psicosomatica ma per la psicologia clinica più in generale, in grado di sostituire o integrare le teorie basate sul conflitto psichico. Il punto di forza dell'attuale concetto di alessitimia consiste nel fatto che esso rappresenta l'esito della convergenza di ricerche indipendenti in campi diversi – psicologia sperimentale, biologia evolutiva, neurofisiologia, psicoanalisi – ma che individuano tutti nelle emozioni il medesimo oggetto di conoscenza. Recentemente l'alessitimia è stata anche inclusa nei "Criteri diagnostici per la ricerca psicosomatica", il sistema diagnostico che accanto al DSM e all'ICD permette una descrizione più raffinata e completa dei pazienti selezionati per le ricerche. Oggi vengono riconosciute nei soggetti alessitimici alcune precise caratteristiche: (i) la difficoltà a discriminare una emozione dall'altra e gli stati somatici dalle emozioni. Può accadere cioè che i soggetti risalcano all'emozione soltanto attraverso lo stato somatico che percepiscono; (ii) la difficoltà nel descrivere e comunicare agli altri le proprie emozioni; (iii) la presenza di processi immaginativi limitati,

coartati, con una sostanziale povertà del mondo fantasmatico; (iv) la presenza di uno stile cognitivo strettamente legato allo stimolo ed orientato all'esterno (il "pensiero operativo" della scuola di Marty). Appare evidente come il concetto di alessitimia si discosti dal modello della inibizione: il soggetto non reprime né inibisce le proprie emozioni, bensì non ha parole, in altri termini non riesce ad esprimere. In questo senso ci troviamo senz'altro più nell'area del deficit che in quella del conflitto. Joyce McDougall (1989) sottolinea come spesso questi pazienti abbiano fatto precocemente l'esperienza di emozioni intense che hanno minacciato il loro sentimento di identità e di integrità. È stato loro necessario, per sopravvivere psichicamente, innalzare un sistema molto solido per prevenire il ritorno di un vissuto traumatico, portatore di una minaccia di annientamento. L'allontanamento dalla propria realtà psichica si spiegherebbe allora non come una incapacità di contenere o esprimere una emozione, quanto una incapacità di contenere un *eccesso di esperienza affettiva*, assai vicina all'angoscia psicotica.

In termini più generali, questa condizione di "emozioni senza parole" si pone come capitolo centrale, ed in un certo senso esemplare, di vissuti psicopatologici come il panico, nei quali è possibile identificare meccanismi di disregolazione degli affetti: l'alessitimia, dunque, come osserva Solano (2001), non andrebbe intesa quale diagnosi, ma quale tratto stabile di personalità che, interagendo con gli eventi di vita, attiverebbe quel processo di somatizzazione che si sostituisce ad un carente o del tutto mancante linguaggio emozionale interno. L'alessitimia non è, tuttavia, un fenomeno del tipo "tutto o nulla": esso va semmai inteso come inserito lungo un continuum, ad un estremo del quale si collocherebbero le situazioni più gravi e meno trattabili come l'anaffettività (l'incapacità di provare emozioni riscontrata in pazienti psicotici), all'altro quelle casuali difficoltà nel comprendere e comunicare le esperienze emotive, condizione che ciascuno di noi, in particolari circostanze, è in grado di sperimentare. La ricerca più recente si è in tal senso focalizzata proprio sulla presenza di quelle che potremmo definire delle normali "stanze mentali" alessitimiche, cioè relative a contenuti specifici o a contesti particolari, presenti anche in individui con tratti alessitimici poco elevati.

Esiste una interessante ed elevata relazione inversa, tra aspetti del costrutto di alessitimia ed il concetto di "intelligenza emotiva" che Daniel Goleman (1996) ha recentemente introdotto nel panorama della teoria delle emozioni. Per tutto il secolo scorso il concetto di intelligenza considerava le abilità mentali principalmente identificabili nella loro dimensione cognitiva. I più diffusi test per misurare l'intelligenza, non hanno mai considerato il fenomeno del vissuto emozionale e l'esprimibilità di questo come elemento cruciale nello sviluppo complessivo di un individuo. Nel delineare la sua teoria delle "intelligenze multiple", Gardner (1983) descrisse due forme di intelligenza personale: l'intelligenza intrapersonale - che è la capacità di accedere alla propria vita affettiva - e l'intelligenza interpersonale - quella di leggere gli stati d'animo, le intenzioni e i desideri degli altri, una diretta verso l'interno, l'altra verso l'esterno ed intimamente intrecciate. Queste fondamentali abilità dell'intelligenza appaiono oggi centrali nel modello della "intelligenza emotiva". Accanto al classico quoziente intellettivo, esisterebbe per ciascuno di noi un corrispondente ed altrettanto significativo "quoziente emotivo", certamente più difficile da quantificare ma che contrassegnerebbe in modo essenziale la qualità generale della vita affettiva e dei rapporti con gli altri. Se l'emozione è inconcepibile senza relazione, è dalla qualità delle nostre relazioni che possiamo leggere il grado della nostra intelligenza emotiva. La tendenza delle culture occidentali a sminuire il ruolo delle emozioni ed a potenziare lo sviluppo cognitivo, per il quale invece riceviamo, fin dall'infanzia, continue sollecitazioni, può condurre a quella situazione di miseria interiore che Goleman definisce "analfabetismo emotivo" e che, a sua volta, può rappresentare una condizione trasversale prodromica a molte categorie psicopatologiche. Chi non sa sillabare l'alfabeto emozionale si muove infatti in un mondo pervaso da un timore diffuso, quindi vive in uno stato di vigilanza, a volte aggressivo, che lo induce spesso a percepire

la realtà esterna come potenzialmente nemica, senza tuttavia avere il tempo e la voglia di comprenderne il perché. Sono molte le persone che, indipendentemente dal loro livello culturale, mancano di competenza emotiva e che non sono più in grado di sentire ciò che provano e di riconoscere negli altri gli stessi sentimenti. L'intelligenza emotiva è sostanzialmente governata da due importanti competenze, strettamente interconnesse: una "competenza personale", legata al modo in cui gestiamo noi stessi – la capacità cioè di riconoscere, gestire e dare un nome alle emozioni - ed una "competenza sociale", che si riferisce alla gestione delle relazioni con gli altri ed a fondamento della quale si colloca l'empatia. Oltre alla consapevolezza dei propri sentimenti soggettivi, l'intelligenza emotiva comprende la percezione e la considerazione dei comportamenti emotivi non-verbali, incluse le sensazioni corporee evocate dalla attivazione emozionale, le espressioni facciali, il tono della voce e la gestualità esibita dagli altri. Numerosi resoconti clinici ed evidenze empiriche indicano che individui con bassi livelli di intelligenza emotiva incontrano marcate difficoltà nell'identificare emozioni dall'espressione facciale degli altri e manifestano una capacità ristretta di empatizzare con gli altrui stati emozionali. Altri studi condotti con strumenti standardizzati hanno inoltre confermato la forte opposizione e sovrapposizione tra i costrutti di alessitimia e di intelligenza emotiva: ad un alto grado di alessitimia e ad un basso livello di intelligenza emotiva si associano difficoltà a discriminare tra diversi stati emozionali e limitate capacità di pensare sulle emozioni ed usarle per affrontare situazioni stressanti. Che la limitata capacità di rappresentare e regolare cognitivamente le emozioni renda tali individui maggiormente vulnerabili verso una varietà di disturbi medici e psichiatrici è ampiamente dimostrato. In particolare, studi effettuati su pazienti diagnosticati con Dap, hanno mostrato una correlazione molto elevata (superiore al 50%) con la TAS – la Toronto Alexithymia Scale-20. I più recenti studi comparativi, in particolare tra pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo e pazienti con disturbo di panico hanno sottolineato come il panico sia in maggior misura correlato con la difficoltà ad identificare e descrivere le emozioni ed a distinguerle dalle sensazioni corporee (Hwang e Bromet 2002, Kahn e Meyers 2000).

Se "alessitimia" può esser tradotta in termini di "emozioni senza parole", la "teoria del codice multiplo", potremmo descriverla come "stati somatici senza simboli". Si tratta di un recente costrutto introdotto da Wilma Bucci (1997,1999,2002) ed ancora in via di verifica, che si può inquadrare all'interno di quel composito e variegato movimento internazionale della sperimentazione clinica e della ricerca empirica e teorica, denominato "integrazione psicoterapeutica" ma che, al di là delle etichette, rappresenta un importante tentativo di ripensare le malattie oltre la dicotomia mente/corpo o malattie organiche e malattie psichiche. Il presupposto di fondo del modello è che, seppure il livello psicologico e quello neurologico dell'esperienza si avvalgano di costrutti differenti, concetti differenti, applicazioni pratiche differenti da studiare separatamente, sebbene, in altri termini, i costrutti psicologici non possano essere ridotti a quelli neurofisiologici, tuttavia i due livelli devono essere sempre traducibili l'uno nell'altro. Nella teoria del codice multiplo vengono differenziate tre modalità fondamentali in cui gli esseri umani elaborano le informazioni, comprese quelle emotive, e costruiscono rappresentazioni interne: il *sistema subsimbolico non-verbale*, il *sistema simbolico non-verbale* ed il *sistema simbolico verbale*. L'elaborazione subsimbolica riguarda tutti quegli stimoli non-verbali che vengono processati "in parallelo". Ad esempio, riconoscere l'espressione dell'emozione facciale altrui, riconoscere una voce familiare nella confusione di una festa o intuire il *timing* di una interpretazione da offrire al paziente. Si tratta della fase per così dire "più primitiva" della elaborazione degli stimoli. L'elaborazione simbolica non-verbale riguarda invece quelle immagini mentali (un viso, un'espressione, una musica) che, pur presenti alla coscienza, non possono essere tradotte in parole. Per modalità simbolica verbale, infine, si intende la capacità di organizzare tutti gli stimoli utilizzando quel potentissimo strumento di comunicazione che sono le parole. Le parole sono

simboli, sono entità che si riferiscono ad altre entità e che possono essere combinate insieme in un numero praticamente illimitato di modi. Il funzionamento del sistema verbale simbolico può essere considerato analogo al pensiero del processo secondario freudiano. In questo modello la complessa connessione fra i tre sistemi – che ovviamente si muove in senso bidirezionale, dalle emozioni alle parole e viceversa – è definito “processo referenziale”. Gli “schemi emotivi” costituiscono uno dei principali organizzatori delle rappresentazioni interne e determinano il modo di costruire esperienze, relazioni interpersonali, esprimere i propri stati emotivi. Il processo di somatizzazione sarebbe causato da una dissociazione tra i pattern sensoriali e motori di espressione delle emozioni e le parole, intese come rappresentazioni simboliche di oggetti di cui facciamo esperienza a livello subsimbolico. In questo senso, ci sembra che il paziente con crisi di panico, non si troverebbe tanto, o soltanto, nella situazione di non avere parole per le emozioni, quanto di essere senza simboli per i suoi stati somatici. Il suo psichismo, in altri termini, si situerebbe ad uno stadio assai più primitivo rispetto a quello, ad esempio, di un soggetto ipocondriaco nel quale la focalizzazione su particolari sezioni corporee danneggiate funge comunque da “simbolo” in grado di organizzare lo schema emotivo e dunque l’organo afflitto, aggredito o dal quale si crede di essere aggredito, è in ogni caso in grado di rappresentare il focus di una azione “consumatoria” simbolica. Nell’ipocondriaco, proprio l’attenzione su sintomi specifici, salva, per così dire, una qualche organizzazione del sistema emotivo che viene diretta verso uno specifico oggetto. Al contrario, proprio la estrema frammentarietà della sintomatologia della crisi di panico, nella quale vengono coinvolti contemporaneamente ed in modo indifferenziato gli apparati più diversi, ci pare testimoni proprio di questa impossibilità di rintracciare un referente simbolico per la caotica ed intensa sintomatologia somatica. L’estrema attivazione fisiologica associata con forti emozioni, nel panico si verifica senza una corrispondente attivazione dei contenuti cognitivi poiché non esistono connessioni all’interno dei sistemi non verbali tra attivazione somatica subsimbolica e immagini di oggetti e dunque non può avvenire una comunicazione verbale significativa. L’obiettivo del trattamento psicologico consiste in un tentativo di riparare le scissioni avvenute fra i tre sistemi e di modificare gli schemi cognitivi, ossia di connettere o di ri-connettere le esperienze patologiche sub-simboliche dissociate con la modalità simbolica di esperienza.

In sintesi: la somatizzazione della sofferenza psicologica è un processo universale attraverso il quale si affidano a sintomi corporei drammi affettivi che non trovano parole per essere espressi. Molto spesso il panico viene presentato come un evento persecutorio, inatteso e privo di senso, da parte di persone pseudomature che hanno perso o che più spesso non hanno mai guadagnato il contatto interno con importanti parti di sé e che, come osserva Bolognini (2002), hanno preteso dal loro Io delle *performances* funzionali alla lunga insostenibili dato il carico difensivo cui esso è sottoposto. L’economia psichica di questi individui è dominata da una scissione patologica tra mentale e corporeo che permette alle emozioni insopportabili di rimanere estranee alla coscienza e che nella etichetta di “Disturbo da attacchi di panico” trova una formidabile alleata: in questo modo il sintomo “panico” diviene per il paziente – e spesso, collusivamente, anche per il clinico – una sorta di “erbaccia da estirpare e non come il segnale di un malessere più profondo che proprio attraverso quel sintomo viene alla superficie e chiede di essere ascoltato”. (Rossi Monti 2000). Tra i più significativi tentativi di sostituire ad una rigida distinzione dualistica la coesistenza di psiche e corpo, quello di derivazione psicoanalitica ha offerto nel tempo i frutti migliori. Oggi ampliare gli orizzonti verso i contenuti delle neuroscienze, da un lato, e delle scienze cognitive, dall’altro appare sempre più necessario, dal momento che le ipotesi patogenetiche, quando sono univoche, difficilmente sono in grado di garantire interpretazioni esaustive ed indicazioni terapeutiche efficaci. Fenomeni psicopatologici complessi e problematici come quello del panico lo impongono; a costo di essere accusati di “eclettismo superficiale”. I

segnali di un rapporto meno contrastato tra psicologia e “scienze della natura” vengono anche dai settori più aperti della neurobiologia che hanno sottolineato quanto l’espressione dei geni possa essere modulata dalla esperienza. Tuttavia, se non si è ancora disposti, come propone Kandel (1999), ad un matrimonio tra psicologia, psicopatologia e neurobiologia, almeno si potrebbe prendere in seria considerazione l’idea di una “libera convivenza”.

Bibliografia

- Bolognini S. (2002). “*Fidarsi di sé*”. *Pseudo maturità e disarticolazione Io-Sé negli attacchi di panico*. Relazione presentata al Centro Psicoanalitico di Bologna, 14 Settembre.
- Bucci W. (1997a). *Psicoanalisi e scienza cognitiva*. Giovanni Fioriti Editore, Roma 1999.
- Bucci W. (1997b). Symptoms and symbols. A multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry* 17, 151-177.
- Bucci W. (1999). The multiple code theory and the “third ear”: the role of theory and research in clinical practice. *Psichiatria e Psicoterapia Analitica* 18, (4) 299-310.
- Bucci W. (2002). The referential process consciousness and the sense of self. *Psychoanalytic Inquiry* 22, (5) 841-856.
- Callieri B. (1997). Ai confini del nulla: l’esperienza del panico. *Giornale Italiano di Psicopatologia* 2, 86-88.
- Cox B.J., Swinson R.P., Shulman I.D., Bourdeau D. (1995). Alexithymia in panic disorder and social phobia. *Comprehensive Psychiatry* 36, (3) 195-198.
- Damasio A. (1999). Commentary. *Neuropsychoanalysis* 1, (1) 38-39.
- Damasio A. (2001). Consciousness and the brainstem. (Chapter) Dehaene, Stanislas (Ed.), *The cognitive neuroscience of consciousness*. *Cognition special issue*. (135-159), Cambridge, MA, US, MIT Press.
- Devine H., Steward S.H., Watt M.C. (1999). Relations between anxiety sensitivity and dimensions of alexithymia in a young adult sample. *Journal of Psychosomatic Research* 47, (2) 145-158.
- Emde, R.N., Buchsbaum H.K. (1993). *Verso una teoria psicoanalitica degli affetti: sviluppo emotivo e comunicazione nell’infanzia*. In: Riva Prugnola (a cura di), *Lo sviluppo affettivo del bambino*. Cortina, Milano.
- Fonagy P., Target M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Gardner H. (1983). *Formae mentis. Saggio sulla pluralità dell’intelligenza*. Feltrinelli, Milano, 1991.
- Goldberg S., Mackay-Soroka S., Rochester M. (1994). Affect, attachment and maternal responsiveness. *Infant Behavioural Development* 17, 335-339.
- Goleman D. (1996). *Intelligenza emotiva*. BUR Saggi, Milano 1999.
- Groddek G. (1921). *Il linguaggio dell’Es*. Adelphi, Milano 1969.
- Horton P.C., Gewirtz H., Kreutter K.J. (1994). Alexithymia and panic disorder. *American Journal of Psychiatry* 151, (4) 627-628.
- Hwang M.Y., Bromet E. J. (2002). Obsessive-compulsive and panic symptoms in patients with first admission psychosis. *American Journal of Psychiatry* 159,(4) 592-598.
- Joukamaa M., Leopola U. (1994). Alexithymic features in patients with panic disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*. 48, (1) 33-36.
- Kahn J.P., Meyers J.R. (2000). Treatment of comorbid panic disorder and schizophrenia: Evidence for a panic Psychosis. *Psychiatric Annals*, 30 (1) 29-33.
- Kandel E.R. (1998). A New Intellectual Framework for Psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 155, 457-469.
- Kandel E.R. (1999). Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revised. *American Journal of Psychiatry* 156, 505-524.
- Klein D.F., Fink M. (1962). Psychiatric reaction patterns to imipramine. *American Journal of Psychiatry* 119.

- Krystal H.(1983). Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy* 9, 353-388.
- Krystal H. (1988). *Integration and Self- healing: Affect, Trauma and Alexithymia*. Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Lane R.D., Schwartz G.E. (1997). Alexithymia: A new neurological model based on a hipotesized deficit in the conscious experience of emotion. In Vingerhoets A., Bussel F., Boelhouwer J. (a cura di), *The (Non) Expression of Emotions in Health and Disease*, Tilburg University Press.
- LeDoux J.E. (1996). *Il cervello emotivo. All'origine delle emozioni*. Baldini e Castoldi, Milano 1998.
- McDougall J. (1989). *Teatri del corpo*. Raffaello Cortina, Editore, Milano 1990.
- Pazzagli A., Rossini S. (2002). *Il cuore in gabbia*. Frassinelli Milano.
- Rossi Monti M. (2000). Il panico: attualità del nulla. *Psiche* VIII,1, 41-50.
- Solano L. (2001). *Tra mente e corpo*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Stella A. (1992). *Per una concezione filosofica dello psichico*. Borla, Roma.
- Stern, D. N. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. Bollati Boringhieri, Torino 1987.
- Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J.D.A. (1997). *I disturbi della regolazione affettiva*. Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- Watt D.F. (2001). Principles of cognitive and behavioural neurology. *Neuropsychology* 3 (1), 128-130.

Antonella Di Ceglie
Ricercatore in Psicologia Clinica, Università di Urbino
Istituto di Psicologia, via Zeppi
61029, Urbino (PU).
a.diceglie@uniurb.it