

***Il dolore che non posso sentire. Aspetti clinici  
e neurobiologici del disturbo di panico\****

*The Pain that I Cannot Feel. Clinical and  
Neurobiological Aspects of Panic Disorder*



Rosanna Biasi\*\* e Michele Cannavò\*\*\*

[Ricevuto il 2 febbraio 2025

Accettato per la stampa il 15 aprile 2025]

**Abstract**

Panic disorder is a psychiatric disorder from which an estimated 2 to 3 percent of the world's population suffers (DSM-V), severely affecting quality of life. Integrating social, neurobiological aspects and the most recent clinical applications of attachment theories, the article proposes a reading of panic disorder as an expression of a society in which pain is dissociated due to widespread fear of suffering and pressures to perform and not express experiences of fragility. From a neurobiological point of view, relevance is given to the diversity of the panic attack from the acute anxiety attack, paying attention to those circuits that originate from the brainstem, in line with the important affective-body implication of this pathology.

Finally, with a look at attachment theories, it is proposed that, the incomplete acquisition of body-mediated affect regulation processes makes people suffering from this disorder unable to modulate negative states of intense psychophysiological activation; this results in the inability to cope in an integrated way with the intense psychological pain that results from the loss of the attachment relationship. Regarding the psychotherapeutic pathway, the authors focus on the central role of clinical co-regulatory experiences between patient and therapist, which become implicit memories, facilitating an integration of proprioception and esteroception and promoting wellbeing. This articulated look at panic disorder may shed light on new studies in order to further define the clinical and neurophysiologic diversity between panic

\* L'articolo è stato realizzato senza nessun finanziamento.

\*\* Istituto di Gestalt HCC Italy. Via Giovanni Pierluigi da Palestrina 2, 20124 Milano. E-mail: [rosanna.biasi@gestalt.it](mailto:rosanna.biasi@gestalt.it)

\*\*\* Istituto di Gestalt HCC Italy. Via Vitaliano Brancati 20, 95128 Catania. E-mail: [michele.cannavo@gestalt.it](mailto:michele.cannavo@gestalt.it)

*Note biografiche degli autori in fondo al saggio.*

*Quaderni di Gestalt (ISSNe 2035-6994), XXXVIII, n. 1/2025*

DOI: 10.3280/qg2025-1oa19318

disorder and anxiety disorder and stimulate reflection on the various interconnected aspects in the etiopathogenesis and treatment of this psychopathological framework.

*Keywords:* Gestalt psychotherapy, panic, pain, dysregulation, integration.

## **Riassunto**

Il disturbo di panico è una patologia psichiatrica, di cui si stima soffra il 2-3% della popolazione mondiale (DSM-V), con gravi ripercussioni sulla qualità della vita. Integrando aspetti sociali, neurobiologici e le più recenti applicazioni cliniche delle teorie dell'attaccamento, l'articolo propone una lettura del disturbo di panico come espressione di una società in cui il dolore viene dissociato per la paura diffusa della sofferenza e per le pressioni ad essere performanti e a non esprimere vissuti di fragilità. Dal punto di vista neurobiologico, viene data una rilevanza alla diversità dell'attacco di panico rispetto all'attacco acuto di ansia, atenzionando quei circuiti che hanno origine dal tronco encefalico, in linea con l'importante implicazione affettivo-corporea di tale patologia. Infine, con uno sguardo alle teorie dell'attaccamento, viene proposto che, l'incompleta acquisizione di processi di regolazione degli affetti mediati dal corpo renda le persone che soffrono di questo disturbo incapaci di modulare gli stati negativi di intensa attivazione psicofisiologica; questo comporta l'impossibilità di fronteggiare in modo integrato il dolore psicologico intenso che deriva dalla perdita della relazione di attaccamento. Per quanto riguarda il percorso psicoterapico, gli autori si focalizzano sul ruolo centrale delle esperienze cliniche di co-regolazione tra paziente e terapeuta, che diventano memorie implicite, facilitando un'integrazione tra propriocezione ed esterocezione e promuovendo il benessere. Questo sguardo articolato sul disturbo di panico possa dare luce a nuovi studi, al fine di definire ulteriormente la diversità clinica e neurofisiologica tra disturbo di panico e disturbo di ansia e che stimoli una riflessione sui vari aspetti interconnessi nella eziopatogenesi e nella cura di tale quadro psicopatologico.

*Parole chiave:* Psicoterapia della Gestalt, panico, dolore, disregolazione, integrazione.

## **1. Introduzione: il disturbo di panico**

Il disturbo di panico è un fenomeno complesso che si manifesta con ricorrenti episodi di attacchi di panico inaspettati, discontrollo emotivo e sintomi dissociativi al fine di attutire l'impatto dell'esperienza del dolore psichico. Recenti studi neurobiologici hanno messo in evidenza il ruolo critico di circuiti neurali che coinvolgono l'insula, la sostanza grigia periacqueduttale (PAG), l'ipotalamo ventro-mediale e la corteccia cingolata anteriore (ACC) (Guan *et al.*, 2024). Queste aree cerebrali concorrono alla definizione delle esperienze corporee di dolore fisico e psichico e possono contribuire a modulare gli stati affettivi, influenzando così il manifestarsi degli attacchi di panico.

La teoria polivagale, proposta da Stephen Porges (2001), offre un impor-

tante *framework* per comprendere la regolazione del Sistema Nervoso Autonomo (SNA) e il modo in cui le esperienze relazionali e sociali interagiscono con le reazioni biologiche di fronte alla minaccia. Secondo questa teoria, le reazioni di difesa sono integrate all'interno di un *continuum* di risposte simpatiche e parasimpatiche, dimostrando come, solo quando le tre componenti del nostro Sistema Nervoso Autonomo lavorano insieme, possiamo sperimentare il benessere (Dana, 2019). Il corretto funzionamento dei processi inibitori, come il freno ventro-vagale sul sistema simpatico e sul dorso-vagale è fondamentale per la preservazione dell'integrità del sistema ed è, di conseguenza, cruciale per la salute dell'individuo (Thayer, 2007).

In parallelo, le teorie di Jaak Panksepp (1998) sui sistemi affettivi evidenziano l'importanza delle emozioni di base e della loro neurobiologia nell'esperienza umana, suggerendo che i sistemi affettivi *panic/grief* (panico/lutto o tristezza) possano svolgere un ruolo determinante nello sviluppo del panico.

In questo articolo, cercheremo di esplorare tale sofferenza psicopatologica attraverso una lente fenomenologica, integrando l'approccio gestaltico con le ricerche neurobiologiche, al fine di fornire un nuovo strumento di lettura e trattamento del disturbo di panico. Faremo riferimento alla definizione "attacco di panico" per descrivere l'evento acuto, mentre parleremo di "disturbo di panico" qualora siano presenti ricorrenti attacchi di panico inaspettati, la presenza per un mese o più di preoccupazione persistente per l'insorgere di altri attacchi e/o alterazione significativa del comportamento correlato (DSM-V).

## **2. Il disturbo di panico nella psicopatologia contemporanea**

La diagnosi di disturbo di panico è stata introdotta nel 1980, con la terza edizione del DSM, mentre precedentemente, nella tradizione psichiatrica europea, l'esperienza del panico veniva definita "crisi acuta di angoscia" (Sarnavio *et al.*, 2019). Potremmo dire, quindi, che è una patologia moderna e che, come altre patologie contemporanee, quali le *addiction* (Pintus G. e Grech M.L., 2021), i disturbi alimentari e il trauma (Taylor M., 2014), nasce da una mancanza di senso di sicurezza scontata su cui l'esperienza della novità possa poggiare.

In generale la sofferenza che incontriamo oggi nell'attività clinica è cambiata. I pazienti chiedono un sostegno psicoterapico con domande legate a situazioni critiche, per problemi legati all'identità, per discontrollo emotivo, per la ricerca del piacere o la fuga dal dolore e per problemi inerenti alla gestione delle relazioni affettive.

Il corpo e le relazioni sono gli elementi fondamentali che possono essere visti come organizzatori psicopatologici (Janiri, 2021). Gli attacchi di panico possono iniziare a qualsiasi età, ma si riscontra una maggiore frequenza nelle giovani adulte, generalmente tra i 18 e i 34 anni (Zhou *et al.*, 2018) con una seconda punta di insorgenza tra i 45 e i 54 anni (Sanavio *et al.*, 2019). I fattori di rischio per lo sviluppo del disturbo di panico includono: storia familiare di disturbi d'ansia, eventi traumatici e *stress* ambientale, che possono contribuire all'emergere dei sintomi (McNally, 2002). Inoltre, in questi pazienti si presentano spesso in comorbidità altri disturbi d'ansia, depressione e abuso di sostanze, complicando ulteriormente il quadro clinico (Lieb *et al.*, 2005).

Il disturbo di panico è caratterizzato da episodi ricorrenti e inaspettati di intensa paura o disagio, associati a sintomi somatici come tachicardia, sudorazione e sintomi dissociativi quali vertigini, depersonalizzazione e derealizzazione. Secondo il DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), questi episodi sono accompagnati da una preoccupazione persistente riguardo futuri attacchi di panico e cambiamenti comportamentali significativi, quali strategie di evitamento. La diagnosi differenziale è cruciale, poiché i sintomi di un attacco di panico possono sovrapporsi a quelli di altre condizioni quali il disturbo d'ansia generalizzata, il disturbo post-traumatico da stress e le malattie cardiache. È fondamentale escludere eventuali patologie mediche, come disfunzioni tiroidee o disturbi cardiovascolari, che possano imitare i sintomi di panico (Klein, 1993; Noyes *et al.*, 2001). In questo contesto, una valutazione clinica completa e l'ascolto della descrizione fenomenologica della sofferenza dei pazienti, è essenziale per giungere a una diagnosi accurata e ad un trattamento adeguato.

Il disturbo di panico, nella società contemporanea, rappresenta il sintomo emergente di una modalità di evitamento permanente del dolore, pervasa da una paura generalizzata del dolore e della morte. «L'anestesia permanente della società palliativa, derealizza il mondo» (Han, 2021, p. 44) e questa derealizzazione si traduce per l'individuo nella mancanza di attivazione di processi di formazione e di crescita. In una società algofobica (Han, 2021) il dolore viene interpretato come un segno di fragilità e debolezza, non compatibile con la spinta alla *performance* e privato di qualsiasi possibilità di espressione.

In questo articolo proporremo che il dolore, che è alla base del disturbo di panico scaturisce dalla perdita della relazione di attaccamento, non attraversato ed integrato per mancanza di sostegno.

### 3. Neurofisiologia dell'attacco di panico

L'esperienza dell'attacco di panico è caratterizzata da un'improvvisa paura intensa che raggiunge il picco in pochi minuti (DSM-V, 2013). L'essere inaspettata, intensa e rapida nella risoluzione, ne determina i tratti caratteristici.

Dal punto di vista neurofisiologico, la percezione del pericolo innesca una risposta di allarme che è controllata da due assi fisiologici complementari: l'asse simpatico-adrenergico che coinvolge il Sistema Nervoso Simpatico (SNS) e l'adrenalina rilasciata dal midollo surrenale e l'asse ipofisi-surrene, che coinvolge il rilascio di cortisolo dalla corteccia surrenale. La risposta dell'asse simpatico-adrenergico è rapida, si verifica nel giro di secondi dalla comparsa della minaccia; l'asse ipofisi-surrene, al contrario, è più lento e non si esprime pienamente se non nel giro di minuti o addirittura ore (LeDoux, 2016). Una terza risposta è la risposta di allarme di soffocamento (Klein, 1993): questa modalità viene attivata da segnali fisiologici interni di minaccia, come per esempio l'ipercapnia che porta alla "fame d'aria". Tale sistema di allarme sarebbe specifico per i pazienti con disturbo di panico del tipo *respiratory subtype* (Guan *et al.*, 2024).

Nel caso in cui un aumento dell'*arousal* di fronte alla minaccia non corrisponda ad un impiego attivo dello stesso, perché la persona è impossibilitata a muoversi o perché la percezione del pericolo non deriva da un agente esterno ma interno, si innesca una reazione difensiva di tipo dissociativo denominata *freezing* (Faretta, 2018). Il *freezing* (o congelamento) si colloca su una linea di confine tra la reazione simpatica e la reazione dorso-vagale: è caratterizzato da completa cessazione del movimento, ad eccezione della respirazione e dei movimenti oculari, da frequenza cardiaca sostenuta, muscoli rigidi e tesi, acutezza sensoriale. Si prova una forte paura e si comincia a dissociarsi dalle sensazioni corporee, per ridurre la sofferenza emotiva. Nella immobilità tonica tipica del panico, c'è l'attivazione di entrambi i rami del Sistema Nervoso Autonomo, sia il simpatico che il parasimpatico (Corrigan, 2021). Lo stato di *iperarousal* iniziale è soggettivamente sperimentato come dolore e questa strategia è un meccanismo psicobiologico attraverso il quale il dolore psichico-fisico è spontaneamente inibito (Schore, 2001). Lo stato dissociativo conseguente aumenta gli oppioidi endogeni che hanno un ruolo fondamentale nel ridurre il dolore, migliorare il benessere e regolare l'umore.

Il dorso-vagale è attivato e decresce la pressione sanguigna, l'attività metabolica e cardiaca, nonostante la secrezione di adrenalina: questa strategia permette di mantenere l'omeostasi al fine di fronteggiare uno stato interno di *iperarousal*. Nell'*iperarousal* di livello troppo elevato, l'integrazione delle

informazioni sensoriali crolla e i sintomi dissociativi, quali depersonalizzazione e derealizzazione, emergono.

Le ricerche di neuroanatomia e neurofisiologia hanno identificato che sono le zone del grigio periacqueduttale ventrolaterale (vIPAG), in connessione al nucleo centrale dell'amigdala, ad essere responsabili del *freezing* e a causare un'anestesia mediata dagli oppioidi che, adattivamente, aumentano la soglia del dolore. Il PAG, situato nel tronco encefalico, è generatore di complesse risposte chimiche e motorie (per esempio quelle implicate nella reazione al dolore e nelle emozioni) che hanno come bersaglio il corpo. È un collegamento fondamentale nel circuito risonante che connette corpo e cervello (Damasio, 2012). Il vIPAG comunica con il complesso dorso-vagale, invece il PAG dorsale comunica con il Sistema Nervoso Simpatico. Il vIPAG, inoltre, è ricco di recettori dell'ossitocina: l'immobilizzazione legata dalla paura è mediata dai circuiti neurali che regolano i comportamenti di *freezing* attraverso il coinvolgimento dell'ossitocina. Quindi, grazie all'influenza dell'ossitocina, gli organi della paura e della vigilanza diventano organi di piacere, nutrimento, riproduzione (Porges, 2014).

Il PAG riceve *input* dai neuroni nocicettivi spinali e proiezioni dalla corteccia prefrontale ventro-mediale (potenziale comparatore di sensazioni aversive con le aspettative). I suoi neuroni rispondono di più agli *shock* inaspettati rispetto a quelli attesi (l'essere aspettato è modulato dall'inibizione degli *input* nocicettivi ascendenti che vengono bloccati dal rilascio degli oppioidi endogeni quando il dolore è atteso); il PAG è attivato da eventi dolorosi, immagini aversive e minacce sociali (Roy *et al.*, 2014) ed è responsabile, in collegamento con altre aree cerebrali, della sensazione soggettiva di morire, in seguito a stimoli di minaccia ed asfissia (Rovetto, 2003).

Recenti studi, effettuati con il *neuroimaging*, hanno ampliato la conoscenza sui circuiti coinvolti nell'attacco di panico. Mentre l'amigdala ha sempre occupato un posto centrale nei modelli legati alla paura e al panico, nuove importanti scoperte suggeriscono che altre aree del cervello siano particolarmente significative nell'esperienza del panico (Goddard, 2017)<sup>1</sup>.

In particolare, oltre alla sostanza grigia periacqueduttale (PAG), anche l'ipotalamo ventro-mediale, la corteccia insulare e la corteccia cingolata anteriore (ACC) sono aree coinvolte nel circuito neurobiologico che si attiva nel panico (Guan *et al.*, 2024).

L'insula è l'area dove si generano le sensazioni enterocettive, come risultato dell'integrazione delle informazioni provenienti dal corpo, con quelle

<sup>1</sup> Nella letteratura neuroscientifica a partire dalla pubblicazione di Gorman del 1989, alcuni autori sostengono che le risposte neurofisiologiche nel disturbo di panico siano collegate al *fear network* che fa capo all'amigdala e le sue interazioni con l'ippocampo e la corteccia prefrontale mediale.

del contesto emotivo e cognitivo. L'integrazione enterocettiva, che fa emergere il sentimento soggettivo del corpo, è prodotta dal collegamento di aree del tronco encefalico e della corteccia cerebrale. Gli stati corporei sono rappresentati nell'insula, che è coinvolta anche nella percezione del pericolo e media il *feedback* che arriva dai visceri verso la consapevolezza cognitiva; l'insula gioca anche un ruolo importante nell'esperienza del dolore. L'interocezione è importante per l'esperienza emotiva, l'autoregolazione e la consapevolezza ed avviene per la maggior parte senza coscienza; l'esperienza enterocettiva emerge dalla sincronia o asincronia degli stati interni. Essa è modulata dalle aspettative ed è un unico processo che mette insieme percezione degli *input* fisiologici ed ambientali, con la finalità di regolare gli stati corporei. In molte patologie mentali, non solo nel disturbo di panico, l'*input* enterocettivo si dissocia dalle predizioni e c'è un fallimento della capacità di anticipare in modo appropriato gli stati interni (Khalsa, 2018).

Nelle persone con disturbo di panico non c'è un aumento di interocezione, ma una focalizzazione della propria percezione sui parametri rilevanti della paura, soprattutto quelli cardiovascolari che nell'immaginario umano sono connessi alla possibilità di morte.

L'accuratezza enterocettiva in questi pazienti non è inferiore rispetto ai soggetti normali: ci sarebbe, quindi, una buona consapevolezza enterocettiva, ma una scarsa accuratezza, perché limitata solo a un bioparametro (per esempio battito cardiaco), mentre la percezione di altri bioparametri verrebbe dissociata (Limmer *et al.*, 2015).

#### **4. Teorie neuroscientifiche, attacchi di panico e disturbo di panico**

Panksepp nel 2001 aveva identificato 7 sistemi emotivi primari (attraverso studi di stimolazione elettrica cerebrale) che rispondono a distinti compiti di sopravvivenza e consentono all'organismo di fronteggiare le sfide ambientali. È grazie a Panksepp che il sistema emotivo primario del Panico (PANIC) viene distinto da quello della Paura (FEAR), attivato invece da ansia e preoccupazione, così come constatiamo nella fenomenologia dell'esperienza dei pazienti. Il circuito del panico attiva comportamenti quali pianto o richiesta di aiuto ed è associato all'esperienza affettiva del dolore psicologico.

Secondo la teoria polivagale, il vago ventrale influenza la nostra frequenza cardiaca, rallentandola durante l'espiazione e permettendole di accelerare durante l'inspirazione; il suo compito è quello di mantenere la frequenza cardiaca intorno ai 72 battiti al minuto: quest'azione viene denominata "freno vagale" (Porges, 2009). Quando il freno vagale è rilassato (non completamente rilasciato), il sistema ventro-vagale regola il richiamo

all'azione permettendo l'entrata in circolo di una maggiore energia simpatica, inibendo allo stesso tempo il rilascio di cortisolo e di adrenalina. Nella situazione di ambiente sicuro, vi è una prevalenza del sistema ventro-vagale sul sistema simpatico e dorso-vagale. Al contrario, il pericolo implica un rilascio totale del freno vagale, permettendo al Sistema Nervoso Simpatico di prendere il controllo, rilasciando cortisolo ed adrenalina ed innescando la reazione attacco-fuga. Se la minaccia è soverchiante, incontrollabile, insormontabile, viene facilitata l'antica via dorso-vagale con le reazioni di evitamento passivo (sottomissione, *freezing* ipotonico, *numbing*, dissociazione, immobilità apparente) (Faretta, 2018). Un freno vagale ben funzionante facilita la mobilitazione in un modo maggiormente regolato e rende fluida e rapida la transizione tra le varie risposte autonome.

Nel momento in cui il sistema nervoso autonomo esce dalla regolazione ventro-vagale per passare all'implementazione delle risposte adattive di sopravvivenza connesse al simpatico o al dorso-vagale, la distinzione fra immaginazione e percezione viene persa: avviene cioè quello che Fonagy definisce equivalenza psichica (Porges, 2020). Nell'esperienza del panico la persona non ha paura di morire, è certa che sta per morire. Se leggiamo l'attacco di panico come un rilascio improvviso del freno vagale, la soluzione non è governare il sistema simpatico, ma recuperare la fluidità del passaggio fra i vari sistemi che devono funzionare in modo integrato. La richiesta del paziente di controllo è, in realtà, la ricerca della capacità di regolarsi.

Nell'ambito delle teorie dell'attaccamento, uno dei primi studi sugli stili di attaccamento e la sintomatologia ansiosa (Warren *et al.*, 1997) ha dimostrato che bambini con attaccamento "ambivalente" hanno una probabilità significativamente maggiore di quelli con attaccamento "sicuro" o "insicuro-evitante" di avere una diagnosi di disturbo d'ansia da adolescenti.

In uno studio più recente del 2006 (Bifulco *et al.*) gli stili di attaccamento "insicuri" erano correlati a depressione maggiore o ansia, ma solo quando si presentavano in forma accentuata o moderata (non lieve), mentre lo stile di attaccamento risultava non specificatamente correlato a disturbo di panico/o agorafobia. La ricerca non supporta una correlazione diretta fra stili di attaccamento insicuro e disturbo di panico ma è evidente nella pratica clinica che le persone con attaccamento evitante tendono ad omettere la ricerca e la percezione del beneficio del supporto dell'altro e cercano di sopprimere i sentimenti di vulnerabilità ed emozioni negative quando devono fronteggiare la regolazione dello *stress* e del dolore interno. Inoltre, in questi pazienti c'è una dissociazione fra *report* soggettivo di *distress* e la risposta fisiologica incrementata. Nelle persone con attaccamento evitante c'è difficoltà nel descrivere e identificare le emozioni (con la Toronto Alexithymia Scale) e minor ricordo dei sogni (Cassidy e Shaver, 2018) e

sappiamo che tra i pazienti con disturbo di panico, il 33-44.2% presenta alessitimia (Izci *et al.*, 2014).

L'alessitimia come descritta da Nemiah *et al.* (1976) rappresenta l'incapacità di riconoscere e verbalizzare le emozioni, ostacolando così la consapevolezza emotiva del paziente. Questo limite compromette la capacità del soggetto di entrare in contatto pienamente con la propria esperienza corporea ed emotiva.

## **5. Lettura gestaltica del disturbo di panico: l'esperienza della frattura**

Il presente paragrafo introduce la lettura gestaltica della sofferenza panica sviluppata secondo un'ottica fenomenologica e di campo, in linea con i più recenti sviluppi teorici della psicoterapia della Gestalt (Robine, 2006; Jacobs e Hycner; 2009; Francesetti, 2014; Spagnuolo Lobb, 2020; Wollants, 2021; Macaluso, 2024).

Il panico è un fenomeno di campo che accade al confine di contatto e serve a proteggere temporaneamente il confine desensibilizzandolo, in attesa che l'emergenza passi. Il sovraccarico di tensione al confine di contatto determina l'attivazione delle funzioni di emergenza del sé, che hanno un compito protettivo per il confine (Perls *et al.*, 1971; Cascio, 2011). Il panico, la fuga dissociativa, lo *shock*, l'anestesia, proteggono il confine temporaneamente desensibilizzandolo o paralizzandolo. Nell'esperienza del panico, in cui prevalgono i sintomi di derealizzazione e depersonalizzazione, si opera un distacco, un'anestesia nei confronti dell'esperienza dolorosa. Tali sintomi, insieme alla paura di morire e di perdere il controllo, caratterizzano e differenziano l'esperienza del panico rispetto ad un attacco d'ansia. Nelle esperienze dissociative il contatto è sospeso (Spagnuolo Lobb e Rubino 2015). La funzione-es può essere descritta con desensibilizzazione, analgesia, dolore, mentre la funzione-personalità è attraversata dalla perdita del senso di continuità<sup>2</sup>.

Per Perls *et al.* (1971):

Il panico è l'atto di soffocare il sentimento e il movimento in cui si è completamente impegnati allo scopo di affrontare un pericolo improvviso (...). Nel panico, il dolore minacciato si profila all'improvviso e appare grande in modo schiacciante; la risposta, quindi, è di isolarsi dall'ambiente, cioè di fare il morto e ritirarsi all'interno della propria pelle. L'angoscia, l'eccitazione, che era di improvviso frenata muscolarmente, continua ad agitarsi per un certo tempo, finché si può di nuovo respirare liberamente (p. 424).

<sup>2</sup> Per una analisi delle funzioni del sé (funzioni io, es e personalità) cfr. Perls *et al.*, 1971.

L'attacco di panico è percepito come un repentino e sconvolgente capovolgarsi dello stato psico-fisico ed emozionale abituale (Francesetti, 2014), una discontinuità del *continuum* del vissuto, sia nello spazio-tempo che tra corpo/tronco encefalico/sistema limbico/corteccia (Siegel, 2021).

Quando avviene un attacco di panico c'è un fallimento improvviso delle modalità abitualmente adottate nel contattare l'ambiente da parte della persona. Spesso i pazienti si descrivono, prima dell'insorgere del sintomo, come efficienti, capaci di affrontare situazioni difficili senza alcuna incertezza e di raggiungere gli obiettivi che si erano prefissati in modo altamente performante. Ma le abituali modalità di contatto, in cui il sentire corporeo e le esperienze di fragilità sono escluse e il sostegno insufficiente nel campo, non permettono l'elaborazione dell'esperienza dolorosa: in questo processo, il corpo che è stato escluso, diventa protagonista indiscusso e dissociato della sofferenza (Spagnuolo Lobb, 2019).

Il panico è il segnale della necessità di un nuovo tipo di contatto con l'ambiente che non può ancora essere sostenuto perché l'esposizione a esperienze potenzialmente disregolanti necessita di una nuova forma di adattamento creativo: il sintomo apre la strada a nuovi equilibri dettati dalla possibilità di sentire il corpo nell'attraversare un'esperienza dolorosa con un vissuto di sé integrato.

Se leggiamo l'esperienza del panico secondo la dinamica figura-sfondo, ciò che accade è l'improvvisa manifestazione che tutto ciò che ci sostiene, ciò che è comune, scontato, familiare, non-riflessivo, in una parola, lo sfondo costituito dalle funzioni es e personalità del sé, non è più in grado di sostenere il nostro andare verso il mondo (Spagnuolo Lobb, 2001). Nel disturbo di panico lo sfondo non è più esperito in grado di sostenere l'emergere di nuove figure perché viene percepita una frattura (nel senso della discontinuità del senso di sé) e una mancanza di integrazione (tra funzioni del sé). In seguito ad un primo attacco di panico, la possibilità che lo sfondo possa non essere più in grado di sostenere la fluidità della dinamica figura-sfondo invade il campo percettivo emotivo (posso fidarmi del mio corpo, sono all'altezza della situazione?) e il panico emerge come figura fissa in una dinamica figura-sfondo rigida. Il corpo, che serviva come sfondo nel farsi del contatto, diventa figura (Perls *et al.*, 1971). La fluidità sociale della società post-moderna partorisce identità più fragili, con sfondi meno integrati e supportivi e questo fenomeno trova nel panico una delle manifestazioni più drammatiche.

Le narrazioni dei pazienti sono pervase da terrore, incredulità, mancanza di senso. Come per Maria, che racconta di non aver avuto alcuna emozione nel lasciare la sua terra e i suoi affetti per trasferirsi al nord, di essere sempre stata performante, capace di raggiungere gli obiettivi lavorativi e personali che si era prefissata. Poi, all'età di 38 anni, la morte dei nonni, che l'avevano

cresciuta, lei figlia di una madre sedicenne, le pressioni lavorative, le sfide dell'adolescenza della figlia, gli attacchi di panico, la sensazione di perdere il controllo della propria vita. Invece per Anna il panico è comparso al rientro da un anno all'estero e al ritrovarsi esclusa dal gruppo di amiche più strette con cui aveva trascorso gli anni della scuola superiore; nella sua storia tante separazioni improvvise, come quella con la donna che l'aveva cresciuta sin dalla nascita, senza alcuna cura per il salute. Per Mauro il primo attacco di panico è arrivato durante una vacanza con la fidanzata, inaspettato perché in un momento di rilassamento. Lui, primogenito, con la sensazione di avere sempre tutto sotto controllo, soprattutto sul proprio corpo, per una malattia che lo ha costretto, sin da piccolo, ad essere sempre compliant con le terapie; nel periodo precedente alla comparsa del sintomo, la perdita di una relazione molto intima con un amico. Il panico riappare nella sua vita dopo tanti anni per il rischio di separazione dalla moglie. La sensazione di sconvolgimento, di desiderio di tornare a funzionare come prima degli attacchi di panico, la richiesta di poter avere totale controllo sul proprio corpo e sulle proprie emozioni, anzi l'appello disperato a non contattare emozioni di fragilità e di dolore, richiedono, sin dall'inizio della terapia, oltre che un lavoro sull'attenuazione del sintomo, la collocazione di quanto sta accadendo all'interno di una nuova narrazione di sé. La mancata regolazione degli stati di attivazione, con conseguente dissociazione, comporta l'impossibilità di percepire la continuità dell'esperienza: vi è difficoltà a riconoscere che il funzionamento precedente alla comparsa del sintomo non avrebbe potuto essere in grado di fronteggiare il dolore e le perdite che la vita ci presenta.

A differenza del trauma, dove l'esperienza è incapsulata, nel disturbo di panico è il funzionamento dissociato, durante l'attraversamento dell'esperienza dolorosa, che mantiene la frattura e comporta una modalità cristallizzata nell'affrontare le esperienze della vita. Nella storia di questi pazienti c'è un *deficit* di capacità regolativa degli stati di attivazione e delle emozioni, che è fondamentale per la sopravvivenza dell'organismo. La regolazione affettiva dipende in maniera cruciale dalle figure di attaccamento ed è una regolazione diadica. La ripetizione di esperienze di regolazione diadica si radica neurologicamente e diventa capacità per il soggetto di autoregolazione (Hill, 2015). Non basta avere una rete di relazioni sicure e presenti («come mai ho ancora attacchi di panico se ho molti amici?») si chiede una paziente); non è la solitudine inconsapevole a scatenare l'attacco di panico, ma la mancanza di esperienze di co-regolazione e di autoregolazione, che creano e mantengono uno sfondo non integrato e non più in grado di sostenere in modo fluido i processi di contatto.

Siamo in grado di muoverci nel mondo in modo regolato quando sappiamo alternare autoregolazione e regolazione diadica (Hill, 2015), che in

psicoterapia della Gestalt potremmo definire autosostegno e sostegno ambientale. Secondo Laura Perls (cit. in Rosenfeld, 1978), per sostegno si intende tutto ciò che facilita l'integrazione e l'assimilazione e comprende la fisiologia (respirazione, digestione), la postura eretta (verticale), la coordinazione, il sistema sensoriale e motorio, il linguaggio, le abitudini e tutto ciò che è stato assimilato ed integrato nell'arco della vita, quindi le funzioni es e personalità del sé. Per sostegno ambientale intendiamo la co-regolazione in una relazione di cura, attraverso processi di sintonizzazione e risonanza (Spagnuolo Lobb, 2017).

Secondo una prospettiva di campo, la situazione del panico, in cui paziente e terapeuta sono immersi, attiva una percezione di irraggiungibilità. Il terapeuta percepisce che le parole del paziente sono disincarnate, come un'eco che non ha il sostegno di un corpo: quest'ultimo appare pietrificato, come nel *freezing* esperito dalla persona durante l'attacco di panico e come accade nelle esperienze dissociative. Il paziente arriva con l'urgenza di liberarsi dal sintomo e di ripristinare la situazione precedente e il terapeuta stesso vive l'urgenza di intervenire e di non deludere le aspettative del paziente nell'aver soluzioni veloci a disposizione, anche se è consapevole che sarà un lavoro di tessitura dello sfondo a permettere un nuovo equilibrio. Nel campo che si attiva in seduta c'è sospensione, un senso di atemporalità, pesantezza, tensione, urgenza, insoddisfazione, superficialità, oppressione. Qualcosa sfugge, non si fa raggiungere.

C'è un'oscillazione tra tensione e desensibilizzazione.

Una paziente così racconta l'esperienza del panico<sup>3</sup>:

*In quei giorni percepivo una sensazione di frattura e instabilità: un lavoro precario perché creativo, l'imminente fine di una relazione e un bisogno di controllare le cose. Tutto nasceva da quest'ansia di controllare l'incontrollabile, ma la diga non poteva che cedere, rovinosa: la frana ha imposto uno stacco tra il prima e il dopo. Tutto continua finché non sfracella.*

*Ci siamo e poi, nella forma ormai stabile e data per certa, svaniamo. Così sono iniziati i miei attacchi di panico. Il suolo che sobbalza, freme, si schianta, il respiro si mozza, il cuore martella, l'aria è come un miraggio che si allontana sempre più. Si annaspa mentre i pensieri sbattono contro il cranio vorticando convulsi, e il ticchettio ossessivo delle lancette satura lo spazio-tempo. Il vasto orizzonte interiore vacilla e le cose del mondo in paralisi. Dentro qualcosa si interrompe: ogni azione, ogni pensiero in frantumi, indifesi. Tra il prima e il dopo lo strapiombo e la paura che nulla avrà più durata. Perché si amplifica la consapevolezza della fine, di un limite che si sperava valicabile. La faglia è ormai aperta e non si rimarginerà mai del tutto, come l'epidermide di una ferita. Il panico è frattura e cicatrice, la ruga di una vita interrotta.*

<sup>3</sup> Descrizione dell'esperienza di una paziente, pubblicata con il suo consenso.

## **6. Psicoterapia del disturbo di panico come intervento integrativo**

La psicoterapia, affermano Perls *et al.* (1971), si articola nei seguenti passaggi: concentrazione sulla situazione attuale, scoperta del rapporto intrinseco con i fattori socioculturali ed ambientali, sperimentazione e promozione del potere creativo del paziente, allo scopo di reintegrare le parti dissociate.

La cura crea il sostegno affinché la persona possa sviluppare la propria integrità, attraverso la realizzazione di intenzionalità interrotte. La co-costruzione dello sfondo dell'esperienza di relazione permette al paziente di ricostruire il *ground*, un nuovo senso di sicurezza nella propria capacità di affrontare le esperienze, anche quelle dolorose, e la possibilità di affidarsi all'altro (Spagnuolo Lobb, 2005). In terapia, le esperienze di co-regolazione diventano memoria implicita perché il cervello conserva un ricordo di quanto accaduto nel corso di un'interazione (Damasio, 2012). L'obiettivo è l'integrazione dell'esperienza propriocettiva (dentro di me) con l'esperienza estero-cettiva (fuori di me) che rappresenta la funzione integrante del sé. Nella prospettiva gestaltica ogni relazione con l'altro costituisce sempre una esperienza "incarnata", intensamente vissuta sul piano "estetico", incessantemente mediata e attivata dai canali percettivi e dagli organi di senso (Spagnuolo Lobb, 2011).

La possibilità di acquisire la capacità di regolare l'*arousal* attraverso l'autosostegno e il sostegno ambientale comporta un nuovo modo di affrontare il dolore, superando l'ottundimento sensoriale ed emotivo che, al fine di evitare le esperienze dolorose, si era cristallizzato in una sorta di assenza di qualsiasi segnale perturbante. Al termine della terapia non c'è più la necessità di desensibilizzarsi o dissociarsi di fronte alle esperienze della vita e ci si può aprire alla sperimentazione di qualsiasi tipo di attivazione data dal dolore o dal piacere, o a qualsiasi emozione, senza il timore di disregolarsi.

Gli attacchi di panico sono piuttosto invalidanti e impattano in modo significativo nella vita di una persona. Aiutare i pazienti a gestire il sintomo, attraverso l'attivazione di risorse somatiche che sostengono la regolazione dell'*arousal* aumenta la fiducia nella possibilità di esplorare in modo sicuro il proprio mondo somatico (funzione-es del sé). Nella prima parte della terapia, quindi, acquisire la capacità di calmarsi e di fronteggiare i sintomi dissociativi aiuta il paziente ad aumentare la propria capacità di *agency*. L'utilizzo di strategie di *grounding*, sperimentate in terapia ed utilizzabili nella vita quotidiana, permette al paziente di radicarsi e di ripristinare le coordinate spazio-temporali che sono sovvertite nell'attacco di panico. Percepire il contatto dei piedi (o dell'intera superficie corporea) con la terra, denominare o contare gli oggetti presenti nella stanza, utilizzare del sale sulla lingua, an-

nutrire olii essenziali, ascoltare suoni calmanti o la voce umana, darà la possibilità al paziente di costruire una serie di strumenti efficaci e personalizzati da portare con sé (Paulsen *et al.*, 2021). Anche rallentare il ritmo respiratorio e aumentare la fase espiratoria potranno aiutare sia per gestire l'ansia anticipatoria che il sopraggiungere dell'attacco di panico. Con lo strutturarsi della sintomatologia e la capacità di utilizzare strumenti di regolazione, alcuni pazienti sperimentano, nel corso del tempo, la possibilità di bloccare l'insorgere del panico. Terapia farmacologica, se necessaria, e psicoeducazione saranno ulteriori risorse per affrontare, da subito, l'impatto del sintomo. Essendo il Sistema Nervoso Autonomo un sistema relazionale, in quanto interconnesso con lo stato fisiologico delle altre persone con cui entriamo in contatto, la capacità del terapeuta di regolare il proprio *arousal*, la propria respirazione e le proprie emozioni, creerà una sensazione di sicurezza e permetterà al paziente di reclutare i circuiti neurali che forniscono la migliore modalità di sopravvivenza in ogni data circostanza. Questa soggettività intrinseca, ancorata al corpo, che crea la base per la nostra esperienza psicologica come esseri umani, si esprime nelle nostre percezioni e filtra nel nostro linguaggio (Porges, 2020). Quando i segnali provenienti dal corpo non saranno più vissuti come minacciosi, il paziente potrà aumentare la consapevolezza delle proprie sensazioni ed emozioni ed iniziare una nuova narrazione di sé (funzione-personalità).

In questo percorso di ridefinizione di sé è fondamentale l'uso di un linguaggio incarnato (Polster, 1987), un linguaggio integrativo (come sento il mio battito, il mio respiro, ora che provo dolore perché non ci sei più) e utilizzare la domanda gestaltica "cosa senti?" in modo globale, includendo processi fisiologici e sociali e il sentire del terapeuta che appartiene al campo (Spagnuolo Lobb, 2017). In questa nuova narrazione in cui le coordinate spazio-temporali vengono ripristinate, il paziente potrà integrare il suo sentirsi fragile, insicuro, instabile, con la propria capacità di attraversare tutte le esperienze della vita senza dissociarne la parte dolorosa.

L'appello alla necessità di un nuovo adattamento creativo, che il sintomo porta con sé, acquisisce, finalmente, un senso nella propria storia. Le esperienze di co-regolazione sperimentate in seduta, attraverso l'uso dell'intelligenza sensoriale del campo fenomenologico utilizzata dal terapeuta (Spagnuolo Lobb, 2017), diventano memoria di momenti di sicurezza, intimità, cura e comportano un cambiamento nella regolazione neurale dello stato fisiologico, attivando il freno vagale e il rilascio dell'ossitocina (Bunn, 2019).

Queste memorie incarnate e l'acquisita capacità di autoregolarsi, renderà il paziente capace di aprirsi alla novità del contatto senza più paura.

Così racconta l'esperienza della cura una paziente<sup>4</sup>:

*Io ho avuto la fortuna di avere dei professionisti che mi hanno sostenuto e aiutato a ricrearmi nuovi occhi, uno sguardo che sa vedere il passato e il presente come fili di una tela che non smetto di tessere.*

*Sono diventata consapevole che ho un corpo che risponde e si innerva in ognuno dei miei pensieri, coagula in quelli negativi e si libera nei positivi.*

*Non ha guastato, poi, sapere di avere un baricentro: c'è nel corpo come nel profondo di noi stessi. E se in determinate circostanze sembra irrimediabilmente perduto, basterà dargli credito come una di quelle cose incorporee che però determinano e indirizzano tutti i nostri "credo". Anche sapere che si ha una storia alle spalle facilitata. Si continua a camminare con la propria valigetta del pronto soccorso. Basta aprirla e stupire al contenuto. Solo in quel momento la pausa può generare una riflessione importante che si trasforma in consapevolezza. Parlare, allora, parlarne diventano azioni importanti. Si vive e ci si rimodula, si sboccia e si sfiorisce. A cicli. A scosse.*

*E ho scoperto piccoli rimedi per anime inquiete: stare in movimento e spingersi sempre un passo oltre la paura, ne basta uno. Cercare la fluidità, imparare a essere elastici e a danzare sui vuoti assecondando l'aria che trascina, percorrerne i vortici, farsi turbine: sembra un concetto, ma quei piccoli atti aggraziati che seguono il flusso interiore della bellezza personale possono davvero trasformare il punto di vista così che il baratro diventi possibilità di volo, la paura un brivido che distende le ali. Allora si sta tremanti come sopra a un trampolino di lancio: il vuoto sotto i piedi e l'orgoglio del nuovo che avanza.*

## 7. Conclusioni

Il disturbo di panico, pur essendo inserito nel DSM-V (2013) tra i disturbi d'ansia, si differenzia da questi sia dal punto di vista dei circuiti neurobiologici coinvolti, che per la fenomenologia del sintomo. Come quadro appartenente alla psicopatologia contemporanea, il panico è espressione di un contesto sociale algofobico, dove l'esperienza del dolore è dissociata. La crescita in contesti familiari in cui è mancata la mediazione delle esperienze con tono edonico negativo, così come fattori personali, legati a ridotta sensibilità ai segnali corporei, alle emozioni e la scarsa propensione alla ricerca del sostegno dato dalla co-regolazione, sono fattori predisponenti la comparsa del sintomo. L'esperienza della frattura dello sfondo rappresenta uno degli elementi centrali del disturbo.

La fenomenologia del sintomo e la narrazione dell'esperienza dei pazienti sono in linea con le nuove scoperte neuroscientifiche e con la lettura fornita

<sup>4</sup> Descrizione dell'esperienza di una paziente, pubblicata con il suo consenso.

dalla psicoterapia della Gestalt, sia quella dei fondatori, che le nuove evoluzioni teoriche che sviluppano l'ottica di campo e integrano le teorie dell'attaccamento (Hill, 2017; Schore, 2001; Siegel, 2021). Gli studi di neurobiologia supportano l'ipotesi che il panico sia un fenomeno di confine con contemporanea attivazione del sistema simpatico e parasimpatico dorso-vagale e la comparsa di sintomi dissociativi, quali derealizzazione e depersonalizzazione, in seguito ad una attivazione intensa delle aree che sono deputate a segnalare il dolore psichico e fisico. Il coinvolgimento di strutture mesencefaliche, che determinano la rappresentazione sensomotoria, fisiologica secondo le dimensioni dell'*arousal* e del tono edonico, comporta una lettura del panico come una mancanza di regolazione dell'affetto primario (Hill, 2015). Questo comporta una frattura fra funzioni del sé e mancanza del sostegno che la nostra fisiologia e le esperienze di co-regolazione, neurobiologicamente impresse, potrebbe fornire all'emergere di nuove figure.

L'integrazione dell'esperienza dolorosa dissociata e la possibilità di sperimentare stati di regolazione diadica e di autoregolazione permettono la riconnessione delle funzioni es e personalità e rendono le nuove esperienze della vita affrontabili senza la necessità di mettere in atto comportamenti di evitamento o dissociativi.

**Rosanna Biasi:** Psicologa, Psicoterapeuta della Gestalt, Didatta e supervisore internazionale presso Istituto di Gestalt HCC Italy.

**Michele Cannavò:** Psichiatra, Psicoterapeuta della Gestalt, Ph.D., Docente presso l'Università degli Studi della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Catania, Didatta e supervisore internazionale presso Istituto di Gestalt HCC Italy, Collaboratore University of California.

## BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing (trad. it.: *DSM-5, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta edizione*. Milano: Raffaello Cortina, 2014).
- Bifulco A., Kwon J., Jacobs C., Moran P.M., Bunn A., Beer N. (2006). Adult Attachment Style as Mediator Between Childhood Neglect Abuse and Adult Depression and Anxiety. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 41, 10: 796-805. DOI:10.1007/s00127-006-0101-2.
- Bunn T. (2019). *Panic Free: The Ten-day Program to End Panic, Anxiety, and Claustrophobia*. Novato, CA: New World Library.
- Cascio A. (2011). La funzione dell'emergenza in Teoria e pratica della terapia della Gestalt: vitalità e accrescimento nella personalità umana. *Quaderni di Gestalt*, XXIV, 1: 25-34. DOI: 10.3280/GEST2011-001003
- Cassidy J., Shaver P.R. (2018). *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications (3rd edition)*. New York, NY: The Guilford Press.

- Chul Han B. (2021). *La società senza dolore. Perché abbiamo bandito la sofferenza dalle nostre vite*. Torino: Einaudi (ed. or.: *Die Müdigkeitsgesellschaft*. Berlino, DE: Suhrkamp Verlag, 2010).
- Corrigan F.M. (2021). Minaccia e sicurezza: la neurobiologia delle risposte di difesa attive e passive. In: Lanius U.F., Paulsen S.L., a cura di, *Neurobiologia e trattamento della dissociazione traumatica. Verso un Sé incarnato*. Milano: FrancoAngeli (ed.or.: *Neurobiology and Treatment of Traumatic Dissociation*. New York, NY: Springer Publishing, 2014).
- Damasio A. (2012). *Il Sé viene alla mente. La costruzione del cervello cosciente*. Milano: Adelphi Edizioni (ed. or.: *Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain*. New York, NY: Pantheon Books, 2010).
- Dana D. (2019). *La Teoria Polivagale nella terapia*. Roma: Giovanni Fioriti (ed. or.: *The Polyvagal Theory in Therapy*. New York, NY: W.W. Norton & Company, 2018).
- Faretta E. (2018). *EMDR e disturbo di panico. Dalle teorie integrate al modello di intervento nella pratica*. Milano: Edra.
- Francesetti G. (2014). La psicoterapia della Gestalt con il disturbo di panico. In: Francesetti G., Gecele M., Roubal J., a cura di, *La psicoterapia della Gestalt nella pratica clinica. Dalla psicopatologia all'estetica del contatto*. Milano: FrancoAngeli.
- Francesetti G. (2014). Dalla sintomatologia individuale ai campi psicopatologici. Verso una proseptica di campo sulla sofferenza clinica. *Quaderni di Gestalt*, XXVII, 2: 31-56. DOI: 10.3280/GEST2014-002003
- Goddard A.W. (2017). The Neurobiology of Panic: A Chronic Stress Disorder. *Chronic Stress*. 1: 1-14. DOI: 10.1177/2470547017736038
- Gorman J.M., Liebowitz M.R., Fyer A.J., Stein J. (1989). Neuroanatomical hypothesis for panic disorder. *Am J Psychiatry*, 146, 2: 148-161. DOI: 10.1176/ajp.146.2.148
- Guan X., Cao P. (2024). Brain Mechanisms Underlying Panic Attack and Panic Disorder. *Neurosci. Bull.*, 40, 6: 795-814. DOI: 10.1007/12264-023-01088-9
- Hill D. (2017). *Teoria della regolazione affettiva. Un modello clinico*. Milano: Raffaello Cortina (ed. or.: *Affect Regulation Theory. A Clinical Model*. New York, NY: W.W. Norton & Company, 2015).
- Izci F., Gultekin B.K., Saglam S., Koc M.I., Zincir S.B., Atmaca M. (2014). Temperament, Character Traits and Alexithymia in Patients with Panic Disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10: 879-885. DOI: 10.2147/NDT.S62647
- Jacobs L., Hycner R., ed. (2009). *Relational Approaches in Gestalt Therapy*. New York, NY: A Gestalt Press Book.
- Janiri L. (2021). La Psicoterapia e le sfide della post-modernità. Intervento all'Expert Meeting SIPG "La Psicopatologia del nostro tempo", online 8 aprile (incisione su nastro).
- Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Merikangas K.R., Walters E.E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 6: 593-602. DOI: 10.1001/archpsyc.62.6.59
- Khalsa S.S., Adolphs R., Cameron O.G., Critchley H.D., Davenport P.W., Feinstein J.S., Feusner J.D., Garfinkel S.N., Lane R.D., Mehling W.E., Meuret A.E., Nemeroff C.B., Oppenheimer S., Petzchner F.H., Pollatos O., Rhudy J.L., Schramm L.P., Simmons W.K., Stein M.B., Stephan K.E., Van den Bergh O., Van Diest I., von Leupoldt A., Paulus M.P. (2018). Interoception and Mental Health: a Roadmap. *Biological Psychiatry Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 3, 6: 501-513. DOI: 10.1016/j.bpsc.2017.12.004
- Klein, D.F. (1993). A diagnosis for the '90s: Panic Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 6: 345-349.
- Le Doux J. (2016). *Ansia. Come il cervello ci aiuta a capirla*. Milano: Raffaello Cortina (ed. or.: *Anxiety: A Natural History*. New York, NY: Viking Press, 2015).

- Lieb R., Pfister H., Hutten K., Wittchen H.U. (2005). The Role of Parental Anxiety Disorders in the Development of Panic Disorder in Adolescents. *Psychological Medicine*, 35, 3: 405-415.
- Limmer J., Kornhuber J., Martin A. (2015). Panic and Comorbid Depression and their Associations with Stress Re-activity, Interoceptive Awareness and Interoceptive Accuracy of Various Bioparameters. *Journal of Affective Disorders*, 2015,185: 170-179. DOI: 10.1016/j.jad.2015.07.010
- Macaluso M.A. (2024). *Fenomenologia del sé e relazione terapeutica. Individuo e campo nell'approccio gestaltico*. Milano: FrancoAngeli.
- McNally R.J. (2002). Anxiety and Panic Disorders. *Annals of Internal Medicine*, 136, 7: 578-581. DOI: 10.1016/S0887-6185(02)00174-3
- Nemiah J.C., Freyberger H., Sifneos P.E. (1976). Alexithymia: A view of the psychosomatic process. In: Hill O.W., ed., *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*. London, UK: Butterworths, pp. 430-439.
- Noyes R., Holt C.S., Litz B. (2001). Panic Disorder: An Overview of Diagnosis and Treatment. *The American Journal of Psychiatry*. 158, 3: 325-334.
- Perls F.S., Hefferline R.F., Goodman P. (1971; 1997). *Teoria e pratica della Terapia della Gestalt. Vitalità e accrescimento nella personalità umana*. Roma: Astrolabio (ed. or.: *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. New York, NY: The Gestalt Journal Press, 1951; 1994).
- Panksepp J. (1998). *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Paulsen S.L., Golston J. (2021). Nozioni di base sulla stabilizzazione. In: Lanius U.F., Paulsen S.L., a cura di, *Neurobiologia e trattamento della dissociazione traumatica. Verso un Sé incarnato*. Milano: FrancoAngeli (ed. or.: *Neurobiology and Treatment of Traumatic Dissociation*. New York, NY: Springer Publishing, 2014).
- Pintus G., Grech M.L. (2021), L'addiction come trauma persistente dello sfondo: neurobiologia e psicoterapia della Gestalt. In: Spagnuolo Lobb M., Cavaleri P.A., a cura di, *Psicopatologia della situazione. La psicoterapia della Gestalt nei campi clinici delle relazioni umane*. Milano: FrancoAngeli, pp. 193-213.
- Polster M. (1987). Il linguaggio dell'esperienza. *Quaderni di Gestalt*, 2/3: 97-107.
- Porges S.W. (2001). The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation. *Physiology and Behavior*, 86, 5: 503-512.
- Porges S.W. (2009). The Polyvagal Theory: New Insights into Adaptive Reactions of the Autonomic Nervous System. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 76, 2: 86-90. DOI: 10.3949/ccjm.76.s2.17
- Porges S.W. (2014). *La teoria polivagale*. Roma: Giovanni Fioriti (ed. or.: *The Polyvagal Theory*. New York, NY: Norton & Company, 2011).
- Porges S.W., Dana D. (2020). *Le applicazioni cliniche della teoria polivagale. La progressiva affermazione della teoria polivagale nelle terapie*. Roma: Giovanni Fioriti (ed. or.: *Clinical Applications of the Polyvagal Theory*. New York, NY: W.W. Norton & Company, 2019).
- Robine J.-M. (2006). *Il rivelarsi del sé nel contatto*. Milano: FrancoAngeli (ed. or.: *Plis et Déplis du Self*. Bordeaux: Institut Français de Gestalt-therapie, 1977).
- Roy M., Shohamy D., Daw N., Jepma M., Wimmer E., Wager T.D. (2014). Representation of Aversive Prediction Errors in the Human Periaqueductal Gray. *Nat. Neurosci.* 17, 11: 1607-1612. DOI: 10.1038/nn.3832
- Rosenfeld E. (1978). An Oral History of Gestalt Therapy: A Conversation with Laura Perls. *Gestalt Journal*; 1, 1: 8-31.

- Rovetto F. (2003). *Panico. Origini, dinamiche, terapie*. Milano: Mc Graw-Hill Education.
- Sanavio E., Sanavio F. (2019). *Attacchi e disturbo di panico*. Firenze: Hogrefe.
- Schore A.N. (2001). Effects of a Secure Attachment Relationship on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 1-2: 7-66. DOI: 10.1002/1097-0355(200101/04)22:1%3C7::AID-IMHJ2%3E3.0.CO;2-N
- Schore A.N. (2009). Attachment Trauma and the Developing Right Brain: Origins of Pathological Dissociation. In: Dell P., O'Neil J., eds., *Dissociation and the Dissociative Disorders. DSM-V and Beyond*. New York, NY: Routledge.
- Siegel D.J. (2021). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina (ed. or.: *The Interpersonal Neurobiology of the Developing Mind*. New York, NY: Guilford Press, 2012).
- Spagnuolo Lobb M., a cura di (2001). *Psicoterapia della Gestalt. Ermeneutica e clinica*. Milano: FrancoAngeli.
- Spagnuolo Lobb M. (2005). Perché la psicoterapia negli attacchi di panico. In: Francesetti G., a cura di, *Attacchi di Panico e postmodernità*. Milano: FrancoAngeli.
- Spagnuolo Lobb M. (2011). *Il now-for-next in psicoterapia. La psicoterapia della Gestalt raccontata nella società post-moderna*. Milano: FrancoAngeli.
- Spagnuolo Lobb M. (2017). La conoscenza relazione estetica del campo. Per uno sviluppo del concetto di consapevolezza in psicoterapia della Gestalt e nella clinica contemporanea. *Quaderni di Gestalt*, XXX, 1: 17-33. DOI: 10.3280/GEST2017-001003
- Spagnuolo Lobb M. (2019). La psicoterapia nella società post-moderna: uno strumento sociale a sostegno delle risorse umane del tempo. In: Fava Vizziello G., a cura di, *Psicoterapie nella vertigine del cambiamento. Tra concepimenti senza sesso, migrazioni permanenti e sconosciuto potere tecnologico*. Padova: Cleup, pp.69-90.
- Spagnuolo Lobb M. (2020). Il paradigma della reciprocità: come rispettare la spontaneità nella pratica clinica. *Quaderni di Gestalt*, XXXIII, 2: 19-40. DOI: 10.3280/GEST2020-002003 (ed. or.: The Paradigm of Reciprocity: How to Radically Respect Spontaneity in Clinical Practice. *Gestalt Review*, 23, 3: 234-254. DOI: 10.5325/gestaltreview.23.3.0232, 2019).
- Spagnuolo Lobb M., Rubino V. (2015). Le esperienze dissociative in psicoterapia della Gestalt. *Quaderni di Gestalt*, XXVIII, 1: 27-47. DOI: 10.3280/GEST2015-001003
- Taylor M. (2016). *Psicoterapia del trauma e pratica clinica Corpo. Neuroscienze e Gestalt*. Milano: FrancoAngeli. (ed. or.: *Trauma Therapy and Clinical Practice: Neuroscience, Gestalt, and The Body*. New York: McGraw Hill, 2014).
- Thayer J.F. (2007) What the Heart Says to the Brain (and vice versa) and Why we Should Listen. *Psychological Topics* 16, 2: 241-250.
- Warren S.L., Huston L., Egeland B., Sroufe L.A. (1997). Child and Adolescent Anxiety Disorders and Early Attachment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36, 5: 637-644. DOI: 10.1097/00004583-199705000-00014
- Wollants G. (2021). *Psicoterapia della Gestalt: terapia della situazione*. Milano: FrancoAngeli (ed. or.: *Gestalt Therapy: Therapy of Situation*. London, UK: Sage Publications Ltd, 2012).
- Zhou D., Wong C., Xu Y. (2018). Epidemiology of Panic Disorder in Women: A Systematic Review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 206, 5: 371-380. DOI: 10.1097/EDE.0000000000000822