

# Atacul de panică, agorafobia și depresia. Scurt comentariu analitic

## PANIC ATTACK, AGORAPHOBIA AND DEPRESSION. SHORT ANALYTICAL REVIEW

Livia Alexandra Spiroiu

*Psiholog clinician, consilier analist jungian  
Cabinet individual de psihologie*

### Rezumat

*Atacul de panică, agorafobia și depresia fac parte din tabloul clinic al tulburărilor psihice actuale. Debutul lor apare de obicei în viața adultă, iar manifestarea lor poate incapacita persoana afectată pe toate planurile sale de funcționare: social, profesional, personal. Atacul de panică este de obicei însoțit de agorafobie și poate fi secundar unei tulburări depresive. Depresia este o reacție naturală la experiențe emoționale dureroase, la pierderea unui membru al familiei sau a unei persoane dragi sau la separarea de o persoană apropiată, în fața unei boli sau în apropierea morții, însă în toate tipurile de depresie apare o schimbare extremă atitudinală persistentă. Depresia reprezintă un blocaj al energiei psihice, datorat unor probleme de natură nevrotică sau psihotică, iar găsirea imaginilor ce stau în spatele trăirilor emoționale poate stimula eliberarea energiei din inconștient și poate ajuta individul să depășească acea stare. Prin confruntarea cu inconștientul și integrarea în conștiință a conținuturilor sale, apare o schimbare a personalității ce creează un echilibru între conștiință și inconștient și conferă personalității o nouă bază mai stabilă.*

***Cuvinte cheie:** atac de panică, agorafobie, depresie, conștiință, inconștient, fantasmă, libido, analitic, conținuturi inconștiente, conștientizare, unilateralitate, confruntare, integrare, participare activă, personalitate, energie psihică, tristețe, insomnie, suicid, teamă, frică, senzație, derealizare, depersonalizare, tulburare*

Atacul de panică se caracterizează prin apariția bruscă a unei perioade scurte de frică extremă, de teroare intensă, asociată cu teama de moarte iminentă. El poate avea loc foarte brusc, poate dura câteva minute, iar apariția lui poate fi inopinată sau determinată de o anumită situație. Atacul de panică poate surveni în contextul unor tulburări anxioase precum agorafobia, fobia socială, tulburarea obsesiv-compulsivă, stresul posttraumatic, stresul acut, anxietatea generalizată,

tulburarea anxioasă datorată unei condiții medicale generale, dar și în contextul tulburărilor afective (tulburarea depresivă majoră, tulburarea bipolară sau tulburarea distimică), al tulburărilor în legătură cu o substanță sau al unor condiții medicale generale, cum ar fi bolile cardiace, respiratorii, gastrointestinale etc.

Atacul de panică presupune o perioadă distinctă de frică intensă sau de disconfort psihic extrem, în care

Adresa de corespondență:

Livia Alexandra Spiroiu, Cabinet individual de psihologie, Calea București, nr. 3B, bl. G9, sc. B2, ap. 12, Târgoviște, jud. Dâmbovița  
E-mail: firoiu\_livia@yahoo.com;  
www.despresuflet.ro/cabinete-psihologice/dambovita/cabinet-individual-de-psihologie-spiroiu-livia-alexandra-targoviste--559/

pot apărea mai multe simptome cognitive sau somatice. Acestea apar brusc și ating intensitatea maximă în decurs de câteva minute. **Simptomele pot include palpitații, bătăi puternice ale inimii sau accelerarea ritmului cardiac, transpirație abundentă, tremor al extremităților sau trepidație, respirație accelerată sau senzația de strangulare, senzație de sufocare, durere sau disconfort cardiac, greață sau disconfort abdominal, amețeală, dezechilibru, vertij sau leșin, frisoane sau senzația de căldură, paretezii (senzația de amorțeală sau furnicăături), derealizare (pierderea noțiunii realului – individul nu mai știe ce este real sau nu, trăiește sentimentul de irealitate), depersonalizare (dispariția conștiinței proprii persoane, a propriului eu, detașare de sine însuși), frica de pierdere a controlului sau de „a nu înnebuni”, teama de moarte (1).**

Atacurile de panică pot apărea într-o situație specifică, cum ar fi în lift, în autobuz, în zone aglomerate (agorafobia), pacienții ajungând ulterior să evite situațiile respective; astfel, poate apărea teama de a nu fi singur sau de a merge în locuri publice. Un atac de panică este adesea urmat de o teamă persistentă de a avea un alt atac. Frecvența atacurilor de panică variază de la câteva pe zi, la câteva pe an.

În apariția atacurilor de panică pot fi implicați mai mulți **factori**, de natură biologică, anumite modificări în morfologia și funcționalitatea creierului sau factori de natură genetică; astfel, anumite studii au relevat faptul că, la rudele de gradul I ale pacienților care suferă de atacuri de panică, riscul de a dezvolta aceeași tulburare este de câteva ori mai mare decât la ceilalți indivizi. Atacurile de panică pot fi cauzate în mod special de factori psihologici; astfel, un eveniment

psihologic din trecutul pacientului acționează ca declanșator al atacului de panică. Evenimentele stresante din viața unei persoane, cum ar fi *teama de a apărea în public sau de a vorbi în public, teama de eșec, teama de boală, teama de tratament și de efectele secundare ale acestuia, teama de intervenții chirurgicale, teama de moarte, alte evenimente stresante cum ar fi pierderea unei persoane dragi, eșecuri personale, profesionale, diferite conflicte etc. pot duce la instalarea unei tulburări anxioase sau depresive și la apariția atacurilor de panică.*

În multe cazuri, atacurile de panică sunt însoțite de **agorafobie**. Agorafobia include atât *teama de spații largi, cât și teama de mulțime și frica de a nu avea posibilitatea de a „evada” imediat din aceste situații într-un loc sigur*, de obicei casa persoanei respective. Astfel, termenul se referă la un grup de fobii intercorelate ce pot include frica de a părăsi casa, de a intra în magazine, teama de mulțime și locuri publice sau de a călători singur în autobuz, tren sau avion. Agorafobia este una dintre cele mai incapacitante dintre tulburările fobice, unele persoane fiind obligate să rămână în casă, îngrozite de gândul că li se va face rău în public și nu vor avea ajutor (2).

Atacurile de panică pot fi secundare unor tulburări depresive, iar debutul lor apare de obicei în viața adultă. **Depresia** este clasificată ca făcând parte din tulburările afective; acestea includ *tulburarea depresivă majoră, tulburarea distimică și tulburarea bipolară*. Elementul esențial al episodului depresiv major îl constituie o perioadă de cel puțin 2 săptămâni, în cursul căreia există fie dispoziția depresivă, fie pierderea interesului sau a plăcerii pentru aproape toate activitățile.

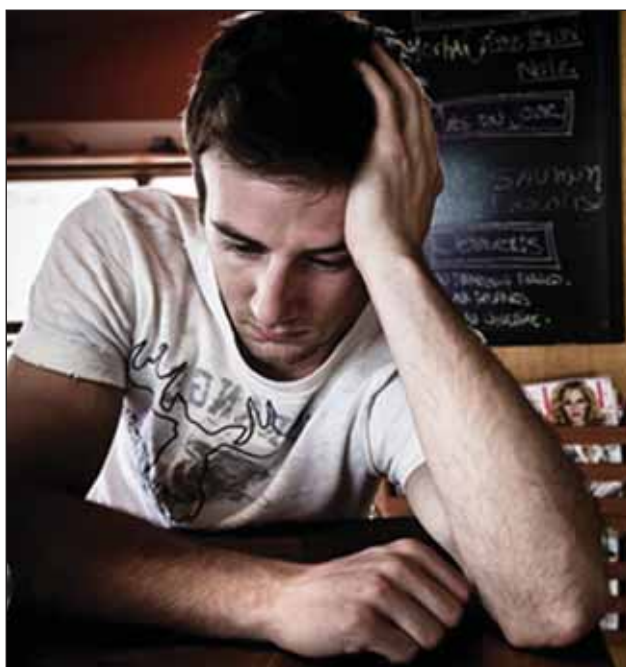


**La copii și adolescenți, dispoziția poate fi mai curând iritabilă decât tristă și poate apărea depresia de separare. Simptomele principale ale depresiei includ modificări ale apetitului alimentar și sexual, creșterea sau scăderea semnificativă în greutate, tulburări ale somnului și modificări ale activității psihomotorii, energie scăzută, sentimente de inutilitate sau de culpă, dificultate în gândire, lipsa de concentrare în luarea deciziilor, idei recurente de moarte sau idei, planuri ori tentative de suicid.** Simptomele trebuie să persiste cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi, timp de cel puțin 2 săptămâni consecutiv. Apare detresa sau deteriorarea semnificativă în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare. La anumiți indivizi cu episoade mai ușoare de depresie, funcționarea pare a fi normală, dar necesită un efort considerabil mai crescut decât în mod normal (3).

*Unele persoane depresive manifestă o stare de iritabilitate crescută, o stare coleroasă persistentă, cu tendința de a răspunde la diverse evenimente prin accese de furie ori prin blamarea altora sau printr-un sentiment exagerat de frustrare pentru chestiuni minore. Pierderea interesului sau a plăcerii este aproape totdeauna prezentă într-un grad oarecare. Cea mai comună perturbare a somnului asociată cu un episod depresiv major este insomnia. Energia scăzută, extenuarea și fatigabilitatea sunt frecvente. O persoană poate acuza fatigabilitate fără a depune vreo activitate fizică susținută și poate manifesta atacuri de panică frecvente. Pot apărea sentimente de inutilitate sau de culpă, gânduri de moarte, ideea de suicid ori tentative de suicid, pot apărea halucinații sau idei delirante care pot face parte dintr-un episod depresiv major cu elemente psihotice.*

Depresia este o reacție naturală la experiențe emoționale dureroase, la pierderea unui membru al familiei sau a unei persoane dragi sau la separarea de o persoană apropiată, în fața unei boli sau în apropierea morții, însă în toate tipurile de depresie apare o schimbare extremă atitudinală persistentă (4).

**În depresie cel mai des întâlnit simptom este starea de slăbiciune, lipsa energiei generale ce persistă chiar dacă nu există o cauză fizică, organică, apoi apar lipsa de concentrare și lipsa inițiativei, cu scăderea voinței, indecizia, anxietatea, agitația.** Energia psihică este retrasă din conștiința activă și rămâne blocată în inconștient. **Apar schimbări ale dispoziției psihice generale, tristete, apatie, însingurare.** Un simptom frecvent al depresiei este insomnia, tranziția de la starea activă a conștiinței la o stare inconștientă este bruiată, nu se mai realizează contactul dintre conștient



și inconștient. Pot apărea plânsul, iritabilitatea, lipsa apetitului sexual și alimentar. Apar dereglările metabolice; astfel, metabolizarea zaharurilor din sânge este bruiată, putând apărea dereglări ale ficatului și pancreasului. Pot apărea sentimente de împovărare sau, mai mult, de păcăuire și autoculpabilizare, ceea ce indică o dereglare a echilibrului stării mentale. Pot apărea dorințe regresive de fugă, de negare, de izolare sau de moarte.

Tendențele suicidare simbolizează nevoia unei schimbări fundamentale, ceva actual trebuie să dispară, să moară, pentru ca ceva nou să reapară. În plan simbolic, moartea devine un act al creației, individul moare pentru a renaște (5). **Depresia** reprezintă un blocaj al energiei psihice, datorată unor probleme de natură nevrotică sau psihotică, iar găsirea imaginilor ce stau în spatele trăirilor emoționale poate stimula eliberarea energiei din inconștient și poate ajuta individul să depășească acea stare. Din perspectiva psihologiei analitice jungiene, individul trebuie să pătrundă cât mai complet în această stare depresivă, astfel încât sentimentele implicate să fie înțelese cât mai clar. Această clarificare reprezintă o transformare a sentimentelor vagi în idei sau imagini mai clare, cu care depresivul poate relaționa mai bine (6). Inconștientul are o forță de atracție puternică, ce poate reține energia psihică din conștiință, apărând astfel depresia, având loc în acel moment o acumulare de valoare în inconștient. Din perspectivă jungiană, libidoul sau energia psihică poate fi observată doar într-o anumită formă, cea a imaginilor fantasmatică și poate fi eliberată din inconștient aducând la suprafață, în conștiință, imaginile fantasmatică ce-i corespund.

Ostilitatea inconștientului apare în cazurile în care conștiința are o atitudine greșită sau arogantă, adică o atitudine unilaterală, strict intelectual-rațională, de exemplu. Apare unilateralitatea atitudinii conștiente. Într-un mod compensatoriu, inconștientul se revoltă aducând la suprafață o altă funcție, opusă celei din conștiință. Din perspectivă jungiană, singura posibilitate de acțiune este lăsarea într-o oarecare măsură a conducerii pe seama inconștientului, lăsându-i posibilitatea de a deveni el însuși conținut conștient sub formă de fantasmă. Înțelegerea intelectuală a individului nu influențează depresia, iar imaginile fantasmatică trebuie lăsate să iasă la suprafață. Nu este suficient ca individul să contempleze

pasiv fantasma, ci, participând activ, o poate trăi pe deplin (7). Participarea activă a individului l-ar putea ajuta să intre în posesia libidoului și ar avea astfel o influență mai puternică asupra inconștientului.

Conștientizarea conținuturilor inconștiente, prin participarea activă la evenimentele fantasmatică, poate duce la o lărgire a conștiinței, la diminuarea influenței inconștientului și la producerea unei schimbări a personalității, a atitudinii generale. Prin confruntarea cu inconștientul și integrarea în conștiință a conținuturilor sale, apare o schimbare a personalității ce creează un echilibru între conștiință și inconștient și conferă personalității o nouă bază mai stabilă (8).



## BIBLIOGRAFIE

1. Dicționar, DSM IV, Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale, pg. 433-441
2. ICD-10, Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament, pg. 162-164
3. Dicționar, DSM IV, Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale, pg. 349-356
4. **Andrew Samuels**, Psychopathology, Contemporary Jungian Perspective, p. 26
5. **Heinrich Fierz**, Jungian psychiatry, p. 308
6. **C.G. Jung**, CW 16, par. 373
7. **C.G. Jung**, Două scrieri de psihologie analitică, p. 244
8. **C.G. Jung**, Două scrieri de psihologie analitică, p. 245