

L'ATTACCO DI PANICO di Nello Mangiameli

L'attacco di panico è uno degli stati psicosomatici che alcuni ricercatori in formazione o *richiedenti incontri di Maieutica Sigmasofica* hanno riferito di vivere. Tutti coloro finora ascoltati hanno testimoniato che

*il loro attacco di panico si è manifestato improvvisamente,
raggiungendo notevoli intensità psico-somatiche in pochissimi minuti.
Sembrano essere sempre presenti
tachicardia, palpitazione, sudorazione, brividi o vampate di calore intensi
e diverse intensità di tremore.
Sensazioni di soffocamento e di asfissia,
abbinate a dolori o fastidi al petto
rappresentano altri aspetti segnalati
che, in alcuni casi,
si abbinano a nausea o a dolori addominali.*

La presenza di questa situazione è frequentemente vissuta dai soggetti come uno stato che li fa

sentire instabili: sbandano.

Alcuni raccontano di *sentirsi vicini allo svenimento*, sembra loro che tutto sia *irreale* in quel momento:

*la mia personalità normale
sembrava essere scomparsa, irricognoscibile
(da verbalizzazione).*

In alcuni casi specifici, questa cosiddetta
*perdita di controllo,
riferita come paura, si abbina al timore, più forte,
di morire.*

In alcuni casi si esprime l'equazione:

*perdita di controllo uguale morte
(da verbalizzazione),*

fatto che, viene confermato dalla

*presenza di parestesie
(sensazioni di formicolio, di torpore, situati nelle diverse parti del corpo).
È stato inevitabile che lo stato lo-somato-autopoietico descritto
sia stato proiettato nel luogo in cui il soggetto si trovava:
se l'evento si è verificato in uno spazio aperto,
vi si abbina l'agorafobia, s
e lo spazio era chiuso,
si vive la claustrofobia.*

Inoltre, ho osservato che, in alcuni ricercatori, tale quadro sintetico si è manifestato in maniera inaspettata e frequentemente, determinando, così, la

*paura di avere altri attacchi,
in qualunque luogo.*

Si sono create così ulteriori distonie e paure delle conseguenze, provocando in tal modo *modifiche ai propri comportamenti.*

Altre volte, si sono verificati fatti episodici che non si sono più ripetuti. Ovviamente, vista la loro ricorrenza, quelli del primo caso sono maggiormente significativi, rispetto a quelli del secondo caso: per la Sigmasofia, entrambi richiedono, un *adeguato intervento di auto-rigenerazione e di auto-guarigione autopoietica.*

È necessario iniziare ad affermare che *l'attacco di panico* è sempre, e per definizione, uno stato psicosomatico che investe tutti i piani. Scopriremo come l'lo-psyché abbia un ruolo determinante nell'innesco di tale condizione. Anche nel caso in cui gli *attacchi di panico* si siano manifestati in conseguenza degli effetti fisiologici di una qualunque sostanza bio-chimica assunta o di una condizione medica generale, determinata da *altri* disturbi dell'lo-psyché (come la conseguenza di una specifica fobia), si dovrà comunque procedere all'indagine vissuta delle cause che *hanno indotto nel ricercatore quella determinata condizione*.

La condizione psicosomatica dell'attacco di panico è sempre presente, anche se
*la manifestazione sintomatica
è considerata di breve durata,
di pochi minuti
(che, però, sembrano interminabili).*

Infatti, gli stati coscienziali memorizzati che hanno causato l'attacco continuano ad essere lì, presenti, e, in certe condizioni, *rideterminare l'attacco*.

L'osservazione è semplice. Se nello psicosomatico esiste un processo che provoca sudorazione, vertigini, tremori, sensazioni di svenimento, paura di infarto, di morire, sensazione di irrealtà, ci indica che c'è qualche cosa, un *padre-madre* che lo sta generando: *è un avvertimento*.

*Le cause, da cui discendono quei sintomi,
non si formano all'istante,
ma sono il risultato di esperienze accumulate per anni,*
per cui possiamo affermare che quando dei ricercatori dicono
*il mio attacco è stato come un fulmine a ciel sereno,
inaspettato,
non dicono il vero!*

Infatti, durante i trattamenti, emerge *sempre* l'elemento (ripeto *sempre*), per cui le *cause scatenanti* sono state, in qualche modo e in qualche misura, conosciute dal ricercatore, ma sono state vissute singolarmente, con minore intensità e con caratteristiche diverse da quando si sono manifestate la prima volta, tutte insieme, *nell'attacco di panico*, che si rivela quindi essere una forma di

aggredior-out.

A questo va aggiunto che, spesso, l'lo-psyché del ricercatore non è allenato al lavoro di auto-osservazione, alla formazione a sé e che, quindi,

*i centinaia di segnali prodotti dall'organizzazione psicosomatica
che preludono all'attacco di panico
sono stati totalmente ignorati o nemmeno riconosciuti.*

Qui, è necessario destrutturare un'altra, comune, proiezione:
non è vero

*che gli attacchi successivi si manifestano
per la paura che si possa ripetere il primo,
in quanto le cause scatenanti sono ancora tutte lì,
perfettamente operanti e rappresentano sempre
la componente fondamentale che può provocare l'ulteriore panico.*

L'ansia che nasce nel ricercatore per il fatto che l'attacco possa ripetersi, è semplicemente qualche cosa che va ad aggiungersi all'esistente. L'lo-psyché produce un particolare stato di coscienza,

la paura della paura

che l'attacco di panico ha innescato: in quella situazione si può osservare l'lo-psyché fare una serie di ipotesi, di supposizioni proiettive sul luogo in cui il disagio potrà ripresentarsi.

Sono proiezioni che si aggiungono alle proiezioni, ed è necessario intervenire per destrutturarle.

L'lo-psyché del ricercatore teme che

l'attacco possa manifestarsi in contesti o in situazioni da cui è difficile separarsi, alimentando così forme-pensiero talvolta ossessive che creano stati autoindotti di paura e di intensità dell'lo-psyché, proprio nel contesto in cui hanno proiettato di avere paura.

A volte, l'lo-psyché pensa che gli

attacchi siano assurdi, che non abbiano senso

(fattore che indica lo scarso lavoro introspettivo o di formazione a se stesso)

e che probabilmente è soltanto lui a soffrire e ad essere, in qualche modo, anormale o pazzo. Di conseguenza, spesso tende a permanere in luoghi di sicurezza come la casa, avendo timore ad uscire (da verbalizzazione). Voglio evidenziare che, di fatto, l'attacco di panico determina un'enorme distonia che si concretizza, spesso, nella significativa riduzione di molte normali attività quotidiane:

evitare di viaggiare o di spostarsi significa evitare l'attacco di panico e la vergogna o l'imbarazzo che il vissuto dell'attacco può suscitare.

E sono proprio l'imbarazzo e la vergogna a ritardare l'intervento diretto, immediato su di se (personale e/o specialistico). Si sono verificati casi in cui l'lo-psyché del ricercatore tenta di avvalersi di diverse figure, parenti e amici fidati che lo aiutino a realizzare azioni fondamentali per la propria esistenza (si fanno accompagnare e si fanno riprendere al posto di lavoro, ad acquistare cibo, negli appuntamenti importanti).

Constatando gli effetti somatici, inizialmente tutti tendono a privilegiare la figura del medico, a cui si rivolgono per gli accertamenti clinici. Soltanto più tardi, alcuni decidono di interpellare altri specialisti che tengano in maggior conto le componenti *lo-somatiche* e, come nel nostro caso, *energetiche (autopoietiche)*.

Riferiscono di sentirsi spiazzati dall'attacco e, spesso, lo affermano in *buona fede*, specialmente nei casi in cui si sono identificati nella *volontà di esercitare il controllo su tutto*, compensando, così, quasi automaticamente, ogni incontro con sintomi e stati coscienziali che andrebbero in realtà, approfonditi. Più è forte il controllo che illusoriamente pensano di attuare, maggiore è l'intensità della crisi, che li *spiazza*, li *disorienta*.

La natura, finalmente, esplose per riequilibrarsi utilizzando le proprie capacità omeostatiche; ma anziché decodificare quel messaggio veicolato da quel *benedetto attacco*, è facile che il ricercatore *ricorra ai servizi di pronto soccorso*. A questo punto, inizia il gioco involutivo, il medico del pronto soccorso consiglia l'uso del *Lexotan* o del *Valium* e inizia il lavoro di riduzione, di

addormentamento dell'amico d.a.p.,

ovvero di colui che viene ad avvertirci che c'è qualcosa che non va, che qualche cosa lo sta creando

e che è necessario intervenire all'interno dell'organizzazione psicosomatica.

All'attacco di panico, si integra la forma di auto-aggressione che è rappresentata dall'eliminazione-riduzione del sintomo.

La *danza involutiva* è particolarmente interessante, perché per alcuni ricercatori l'ansiolitico diverrà *una delle poche ancora di salvezza*

(da verbalizzazione):

uno di loro, li portava sempre con sé, *Ciò mi tranquillizza, diceva*. Anche quando il ricercatore riferisce di assumere molti farmaci, incorre e proietta un ulteriore stato che appaga la situazione, in quanto non interferisce in alcun modo nelle cause del *d.a.p.* Inoltre, oltre al resto, deve gestire la somministrazione dello psicofarmaco e, in questo modo, inserisce, nella propria vita nuove dinamiche di controllo: è lo stesso meccanismo-

bisogno primario che ha contribuito alla nascita dell'attacco di panico e che, potenzia le condizioni affinché questo riemerge.

Ampliamo ancora il quadro generale.

Per molti ricercatori, *attacco di panico* è sinonimo di depressione e di ipocondria. Credono di avere malattie organiche più gravi e, spesso, le rassicurazioni dello specialista non sono sufficienti. Alcuni arrivano a sentirsi totalmente incompresi da tutti, aumentando, così, la condizione adatta al manifestarsi del panico: è *solo, si sente solo* e, in quella condizione, le *proiezioni aumentano*. La conferma arriva anche dal fatto che prima o poi si renderanno conto che *l'ansiolitico è meno di un palliativo*:

*sì, è vero, mi ha sempre ridotto i sintomi,
ma ora non lo fa più, aiutami*
(da verbalizzazione).

Si può già intuire quali potranno essere gli orientamenti di auto-rigenerazione autopoietica, proposti dalla Sigmasofia nel caso del *d.a.p.*

Proviamo ad entrare.

Il Maieuta o il Docente deve avere ben presente il fatto che sta esercitando una disciplina nuova. Si trova di fronte un ricercatore che sente di non farcela proprio più. A volte, si tratta di un lo-psyché che ha già seguito altri iter che non hanno funzionato per cui ora ne intraprende uno a cui, forse, non crede e che non conosce.

In generale, come per tutti gli *ostacolatori-discrasie*, il *d.a.p.* è risolvibile attraverso una proposta che riporti il ricercatore a vivere consapevolmente i principi attivi autopoietici, omeostatici, perfettamente funzionanti prima delle diverse identificazioni e costruzioni dell'lo-psyché in processi acquisiti, in situazioni di vita che hanno prodotto il sintomo. È necessario elaborare un *protocollo autopoietico per il primo intervento*, in quanto le spinte, le azioni e le esperienze dell'lo-psyché del soggetto che lo hanno condotto a crisi forti e debilitanti, con manifestazioni neurovegetative importanti per essere somatizzate in quel modo, devono essersi ripetute molte volte, in diversi momenti e con intensità istintivo-emozionali accumulate negli anni. La mancata osservazione di se stesso, inoltre, costringe il ricercatore a non riconoscere i contenuti, i significati-significanti importanti che l'hanno determinato. Inoltre, si tenga presente che, per tenere memorizzate, cristallizzate, tali esperienze, memorie e azioni, è necessaria un'elevata quantità di campo istintivo-emozionale, di vita-autopoiesi. Ogni stato coscienziale ha necessariamente bisogno dei principi attivi autopoietici che lo generano, poichè lo, soma e autopoiesi non sono mai separati rappresentano *un'unità*. Quindi, l'intervento del Maieuta Sigmasofico dovrà rivolgersi ai tre piani, considerandoli però uno solo. Più che per altre patologie, per il *d.a.p.*, è di fondamentale importanza collegare il setting auto-rigenerativo-guaritivo anche agli *incontri di Sigmasofia ecologica*, di *Σophy martial Art* e dei peculiari allenamenti denominati del Pan-kraton e della *Σigma-gym* studiate e abbinare, *durante l'anamnesi e la preparazione del protocollo autopoietico, alle caratteristiche di ogni singolo caso*.

Spesso, chi soffre di attacchi di panico ha la sensazione di vivere una condizione che riferisce essere paragonabile a quello che crede sia la *pazzia* (da verbalizzazioni). Detto questo, sa riconoscere comunque e perfettamente le caratteristiche somatiche del sintomo, ed è proprio questo riconoscimento che gli fa capire che in quel momento non può farcela da solo, elemento che lo spinge a chiedere aiuto (se potesse farcela da solo, semplicemente lo farebbe, *perché spesso si vergogna del sintomo!*). Se non ce la fa, significa che il suo lo-psyché è identificato, incastrato nelle cause che generano la somatizzazione forte, la crisi. L'allargamento del setting, anche con proposte per quell'lo-psyché molto forti, serve a disidentificarlo dalle cause lo-somato-autopoietiche da cui scaturisce il sintomo, l'attacco. Ricordo ancora il caso di un ricercatore che, convinto a praticare un'uscita di *Torrentismo Coscienziale Autopoietico*, costretto, sotto assistenza, a vivere una condizione per lui veramente coinvolgente, immerso nell'acqua di un fiume e

trascinato dalla corrente, riuscì a saltare, utilizzando l'imbraco e la corda, da venti metri. La costrizione ad un livello di attenzione assoluta, suscitò in lui forme di intensità istintivo-emozionali che lo aiutarono a *disidentificarsi dalle cause scatenanti il suo panico*, e lo sforzo fisico contribuì a far defluire forme di cristallizzazione lo-somatica. Si determinò, inoltre, un'intensità istintivo-emozionale e un'immersione così coinvolgente nelle funzionalità naturali da determinare la remissione dei sintomi, della patologia. Ovviamente, durante la crisi, gli proposi una serie di autopoiesi pratiche e teoriche: da allora e fino ad oggi, per quel caso, l'attacco di panico non si è più ripresentato (ad oggi, 8 anni).

Ovviamente, quello indicato è soltanto un caso estremo, *in cui esistevano le condizioni adatte ad applicare il protocollo da me proposto*. Non tutti i ricercatori possono praticare il *Torrentismo Coscienziale Autopoietico*. Voglio comunicare che, secondo me, l'allargamento della proposta auto-guaritiva, del setting, deve sempre essere commisurata *alla realtà lo-somato-autopoietica del ricercatore*, con l'unico imperativo che la proposta deve veicolare intensità istintivo-emozionale superiore a quella esistente, anche se al Maieuta sembrasse leggera: infatti, per una persona anziana, statica, sempre vissuta in città e con stereotipie classiche, anche una semplice passeggiata di venti passi, fatta in un bosco di sera, può suscitare specifici risvegli, simmetrie, risonanze e sblocchi (...).

Vedremo poi quali sono le Autopoiesi da applicare durante queste proposte di allargamento del setting.

Tutti i ricercatori che hanno tentato di *farcela da soli*, che non ci sono riusciti e che si sono permessi di chiedere aiuto, in genere, sono i casi più difficili, perché, a volte hanno peggiorato la situazione, fino a *raggiungere lo stato di cronicizzazione*.

In quei casi, il ricercatore non è consapevole dell'esistenza di metodi di auto-rigenerazione-guarigione, non lo sa, lui, di fatto, semplicemente delega al Maieuta, al Docente, l'azione di aiuto che *prima delegava all'ansiolitico o alla propria capacità*.

Il Maieuta-Docente dovrà tenere presente che il *d.a.p.* non ha alcuna possibilità di essere completamente risolto, a livelli profondi, con *protocolli autopoietici* che non prevedano esplicitamente l'intervento, vissuto di situazioni di vita vera, difficile, superata direttamente dal ricercatore e l'attuazione *di specifiche Autopoiesi olografiche*.

L'elaborazione delle cause, realizzata con protocolli di semplice ascolto o che prevedano la sola mediazione del linguaggio, anche se dà illusori risultati positivi temporanei, non risolve alla radice il problema. La base del protocollo del *d.a.p.* (così come in tutti gli altri casi) dovrà essere sempre indirizzata alla *formazione complessiva a se stessi*, e non soltanto al trattamento del sintomo. E' necessario orientare il ricercatore nella direzione in cui

*possa creare in sé una condizione lo-somato-autopoietica
che non abbia più bisogno di quel sintomo.*

C'è da tenere presente che molti ricercatori, pur di non recarsi dallo specialista, convivono per anni con il loro problema, spesso schiacciati dai sensi di colpa nei riguardi dei conviventi e degli amici.

*Il sintomo non è mai un adattamento dell'lo-psyché
alla causa che lo genera,
ma è sempre il messaggio, l'informatore di quella causa.*

Nel caso in cui i ricercatori esprimano il desiderio-pulsione disfunzionale di voler convivere con il sintomo-patologia, si dovrà proporre loro l'intervento basato sul vissuto diretto. Si tenga presente che molti lo-psyché tendono a mantenere inconsciamente vivo il desiderio-pulsione di convivenza con il sintomo, perché in tal modo sperano di non essere lasciati soli, situazione che non sarebbero in grado di sostenere, anche per altri motivi.

Pur esistendo un orientamento per gli attacchi di panico, il Maieuta dovrà comunque redigere un *protocollo diagnostico-differenziale* per ogni singolo caso.

Le Autopoiesi e, in particolare le Autopoiesi lo-somatiche, dovranno essere elaborate in funzione del vissuto diretto di situazioni, in cui il soggetto possa sperimentare, Risalire e transmutare le reazioni inconsce a situazioni di pericolo attuale, come la paura di separazione, di perdita su tutti i piani, e tutti i cambiamenti esistenziali significativi. Per alcune organizzazioni interiori, il timore di perdere le persone, da cui sentono di essere sostenuti, *può rappresentare un elemento scatenante del panico.*

Fino ad oggi non ho mai lavorato su casi di *d.a.p.*, su ricercatori con età superiore ai quarantacinque anni.

Una peculiarità dell'attacco di panico consiste nel fatto che l'lo-psyché, identificato in memorie ed esperienze di paura, di tensione, di azioni che non corrispondono spesso al proprio bisogno profondo (...), va ad attivare a sproposito crisi del comportamento che inducono ad un allarme da cui si desidera fuggire. In realtà, il pericolo è soltanto immaginato, ma essendo molto intenso, mobilita il cervello a reagire come se fosse reale, anche al di là dell'lo acquisito che lo crea.

Tutto è legato. Ovviamente, la crisi si innesca quando l'intensità del pensato, dell'immaginato, supera una *determinata soglia*, diversa per ognuno: tale contenuto dell'lo-psyché *determina una crisi del comportamento mediato dal neurotrasmettitore.*

Non è un fulmine al ciel sereno,

si tratta dell'lo-psyché che, inevitabilmente, incontra la parte acquisita di se stesso, carica istintivo-emozionalmente, per cui vive un'intensità che lo spinge a creare *una via di fuga.* Di fatto, si tratta di una fuga che ha realtà e consistenza soltanto come contenuto psichico: il corpo, collegato, reagisce come se anche nel sensibile, cosiddetto *oggettivo*, la *vita fosse messa improvvisamente in gioco* (la sudorazione, la tachicardia, i tremori, il senso di soffocamento sono lì a confermarlo!). Quindi, i sintomi fisici collegati all'lo-psyché non fanno che *accrescere le paure proiettive*, creando una sinergia viziosa che aumenta la sintomatologia complessiva. Ma, come noto, noi siamo una fabbrica di stati coscienziali che, di solito, non durano a lungo: infatti,

*l'attacco di panico non si protrae mai oltre i quindici minuti,
con punte molto intense.*

Infatti, nella gestione di queste crisi, non ho mai impiegato più di venti minuti!

Si tratta di attivare, attraverso il vissuto diretto, la remissione spontanea degli *ostacoli dell'archetipo barriera sensibile e sovrasensibile*, ossia, di ripristinare funzionalità, facoltà dell'lo-psyché che ci permettono di interagire in modo adeguato di fronte ai pericoli, *proiettivi o reali*, che possono minacciare l'istinto a mantenersi *accesi*, in vita, *di sopravvivere come corpo fisico antropomorfo.*

La conoscenza vissuta (non *parlata*) del proprio campo istintivo-emozionale permette all'lo-psyché di utilizzare se stesso in funzione di forme di auto-determinazione funzionale, naturale, autopoietica, che non hanno bisogno di identificarsi in stereotipie, convenzioni o divieti che, alla lunga, determineranno la caduta nel sintomo nella patologia.

Il campo istintivo-emozionale e aggredior è tensione-tono vitale, è vita: vivere, non è in sé, né negativo, né positivo. È una forma di differenza di potenziale che determina una tensione dell'lo-psyché necessaria a vivere qualunque stimolo o situazione critica, entrando in pieno nelle condizioni ambientali (di se stessi: tutto è atomicamente e coscienzialmente legato), anche continuamente cangianti, in evoluzione.

Il campo istintivo-emozionale e aggredior attiva tre specifici ormoni, l'adrenalina, la noradrenalina e il cortisolo, che vengono prodotti in conseguenza dello stimolo dell'lo-psyché (innato e acquisito): fanno parte della chimica che ci permette di vivere, di tentare di raggiungere ciò che ci prefiggiamo.

Quando, con le stereotipie, i condizionamenti, i diversi dover essere e dover fare, ripetuti continuamente, accrescono la produzione di questi tre ormoni, ecco che quella naturale

differenza di potenziale (la tensione, il tono), diventa ansia, attacco d'ansia, che, se raggiunge una grande quantità, diviene attacco di panico.

Ciò che ci serve per vivere, gli istinti e le emozioni: il naturale fluire del campo istintivo-emozionale diviene ciò che lo ostacola. Non è nella natura innata vivere con la tachicardia, con le difese immunitarie depresse e condizionate dal proprio lo-psyché.

L'accumulo di stereotipie, di convenzioni, di responsabilità non volute, di costrizioni, determina il fatto che tutti gli lo-psyché non consapevoli di questo possono esprimere un attacco di panico.

Ogni volta che accompagno *lo-psyché cittadini* a fare un'esperienza di Sigmasofia ecologica, diurna o notturna, me ne rendo conto! È inequivocabile e ovvio che il *d.a.p.* è *parente stretto della depressione*: come fa un lo-psyché, identificato nelle proprie convenzioni, stereotipie a rendersi conto e a vivere i principi autopoietici di autorigenerazione consapevole che muovono all'essenza dell'lo-psyché, se non lo si orienta verso quel vissuto diretto, se nessuno, pedagogicamente o psicologicamente, interiormente e esternamente, gli indica quella direzione?

Come può quell'lo-psyché non avere timore degli spazi aperti (agorafobia) o degli spazi chiusi (claustrofobia) se vive una condizione come quella indicata?

La persona con il *d.a.p.*, di fatto, ha perso la connessione consapevole con la parte innata di se stesso, con le forze presenti in natura e in sé, in favore di identificazioni socio-culturali, in applicazioni istintivo-emozionali mediate da queste stesse convenzioni, ideologie. Più che altre patologie-sintomi,

il d.a.p. ci informa che non ci conosciamo,

che non stiamo vivendo secondo principi innati, ed è questo stato d'inconsapevolezza continuamente alimentato che farà nascere la

fobofobia,

la paura della paura,

creando così una condizione esistenziale insostenibile.

Spesso, quello che manca all'lo-psyché, è un'adeguata formazione al recupero dei *significati-significanti innati della vita, dell'Universi-parte: se stessi*. Invece, molti praticano uno spostamento, *scambiando l'attività lavorativa e poche altre azioni quotidiane con il vivere*: ma, attuato il proprio compito, la propria azione di cooperazione, di sopravvivenza, la vita consiste anche nella scoperta dei significati-significanti olistico-autopoietici e non solo nelle applicazioni specifiche.

Tutti i ricercatori in formazione che si autorizzano a vivere secondo principi autopoietici, naturali, nulla escluso, sempre, pongono in *remissione la produzione di ansia e di attacchi di panico*, e questo vorrà dire pur qualcosa, visto che l'abbiamo constatato in centinaia di ricercatori!

Il punto è l'uso che l'lo-psyché fa di se stesso, non è dell'uomo o della donna, ma dell'lo-psyché! Non c'è una predisposizione genetica ma soltanto incapacità formativa ad utilizzare il proprio lo-psyché, *secondo le specifiche esigenze innate ed acquisite*.

Una prova ne è il fatto che ci sono un maggior numero di attacchi di panico in città che non in campagna, negli Stati Uniti che in Africa!

Il fatto che tutte le Autopoiesi olografiche proposte dalla Sigmasofia orientino verso il vissuto diretto della fisiologia innata che forma noi stessi e l'ambiente circostante, determina il fatto per cui ogni singola pratica, come dimostrato, ha specifici effetti sul *d.a.p.*, specialmente se effettuate in natura. Detto questo, nei protocolli sigmasofici per il *d.a.p.*, si propongono *Autopoiesi lo-somatiche* finalizzate al superamento-disidentificazione delle stereotipie, delle convenzioni di ognuno. Tali vissuti realizzati, ampli vengono avvolti da specifiche Autopoiesi olografiche e Concentrazioni autopoietiche, funzionali alla trasmutazione di quello stato coscienziale. La stabilità viene raggiunta con la pratica delle *Autopoiesi olografiche marziali* che permettono la nascita di forme di

autodisciplina adatte all'autogestione dei propri stati coscienziali, anche in situazioni estreme (Pan-kration, Autopoiesi della vita e dello stato coscienziale punto morte). Specifiche proposte di *Costruzione della propria teoria conseguente al vissuto* creeranno la teoresi generale necessaria, in qualche modo, a legittimare il vissuto.

In sintesi, *l'attacco di panico* è uno dei messaggeri finali che prelude ad altri più gravi (rispetto al punto morte normalmente inteso): ci dice che l'orientamento intrapreso non è verso funzionalità innate che è possibile applicare anche nell'azione quotidiana, bensì ci comunica che abbiamo creato *metastasi dell'identificazione-fissazione in forme dell'acquisito*, non più consapevoli dei principi attivi innati, transfiniti, da cui nascono. Ci dice, perentoriamente, che *dobbiamo creare l'azione correttrice* evidenziando, esattamente, lo stato lo-somatico e relativi significati-significanti da cui iniziare (...).

Grazie, amico *d.a.p.*!