

La psicoterapia cognitivo interpersonale nel Disturbo di Panico

Tonino Cantelmi¹, Maria Beatrice Toro², Michela Pensavalli³

SCINT – Scuola di specializzazione in psicoterapia Cognitivo Interpersonale

¹ Psichiatra, Psicoterapeuta, Direttore Scientifico SCINT, Presidente ITCI

² Psicologa, Psicoterapeuta, Direttore Didattico SCINT, Coordinatore ITCI

³ Psicologa, Psicoterapeuta, Coordinatore Didattico SCINT, Coordinatore ITCI

Riassunto

Nel presente lavoro descriviamo la prassi clinica secondo l'approccio cognitivo interpersonale al trattamento del Disturbo di Panico. È questo un disturbo molto frequente nella popolazione generale e, negli ultimi decenni, si è osservato un notevole incremento dell'interesse verso la sua eziopatogenesi e cura. L'approccio cognitivo interpersonale legge lo scompenso fobico come l'espressione di tensione non riconosciuta e non collegata alle caratteristiche interiori e agli eventi emotigeni alla persona immediatamente prima dello scompenso. Nel presente articolo viene collegato lo scompenso fobico all'organizzazione di significato fobica, incentrata su un'oscillazione emotiva prevalente (tra paura e curiosità) e su una semantica del tipo controllo-perdita di controllo, forza-debolezza, sicurezza-pericolo.

Parole chiave: tecnica psicoterapeutica, cognitivismo post razionalista, terapia interpersonale, psicoterapia cognitivo interpersonale, auto osservazione strategica, organizzazione di significato fobica.

Premessa

L'obiettivo principale del terapeuta nel contesto clinico della psicoterapia Cognitivo Interpersonale – le cui basi epistemologiche sono improntate al costruttivismo di tipo post razionalista – è quello di accompagnare il paziente nella rilevazione e risistemazione di propri contenuti emotivi e automatismi psicologici, dei quali sovente non ha consapevolezza (o ha una consapevolezza solo parziale, fortemente modellata entro pattern di significato rigidi e ricorrenti). L'idea di fondo è che porzioni fondamentali nella conoscenza di sé del paziente giacciono semi-inesplorate nella memoria, senza esser messe esplicitamente a tema, poiché eccessivamente disturbanti, perturbanti, o dolorose. Tali elementi “dormienti”, pur assenti nella conoscenza esplicita di sé, orientano, tuttavia, comportamenti

Summary

In this work we describe the clinical practice according to the cognitive interpersonal approach to the treatment of panic disorder. This is a very common disorder in the general population and it has been observed that in the last decades the interest towards its etiopathogenesis and treatment has been increasingly expanding. The cognitive interpersonal approach sees the phobic decompensation as the manifestation of an unrecognized tension, which is not connected to the inner features and emotional events of the person immediately before the episode of decompensation. In the present article the phobic decompensation is related to the phobic organization of meaning, which is primarily focused on an emotional fluctuation (between fear and curiosity) and a semantics of the kind control-loss of control, strength-weakness, safety-risk.

Key words: psychotherapy technique, post rationalist cognitivism, interpersonal therapy, cognitive-interpersonal psychotherapy, strategic self observation, phobic organization of meaning.

e strategie, irrigidendoli entro schemi talvolta asfittici. Una simile dinamica impoverisce le capacità generali di adattamento del soggetto al suo contesto ambientale/interpersonale e ne condiziona la visione di sé come persona (livello di autostima). Come recuperare, dunque, le informazioni nascoste affinché il paziente possa coglierne il significato e giungere a una visione di sé e del mondo più articolata e integrata? In questo articolo si descrive il trattamento psicoterapeutico con approccio cognitivista post-razionalista al disturbo di panico, premettendo che tale scompenso potrebbe avere esito da ciascuna delle quattro organizzazioni di significato personale già descritte da Guidano (la fobica, ossessiva, depressiva e dappica), ma per chiarezza esemplificativa si prenderà in esame la costruzione dell'esperienza ed i risvolti emotivi e cognitivi dell'organizzazione fobica.

La prassi post-razionalista

Nel contesto post-razionalista il metodo terapeutico non è, generalmente, volto a fornire al paziente nuove informazioni (spiegazioni, istruzioni, correzioni), che dalla mente del terapeuta vengono “travasate” in quella del paziente stesso; consiste piuttosto nell’accompagnare attivamente un processo di auto rivelazione. Infatti, come spiega J. Young nel suo libro *Schema Therapy*, la mente può essere percepita come un “luogo pericoloso”, che nasconde oscuri anfratti nei quali “non vorresti mai avventurarti da solo”. La perturbazione strategica prodotta dal terapeuta nell’approccio Cognitivo Interpersonale ha lo scopo di permettere al paziente di “vedere” qualcosa in più di se stesso, esplorando quel luogo “pericoloso”, nel quale si trovano elementi e informazioni preziose. Il terapeuta guida il processo di auto rivelazione selezionando scene problematiche e la sua presenza consente al paziente una maggiore sicurezza, conducendolo a un’esplorazione progressivamente più libera e ardimentosa. La presenza di un’altra persona, infatti, consente al paziente di esplorare proprio quei luoghi inquietanti nei quali non è mai riuscito ad andare a guardare da solo.

Il terapeuta, poi, oltre a fungere da base sicura per l’auto esplorazione, sarà in grado di cogliere le invarianti di significato, ovvero i concetti attraverso i quali la persona dà un senso alla propria esperienza, facendone emergere la presenza ricorrente e il forte valore di “collante” nella narrazione coerente di sé (o, in altre parole, il ruolo di “organizzatori” nel riconoscere e riferirsi ogni esperienza immediata di sé e del mondo).

Inquadramento clinico del Disturbo di Panico

Nel contesto clinico (diagnosi e trattamento del disturbo di panico) la prima osservazione che si impone al terapeuta è che l’evento “panico” è vissuto dal paziente come un’esplosione imprevista e imprevedibile di disagio, piuttosto che come l’espressione di un turbamento emotivo qualsivoglia. Il vissuto dell’attacco di panico ha un importante elemento di decodifica somatica, ovvero il paziente avverte una moltitudine di sintomi ed alterazioni corporee; il terapeuta cognitivo interpersonale legge il panico come un’espressione di tensione non riconosciuta e non collegata alle caratteristiche interiori e agli eventi emotigeni alla persona immediatamente prima dello scoppio. Il disturbo di panico si può presentare, nel nostro modello, in persone con storie e personalità diverse, sebbene sia caratteristico della cosiddetta **organizzazione fobica** (Guidano, 1988), incentrata su un’oscillazione emotiva prevalente (tra paura e curiosità) e su una semantica del tipo controllo-perdita di controllo, forza-debolezza, sicurezza-pericolo.

Il trattamento del Disturbo di Panico occorrente in una personalità con stile fobico:

- si focalizza sul far riemergere lo slittamento regressivo che sfocia nell’espressione sintomatica;
- ha l’obiettivo di rendere consapevole la persona fobica che ciò che accade (percezione di se stesso per mezzo dei sintomi fobici come alterazione del ritmo cardiaco, sudorazione, salivazione azzerata, senso di sbandamento) è un effetto del suo sentire;
- rende esplicite le emozioni tacite, silenti, non consa-

pevoli: tramite la perturbazione strategica costringe il paziente a mettere a fuoco proprio le emozioni e i ricordi che in genere vengono allontanati;

- promuove nel paziente un cambiamento di atteggiamento.

L’obiettivo di questo tipo di intervento è il ritorno, assieme al terapeuta, a scene cariche di prezioso “materiale”, che il paziente vive, ma non riesce a vedere. Questo materiale, infatti, non giace in modo inerte: esso orienta l’agire, producendo, come effetto collaterale, vissuti di estraneità e sintomi, non a caso esperiti come qualcosa di “esterno, meri fatti non decodificabili. Nella psicoterapia post-razionalista (tecnica della “moviola”) il terapeuta prende gli eventi oggetto di analisi e li scompone nella sequenza di scene di base che, successivamente, ricostruirà da diversi punti di vista, al fine di aiutare il paziente a ricostruire la sua esperienza secondo una diversa prospettiva con occhi diversi. La persona può infatti presentare, oltre a un deficit di auto comprensione, una serie importante di atteggiamenti che aumentano anche in modo drastico i rischi di problematiche relazionali, per il noto effetto della “profezia che si auto-avvera”. Dato che il paziente con Disturbo di Panico del quale parleremo vive nella paura di potersi sentire male e avere un attacco di panico, le sue strategie di gestione della vita e del rapporto con gli altri sono orientate a evitare di entrare in contatto con situazioni o persone minacciose e ansiogene e ad attivare tutti gli schemi comportamentali per ricevere aiuto o essere ascoltato/consolato da tale paura anticipatoria.

Nel modello Cognitivo Interpersonale (Cantelmi, 2009, Cantelmi, Toro, 2008, Cantelmi, Toro, Lambiase, 2009) sottolineiamo in particolare l’importanza di mettere a fuoco gli aspetti di sé che, anche se coscienti, sono in conflitto tra di loro (per esempio quando ci sono conflitti tra le spinte di due sistemi motivazionali differenti come esplorazione-bisogno di protezione, oppure di un sistema motivazionale e alcune esigenze intersoggettive o, ancora, di un sistema motivazionale e di un valore esistenziale), sempre al fine di integrarli in un’immagine di sé cosciente sperimentata come coerente, costante ed unitaria. È fondamentale, pertanto, il processo di ricostruzione e analisi di scene di vita attuali e passate al fine di individuare i temi di base della personalità del paziente e le “variabili influenti”, non presenti nell’immagine cosciente, ma comunque influenti nella produzione della sofferenza sperimentata. Tale ricostruzione delle scene di vita e l’acquisizione di punti di vista diversi vengono effettuate tenendo conto anche del modello interpersonale, come elaborato da Lorna Benjamin (1996, 2003).

L’organizzazione di significato personale di tipo fobica

La cosiddetta organizzazione di significato personale fobica si forma, tipicamente, all’interno di relazioni di reciprocità con figure di attaccamento rappresentate da genitori iperprotettivi e controllanti, che tendono a trasmettere messaggi di pericolo esterno, di debolezza-vulnerabilità del bambino, e che male tollerano la manifestazione delle emozioni da parte del bambino stesso.

La modalità di organizzazione fobica della realtà è il risultato dell’equilibrio dinamico tra le polarità emotive antagoniste di bisogno di protezione e bisogno di libertà: il soggetto fo-

bico risponde con ansia e paura agli eventi discrepanti vissuti come perdita di protezione. Nel caso in cui il soggetto forma, nel tempo, un'idea di sé progressivamente più forte, vive la protezione genitoriale come costrizione che ne limita la libertà.

Il mondo per queste famiglie è una giungla densa di rischi e minacce, che potrebbero compromettere la serenità del bambino, il quale tende a costruirsi un'immagine di sé come debole e vulnerabile, oppure come forte e in grado di affrontare le minacce provenienti dall'esterno. Fin da subito il bambino avverte la necessità di controllare i pericoli, sia quelli esterni che quelli rappresentati dalle forti emozioni, verso le quali avrà poca comprensione (e che verranno controllate, attraverso l'evitamento di sensazioni nuove o improvvise, limitando i cambiamenti e le modifiche nella propria "nicchia ecologica"). Il bambino percepisce da un lato la necessità fisiologica di esplorare l'ambiente, allontanandosi dalla figura di attaccamento, ma dall'altra, ove prevale la visione di sé come soggetto debole, potrà limitare l'allontanamento dalla figura d'attaccamento, rinunciando così ad esplorare.

Da adulto, il fobico potrà assumere un atteggiamento di *leadership* o dipendenza, nei rapporti interpersonali e del "Don Giovanni" nelle relazioni sentimentali (garantendosi sempre un approdo sicuro nella sfera affettiva, che consenta allo stesso tempo un margine di libertà e autonomia). Porrà un'attenzione selettiva ai pericoli del mondo esterno, che reificherà la persistenza dell'oscillazione tra le due dimensioni essenziali, sicurezza e libertà: la predominanza della prima porta a sentimenti di costrizione, la predominanza della seconda viene invece percepita come solitudine. In entrambi i casi, il mancato raggiungimento di un equilibrio fra le due dimensioni comporta sofferenza per il soggetto.

In questo senso gli eventi scatenanti per una persona con tratti organizzativi fobici sono quelli in cui essa percepisce costrizione (un legame affettivo poco soddisfacente, vissuto come non modificabile) o senso di solitudine intollerabile (rottura di un legame affettivo) che attivano la sequela sintomatologica attivando la reazione neurovegetativa di allarme.

Modelli di reciprocità precoce e stili di attaccamento

Guardando alla variabilità delle esperienze maturative che possono produrre un'organizzazione di tipo fobico, si possono cogliere alcuni aspetti invariati che si specificano in un modello di reciprocità precoce in cui vi è un'interferenza o una limitazione indiretta del comportamento esploratorio ed autonomo del bambino. Guidano (1988), revisionando l'ampia letteratura, riassume i differenti *patterns* interattivi che esitano in organizzazioni di significato della conoscenza di tipo fobico:

- *Limitazione del comportamento esploratorio del bambino attuata attraverso un comportamento parentale iperprotettivo*, laddove i genitori descrivono al bambino un mondo esterno minaccioso e pericoloso che non può affrontare se non con il loro aiuto, adducendo anche una supposta vulnerabilità del bambino, che lo renderebbe indifeso di fronte alla vita. Il genitore, piuttosto che ammettere che tale comportamento iperprotettivo nasce da un proprio bisogno di ipervigilare per tranquillizzarsi, si sforzerà di ricordare al bambino la

bontà di questo controllo per difenderlo dalla sua debolezza (fisica o/e emotiva). In una profezia che si autoavvera la ipotizzata debolezza diverrà un elemento intrinseco del suo senso d'identità.

- *Limitazione del comportamento esploratorio del bambino per mezzo di un comportamento parentale rifiutante*, laddove la relazione con le figure d'accudimento sia segnata da un atteggiamento di rifiuto e non accettazione verso il bambino, che si viene quindi a trovare privo di quella base sicura che gli è necessaria per costruire un senso di sé stabile e sicuro. I genitori evitanti risultano come persone perlopiù anaffettive e possiedono un stile educativo basato sulle minacce di abbandono o nei casi estremi di suicidio; nell'estremizzazione di questa modalità si possono riscontrare modelli relazionali caratterizzati dall'inversione di ruolo genitore-bambino. Allo stabilizzarsi dell'atteggiamento del figlio verso i genitori, si potrà osservare uno stile di attaccamento del tipo ambivalente con strategia coercitiva (C), che può differenziarsi nelle due modalità attiva (C1-3) e passiva (C4-6) con il medesimo scopo di controllare coercitivamente l'attenzione per scongiurare l'assenza di protezione. I bambini con stile di attaccamento C1, descritto come minacciante, sono i tipici bambini iperattivi, che utilizzano l'iperattività per guadagnarsi, in maniera coercitiva e senza rischi, l'attenzione dei genitori; in modo non molto diverso anche i bambini con attaccamento disarmante (C2) o aggressivo (C3) tenderanno di guadagnarsi l'attenzione dei genitori per mezzo della loro iperattività. Nelle forme passive, le cure e la protezione da parte dei genitori vengono coercitivamente conquistate o con comportamenti che mostrano debolezza e fragilità (indifeso C4 e punitivo C5) o con comportamenti apertamente seduttori (seduttore C6) (Guidano, 1983).

Sviluppo dell'identità e strutturarsi dell' "Io"

Il bambino costruisce un rudimentale senso di sé ("Io") organizzando la conoscenza della realtà intorno allo schema di riferimento secondo cui la limitazione del proprio comportamento esploratorio è intrinsecamente necessaria per il mantenimento di una vicinanza con la figura d'attaccamento ("se gli rimarrò vicino mamma e papà mi ameranno").

Tale limitazione viene perpetuata da parte dei genitori in maniera indiretta tanto che dal bambino viene vissuta naturalmente inerente all'amore e all'attenzione che riceve; in caso contrario il bambino sarà probabilmente più propenso ad avanzare comportamenti oppositivi e disapprovanti verso le strategie educative imposte. Il bambino fobico, invece di poter crescere e maturare attraverso la continua oscillazione tra vicinanza e separazione dalle figure d'accudimento, viene intrappolato in un'oscillazione antitetica tra polarità mutuamente opposte, nel senso che l'una esclude quasi necessariamente l'altra.

Guidano spiega così tale dilemma emozionale:

... da un lato, il riverbero di scene concernenti la limitazione della tendenza innata a esplorare autonomamente l'ambiente si riflette in un bisogno di libertà e indipendenza, che però implica

necessariamente un eccessivo allontanamento dalla protezione delle uniche persone attendibili con il rischio di trovarsi in balia della propria fragilità e debolezza; dall'altro, la percezione di un mondo ostile e minaccioso comporta un bisogno esasperato di protezione, che si riflette nella continua ricerca di una stretta prossimità fisica alle figure di attaccamento, il che implica altrettanto necessariamente una continua conferma del senso penoso di costrizione e limitazione della propria autonomia... (Guidano, 1988).

Con il procedere dello sviluppo gli schemi emotivi si definiscono e specificano gradualmente entro scene nucleari, acquisendo maggior stabilità e ordine, fino a dar forma ad un senso di sé sempre più contraddittorio e inconciliabile; il fanciullo infatti vive se stesso come amato e accettato, grazie alle cure iperprotettive che continuamente riceve, ma allo stesso tempo incapace e debole nei tentativi di autonoma scoperta del mondo, tentativi sperimentati con panico e paura. Sempre nella fanciullezza, il soggetto fobico trova una certa coerenza e tollerabilità della discrepanza del sé grazie all'attiva ricerca di stati intermedi quali il senso penoso di minaccia alla propria incolumità in situazioni di solitudine o, in altro modo, il senso altrettanto penoso di costrizione relativo alle percezioni di limitazione della propria libertà. Con lo stesso fine di ottenere un equilibrio dinamico nella processualità del Sé si vengono mano a mano strutturando meccanismi di esclusione selettiva delle informazioni attivanti il bisogno di libertà da un lato, e la formazione di attività diverse atte a mantenere la vicinanza con le figure di accudimento dall'altro. Sulla stessa linea nell'interfaccia "Io"/"Me", esperienza/spiegazione, si organizzano complessi ed elaborati meccanismi di autoinganno capaci di re-interpretare l'informazione emotiva nei termini dei modelli espliciti di sé e del mondo in via di formazione. Al culmine dell'itinerario evolutivo l'adolescente fobico sarà caratterizzato come un soggetto che adotta un rigido autocontrollo su di un mondo interno contraddittorio e convulso, un soggetto con scarsa capacità di decodificazione cognitiva dell'esperienza emotiva, tale per cui questa dimensione emotiva rimarrà prevalentemente incanalata mediante percezioni, meccanismi mnestico-immaginativi e schemi motori. Il bisogno di libertà, il bisogno di protezione (nella loro continua oscillazione polare) e il bisogno di autocontrollo, si cristallizzano nella paura (di morire, di impazzire, di perdere il controllo, ecc.) che diventa così il nucleo emotivo caratteristico dell'organizzazione di significato di tipo fobico.

Aspetti organizzazionali e delinarsi del "Me"

Il nuovo impegno verso se stessi e il mondo che la risoluzione adolescenziale deve portare a termine spinge il soggetto con organizzazione personale di tipo fobico a una riorganizzazione della propria percezione di sé come "soggetto ipercontrollante". Secondo tale linea di sviluppo, le nuove capacità cognitive e la nuova possibilità di formulazione di modelli espliciti di sé e del mondo permettono di riordinare il senso di debolezza e incapacità di fronte a situazioni nuove; cosicché l'attribuzione del proprio bisogno di protezione e/o libertà viene convertito in un'attribuzione a fattori esterni, negativi e stabili (attribuzione causale esterna). La realtà esterna si oggettiva come pe-

ricolosa e inaffrontabile con le sole proprie forze. D'altra parte l'adolescente fobico, aderendo ad un'immagine di sé ("Me") caratterizzata dal bisogno di libertà, struttura una fitta e continua esclusione dei messaggi emotivi che indichino il contrario (bisogno di protezione o/e dipendenza), con l'effetto generalizzato che qualsiasi sensazione o emozione diviene un intollerabile indice di debolezza e fragilità. A livello interpersonale, quindi, si viene a costruire un equilibrio dinamico basato su una distanza di sicurezza ottimale nelle relazioni di attaccamento, dove il soggetto fobico possa, anzitutto, sentirsi competente ed efficace (data la sua capacità di ottenere in ogni situazione una figura di accudimento vicina) e d'altronde possa viverci come autonomo e indipendente per mezzo di un continuo controllo della relazione (sentendosi libero). L'attitudine verso il sé che ne deriva è, ancora una volta, l'ipercontrollo verso emozioni e sensazioni. Ciò può portare il sistema conoscitivo a ritenere le emozioni fenomeni esterni al Sé, vissuti come estranei e perturbanti, a tal punto che il soggetto fobico diventa insensibile alle esperienze emotive derivanti dai legami affettivi. L'attitudine verso la realtà, invece, impegna il soggetto nel mantenimento di una distanza ottimale di sicurezza verso le persone significative, le quali vengono sottoposte ad un ulteriore tipo di controllo, tale per cui non siano mai troppo vicine e coinvolte (paura di perdere la libertà), né troppo lontane e non disponibili (paura di perdere la protezione).

Dinamica "Io"/"Me" e coerenza sistemica

L'equilibrio dinamico raggiunto con lo scopo di mantenere una coerenza ed un'autostima accettabile deve affrontare varie discrepanze e problematiche che sorgono dalla natura stessa della sua organizzazione, allorché si strutturi in modo rigido. Impegnato nel controllo e nella gestione delle dimensioni inter/intra-personali il soggetto fobico difficilmente potrà mettersi in gioco con spontaneità e competenza in una relazione affettiva significativa. L'universo emotivo aperto da una relazione coinvolgente è pressoché incomprensibile per un'organizzazione prevalentemente orientata al controllo della propria esperienza immediata ("Io"), ove qualsiasi percezione di una possibile dipendenza viene sistematicamente esclusa.

Lo scompensamento del sistema fobico: i sintomi del Disturbo di Panico

L'attacco di panico è una condizione che deriva dalla percezione di un pericolo. Questo dà luogo a un'attivazione neurovegetativa di sequenze comportamentali basiche, incongrua alla situazione (per esempio paura di morire per un malessere fisico, di fare o dire cose bizzarre, di perdere il controllo di se stessi, delle proprie azioni).

L'evento scompensante va definendosi in condizioni in cui la persona fobica sente minacciato un legame significativo. La situazione scatenante, interna o esterna, entra in risonanza con gli schemi personologici vulnerabili costruiti nella reciprocità con le figure di attaccamento che si attivano in relazione a quell'evento. Tale percezione stimola la fantasia di concreto distacco dal rapporto stesso, dando vita ad un circolo vizioso: l'idea del distacco attiva il senso di solitudine e la conseguente paura; percepirsi non

in grado di stare da soli spaventa perché minaccia l'esigenza di autonomia, la perdita di autonomia stimola la richiesta di aiuto e di vicinanza fisica e/o affettiva, tale vicinanza conferma l'incapacità di gestirsi autonomamente (paradosso paura dell'aiuto/protezione, bisogno di aiuto/protezione).

In tale processo interno la persona tenta di riprendere il controllo sugli eventi emotivi che scompensano il sistema di equilibrio: le modalità di controllo non riescono più a riequilibrare la dissonanza emotivo-cognitiva (desiderio di libertà/necessità di protezione); emozioni confuse e disagiati vengono inserite nel sistema conoscitivo e l'attribuzione di significato diventa confusa e centrata sul corpo. In tale condizione insorge un'incapacità di tollerare l'ansia e la conseguente necessità è quella di eliminare ogni attivazione neurovegetativa vissuta come disturbante: la persona vorrebbe evitare di pensare alle situazioni imprevedibili e temute, ma pensando di non dover pensare si accorge di pensare e senza volerlo si ritrova ingoiato dal circolo vizioso della paura della paura e del bisogno di controllo che fa perdere il controllo.

Una persona con organizzazione fobica prova emozioni (piacevoli e spiacevoli) che necessitano di essere vagliate: ogni novità imprevedibile attiva il sistema di vigilanza interno e tutto ciò che viene vissuto come pericoloso viene allontanato dalla coscienza e dall'esperienza (tentativo di controllo è anche l'evitamento delle situazioni minacciose paventate o realisticamente esperite). I sintomi fobici divengono in quest'ottica la risultante di un'interconnessione tra eventi personali significativi e una struttura cognitiva preesistente che presenta schemi particolarmente vulnerabili con quel tipo di evento (asse dipendenza/autonomia).

Il sintomo agorafobico viene altresì a configurarsi, nella sua manifestazione clinica, come un meccanismo etologico che vede al centro del suo scompensamento il tema della territorialità. Partendo dalla percezione di pericolo interno rispetto ad un corpo che non si sente più sicuro ed affidabile, viene percepita come pericolosa la distanza dal territorio personale inteso come legame con una figura significativa e si disattiva in maniera incongrua la sequenza comportamentale basica di esplorazione.

Guidano (Guidano, 1988) raggruppa in due grandi categorie gli eventi di vita potenzialmente perturbativi per l'organizzazione di tipo fobico:

1. Situazioni, reali o immaginarie, che si prestano ad essere percepite come perdita di protezione; situazioni che possono attivare intense paure di solitudine incombente, che il più delle volte compaiono sotto forma di crisi di panico. Rientrano in modo specifico in questa categoria: morte di un genitore, grave abbandono o minaccia di abbandono. È importante includere anche tutti quei periodi di transizione che durante la vita comportano una maggiore libertà e indipendenza tanto da far vacillare il precario senso di sicurezza del soggetto fobico.

2. Modificazioni dell'equilibrio di un rapporto affettivo significativo che si prestano ad essere percepite come perdita di libertà e indipendenza; in queste condizioni vengono ad attivarsi sensazioni intense ed incontrollabili di costrizione. La formalizzazione di un legame affettivo come il matrimonio, il cambiamento degli equilibri nella coppia come la nascita di un figlio possono essere eventi di vita con potere destabilizzante capace di produrre nel soggetto fobico forti sensazioni di costrizione o di mancanza di protezione.

Nell'affrontare la descrizione delle dinamiche sistemiche dell'organizzazione fobica ci troviamo di fronte all'interazione tra i processi antagonisti e simultanei di esperienza e spiegazione (dinamica "Io"/"Me"). Il livello di elaborazione esplicito, organizzato su di un'immagine cosciente di sé come soggetto controllante, è sottoposto durante un evento discrepante a oscillazioni emotive e incontrollabili, decodificabili solo come paura pervasiva; di fatto la paura di perdere il controllo è la caratteristica comune di tutti i disturbi d'ansia (secondo la classificazione statistico-descrittiva del DSM, Dipartimento di Salute Mentale), sia essa sotto forma di paura di morire, impazzire o di soffrire attacchi cardiaci. Tale forma distorta di elaborare l'informazione emotivo-sensoriale è chiaramente indirizzata al mantenimento di un'immagine coerente di sé, che viene anche preservata attraverso la formulazione di convinzioni che dimostrino l'estraneità della discrepanza percepita (autoinganno). A ciò si aggiunge una fiorente produzione immaginativa riguardante i possibili e infiniti pericoli di un mondo minaccioso ed indifferente; tale produzione assolve il ruolo di attività diversiva, capace di allontanare ulteriormente qualsiasi informazione perturbativa.

Sull'altro fronte, nell'organizzazione tacita dell'"Io", le oscillazioni critiche non riordinate a livello cognitivo cosciente prendono forma di attivazioni neurovegetative e motorie che sono vissute dal soggetto come perdita di controllo.

In tale stato di equilibrio critico il sistema conoscitivo può volgere verso uno slittamento regressivo con una conclamata patologia agorafobica o generare uno slittamento progressivo della consapevolezza di sé capace di aumentare la gamma di decodificabilità emotiva e la tolleranza delle ambiguità inerenti a qualsiasi relazione interpersonale significativa.

Esemplificazione: Luca, un avvocato con Disturbo di Panico

Luca è un uomo di 42 anni che al consulto psicoterapeutico mostra un atteggiamento preoccupato e ipervigile.

Racconta di aver avuto crisi di ansia molto acute, che un paio di volte hanno esitato in attacchi di panico, talvolta invalidanti, tanto da allontanarlo dal suo lavoro di avvocato e costringerlo a casa anche più giorni consecutivi.

Questo incidente non era mai accaduto nella vita di Luca, che da sempre aveva costruito in sé l'idea che il lavoro, per un uomo rispettabile, fosse il primo impegno al quale tenere fede.

Luca si rivolge per la prima volta ad un consultorio pubblico che aveva tenuto in cura una sua conoscente per problemi di ansia.

Non trova però riscontro al suo malessere e decide di rivolgersi al nostro centro clinico, dapprima chiedendo aiuto farmacologico e poi specificando la sua richiesta di psicoterapia.

Appare come un uomo ben curato nell'aspetto, vigile nei pensieri, controllato nei gesti e nei movimenti, mostra un'educazione raffinata e un eloquio chiaro.

Composizione storia del nucleo familiare

Luca è il primo di tre figli. Ha due sorelle sposate che hanno figli a loro volta: la prima due e la seconda tre. Sua ma-

dre è una donna benestante, che è rimasta vedova all'età di 40 anni. Luca all'epoca della morte del padre aveva 9 anni. Il padre, avvocato anch'egli, ha lasciato alla famiglia un tenore di vita buono ed un'eredità in termini di valori e credenze: nella vita il lavoro è ciò che rende l'uomo degno di essere padre e marito; la donna in questa stessa visione paterna deve invece sacrificarsi per la crescita della famiglia e per la sana educazione alla vita, alla religione ed alla spiritualità.

La madre di Luca non ha mai lavorato, per il desiderio di crescere i figli; il padre nei suoi ricordi, era un uomo affabile, che tutti stimavano, estremamente dedito al lavoro. Luca ha una relazione sentimentale con una donna più giovane di lui, che studia veterinaria.

Per questa ragazza nutre un amore quasi paterno: l'ha aiutata dopo la morte di suo padre a proseguire negli studi e a riordinare la sua vita "caotica". Myriam, la sua ragazza, è figlia unica, vive con la madre ed un zio paterno. Lavora per mantenere la sua famiglia facendo ripetizioni ai bambini e facendo la hostess di fiera. È una bella ragazza e questo ha sempre suscitato in Luca la paura di poterla perdere, ritenendosi lui molto meno seducente di lei.

Breve storia della sintomatologia

Luca prova il primo attacco di panico in chiesa, durante la messa domenicale, al fianco di Myriam. Inizialmente viene assalito da una reazione di calore. Prova a spostarsi in fondo alla cappella, ma senza ottenere l'estinzione del malessere. Viene travolto da sensazioni strane, senso di stordimento, derealizzazione («era come se sentissi di dissolvermi nella chiesa»), bruciore agli occhi, senso di soffocamento. Così esce all'aperto, e poiché il livello di ansia e di paura è tanto forte, chiama Myriam sul suo telefonino e la costringe ad abbandonare la Messa e ad accompagnarlo al Pronto Soccorso. All'ingresso dell'ospedale Myriam è disorientata ed è lui a prendere l'iniziativa di dare i suoi dati anagrafici all'infermiere per essere inserito nel codice di appartenenza della lista di attesa dei pazienti.

Dirà poi successivamente che in questo momento si è sentito abbandonato da Myriam, che in tale circostanza non ha saputo mostrare prontezza risolutiva.

In quella situazione gli viene prescritto un ansiolitico e viene rinviato al riposo a casa per "stress lavorativo".

Il secondo episodio di panico si verifica al ritorno di un viaggio di lavoro, in taxi. Ancora una volta i sintomi sono il senso di soffocamento, confusione nella testa, paura di perdere il controllo, bruciore agli occhi. Nella stessa giornata Luca si rivolge al servizio pubblico per un consulto psichiatrico. In seguito assume un ansiolitico a dosi quotidiane e viene inviato da una psicoterapeuta. Tramite il consiglio di un amico di famiglia medico, arriva al consulto psichiatrico presso il nostro studio dopo circa venticinque giorni dall'ultimo evento panicoso.

Preparazione del contesto psicoterapeutico cognitivo interpersonale

Già nei primi colloqui terapeutici Luca lascia trasparire la sua struttura di significato personale che è di tipo fobico. La conoscenza delle strutture sintattiche di base di tale organizzazione ci ha consentito, grazie all'integrazione tra la farmacoterapia e la psicoterapia, di intervenire diretta-

mente sul tema fobico significativo e di orientare la strategia di intervento clinico.

Il tema del controllo appare fin da subito la tentata soluzione disfunzionale ridondante nella quale Luca è avviluppato; le sue manovre sono tutte tese a scacciare via ogni forma di imprevedibilità dalla vita, ma lo scarto di errore comunque possibile lo getta nel panico, lo coglie tristemente di sorpresa proprio come nel suo primo episodio di panico vissuto in Chiesa.

Nella sua narrazione degli eventi ansiogeni, Luca fa emergere un atteggiamento che rivela come avverta il disturbo proveniente da qualcosa che non viene riconosciuto pienamente come proprio poiché giace fuori dai binari del suo senso cosciente di sé, dal suo sistema di convinzioni e valori, dalle spiegazioni che è in grado di darsi a proposito di ciò che vive.

La psicoterapia post-razionalista si pone come uno strumento che, attraverso la relazione terapeutica e la capacità di autoesplorazione, aiuta, incrementa e sostiene, allo scopo di portare il paziente anzitutto verso la ridefinizione del problema in termini interni, che prelude alla possibilità di assimilare i propri vissuti percepiti come estranei; la comprensione delle regole sintattiche di fondo attraverso le quali dà significato al suo essere nel mondo viene proposta come un percorso che può condurre l'individuo a superare "l'apparente insensatezza delle sue emozioni disturbanti" attraverso un aumento di consapevolezza. La procedura di base è rappresentata, infatti, dall'addestramento del paziente a metodi di auto osservazione che consentono di mettere a fuoco la percezione immediata di sé, differenziandola dalle spiegazioni che vengono ricostruite a posteriori, ricostruendo i pattern di significato che utilizza abitualmente per rendere coerente la propria esperienza e stabilizzare i contorni del proprio sé. Risulta poi fondamentale e indispensabile per il lavoro terapeutico che il paziente viva eventi emotigeni che esercitino una pressione sul suo sistema di significati, conducendolo a una riorganizzazione (che non aveva potuto aver luogo nonostante fosse probabilmente già stata sollecitata nel corso della storia di vita della persona). In questo senso, il "sistema" non può che evolvere con una progressione irreversibile, dal punto di vista temporale. La terapia ha lo scopo di favorire la riorganizzazione che il sistema non è riuscito a raggiungere, ma avrebbe potuto, "se fosse stato in grado di assimilare le discrepanze, le emozioni intense che non ha capito, che non è stato in grado di decodificarsi" (Guidano, 2008). Il terapeuta non può prevedere verso quale nuovo equilibrio si muoverà la persona, ma può intervenire sul suo decorso, senza darle la direzione da un proprio punto di vista o da un punto di vista che si pretende oggettivo, razionale, ortodosso e dunque pedagogico.

Ricostruzione delle strutture sintattiche di base

Luca ha un bassissimo livello di riconoscimento degli eventi emotigeni che scaturiscono dalle situazioni imprevedibili. Risulta a lui complicato descriversi nel suo malessere, nell'enunciazione dei sintomi; non è in grado di contattare stati d'animo e sensazioni, se non quella della paura di avere un imminente pericolo che irromperà nella sua giornata. Vive costantemente in un'ansia anticipatoria e, sebbene sia razionalmente convinto di essere padrone di se stesso in vari ambiti della sua vita (si occupa di politica a livello comunale, dirige un coro, accompagna i visitatori alle

mostre di iconografia sacra di cui è esperto, si descrive come capace di interessare dialoghi anche con persone sconosciute), prova un profondo senso di incertezza se si vede a doversi destreggiare in situazioni nuove o imprevedibili. L'evento panico è vissuto come situazione bizzarra e incomprensibile, nel senso che non vi sono eventi precursori, si presenta senza presagi soprattutto in situazioni ove Luca si sente privo di riferimenti affettivi e di protezione (per esempio: prova un certo grado di tensione ogni qual volta deve allontanarsi per viaggiare per lavoro), oppure nelle situazioni di estrema costrizione (non sopporta le feste nei locali al chiuso, le persone troppo invadenti, le fidanzate troppo gelose).

È sicuramente presente in lui l'idea che l'unica possibilità di vivere la vita con soddisfazione sia mantenere il controllo sul proprio stato d'animo, sugli affetti, sul lavoro. Per tale motivo Luca ha aumentato i livelli di autocontrollo a tal punto da evitare ogni situazione che crei in lui uno squilibrio fisico e psicologico (si tiene a dieta per evitare disturbi gastrici che gli impediscano di lavorare, evita di fare jogging troppo velocemente per paura di star male, tiene frequentemente sotto controllo la sua salute).

L'intervento si focalizza inizialmente soprattutto sulle caratteristiche del suo bisogno di controllo, così forte che conduce ad uno squilibrio della sfera cognitivo-emotiva. Si procede attraverso:

- * l'analisi del bisogno di autonomia;
- * il recupero della capacità esploratoria;
- * l'indagine sullo stimolo della curiosità;
- * l'approfondimento della disponibilità emotiva nei rapporti interpersonali;
- * l'analisi delle comunicazioni con i familiari;
- * l'obiettivo del distacco dalle figure significative per un rapporto non dipendente ma paritetico.

Riformulazione del problema presentato

Fin dai primi colloqui appare importante restituire a Luca una riformulazione del suo problema.

La condizione di perdita di controllo associata agli attacchi di panico getta Luca in un bisogno incessante di rassicurazioni: si informa sulla sua diagnosi, chiede chiarimenti sulla percentuale di riuscita dell'approccio psicoterapeutico al quale si sottopone e lamenta un'idea ridondante che è quella di sentirsi diverso, cambiato, più vulnerabile e per questo inquieto.

Gli domandiamo di narrarci il periodo antecedente al suo primo attacco di panico e racconta che esattamente un paio di mesi prima viene a mancare un suo carissimo amico di infanzia, coetaneo, per un aneurisma. Impiega molti giorni per riprendersi dallo choc causato dall'evento e in quello stesso periodo contrae un virus molto forte all'intestino difficile da debellare, che lo costringe a casa, debilitato.

All'approfondimento sulla definizione della sua paura, Luca non sa rispondere. Invitato a riflettere e indagare sul timore della perdita del controllo Luca comincia a focalizzare il tema della fiducia ed affidabilità dell'altro e individua, riguardo al rapporto con la madre e la fidanzata, una difficoltà di ricevere un sostegno. Luca afferma: «Sperimentare episodi così profondi di paura ti porta a riflettere su quanto puoi contare sulle persone che amia madre ha sofferto molto: non potrei mai chiederle aiuto e farle sapere che sto male e Myriam mi ha dimostrato

che nel mio malessere si è bloccata e non ha saputo essere determinante. Io sono solo ad affrontare quello che mi sta capitando, questo è il motivo per cui spesso penso di interrompere la relazione e mettermi alla prova per vedere se ce la faccio, se posso fare a meno di lei. Ho anche pensieri strani come quello di trovare una compagna che sia più sicura di sé, che mi trasmetta maggiore affidabilità, che sia più forte di me, ma non l'ho mai trovata».

L'andamento della riformulazione è stato interrotto a più riprese da Luca per la sua esigenza di sentirsi rassicurato dal terapeuta, motivo per il quale è stato fatto notare questo continuo slittamento dal mettere a fuoco i propri stati d'animo, al parlare della preoccupazione ipocondriaca circa la perdita di controllo sul corpo e i sintomi fisici, evidenziando il vissuto di estraneità verso le proprie emozioni. Questo iniziale dare ordine, nominando le sensazioni che coinvolgono Luca nel momento in cui si sente minacciato dalla paura, costituisce il primo passo alla comprensione ed alla riformulazione del suo senso di terrore. Il momento nel quale il paziente accoglie la riformulazione del problema, inquadrandolo in una prospettiva internalizzata e non più come un sintomo oggettivo proveniente da una radice a sé estranea, rappresenta l'inizio della definizione, dell'oggetto del lavoro terapeutico; si stabilisce altresì l'obiettivo da raggiungere (descritto come un proprio cambiamento di modo di vedere, di attitudini, una riorganizzazione di atteggiamenti). Nel ridefinire il problema di una persona con organizzazione fobica, vengono introdotti termini come autonomia, protezione, costrizione. Ciò consente, inoltre, di impostare la relazione terapeutica tenendo conto proprio di queste tematiche, poiché il paziente le vivrà e/o agirà anche per mezzo di questa. Se la prima riformulazione coincide, solitamente, con il primo atto terapeutico, non dobbiamo trovarci sorpresi nel momento in cui il paziente mostra di trarre un beneficio importante già dopo la prima seduta: non si tratterebbe, infatti, di un risultato aspecifico, ma di un effetto dell'aumento di consapevolezza e della capacità di ricodificare il proprio problema utilizzando una prospettiva diversa, che va collegandosi alla prima riformulazione (in effetti, mediamente, è necessario un tempo più lungo, tre o quattro sedute, ma esiste un numero ristretto di casi nei quali è possibile che la prima riformulazione coincida temporalmente con la prima seduta). L'assimilazione di un nuovo punto di vista può considerarsi ottenuta quando viene "esportata" ad altri domini rispetto al campo d'elezione scelto dal paziente.

Nell'*assessment* del trattamento psicoterapeutico di Luca ritroviamo, come invariante di significato, la tematica della realtà vista come minacciosa e la percezione di se stesso che oscilla tra momenti in cui si sente fragile e alla ricerca di protezione e momenti nei quali prevale il senso di costrizione, con il bisogno di prendere le distanze dalle figure di riferimento, compresa la sua fidanzata. L'*assessment* rappresenta un'operazione terapeutica centrale, atta a generare comprensione e consapevolezza, nonché distanziamento e addestramento a vedere se stessi da un punto di vista soggettivo, in prima persona, per poi modificare continuamente il punto di vista mettendosi anche nella prospettiva esterna ("Come ti appare questa scena vista dall'esterno?", "Come ti appare questo bambino/a che sei tu nella scena che hai descritto?", "Come ti vedresti oggi?").

Costruzione del Setting Psicoterapeutico

L'abilità di focalizzare le esperienze minacciose cambiando il punto di vista su di sé ha il fine di poter riconoscere nelle emozioni provate ulteriori aspetti che vanno oltre la viscerosità delle percezioni (per esempio ricondurre l'ansia alla paura di essere abbandonato dalle persone care). Nel ragionare sull'esperienza legata al panico, Luca andava scoprendo come i suoi attacchi di panico rappresentassero la possibilità di potersi distaccare da quell'immagine di forza, coerenza ed invincibilità che il padre gli aveva lasciato in eredità e di vedersi, invece, come un uomo vulnerabile, bisognoso degli affetti e della presenza delle persone care, come la fidanzata e la madre. Questo sentire emozioni perturbanti lo costringeva anche a mettere a fuoco la relazione con la fidanzata, con la quale aveva costruito un rapporto basato essenzialmente sul bisogno di protezione.

Luca racconta come mesi prima del primo attacco di panico, in viaggio per la Francia con Myriam ebbero un incidente in aeroporto a Parigi: Luca scendendo da un taxi di corsa ebbe un malessere, assalito da un forte giramento di testa perse di vista il suo bagaglio che rimase sul taxi e non fu più ritrovato. In questa occasione Myriam non gli seppe dimostrare la prontezza che Luca si aspettava, tanto da fargli dire: «Nelle situazioni di emergenza lei si perde nella sua confusione e non reagisce. È troppo sorniona e ingenua».

A questo punto è stato deciso di affrontare con la tecnica della moviola le situazioni nelle quali Luca si era sentito abbandonato e non supportato da Myriam. Attraverso la successione di scene arricchite di particolari Luca riuscì a fermare sensazioni, emozioni e stati d'animo. Andando avanti e indietro al rallentatore, facendo seguire uno "zooming out" per focalizzare i particolari e uno "zooming in" per ricollocare di nuovo la scena vista all'interno del suo contesto di esperienza, ci si accorgeva come le stesse percezioni circa l'evento prendessero significati, tonalità emotive differenti.

La paura di non sentirsi supportato in occasione di un disagio fisico e psicologico da Myriam, veniva a costituire una vera e propria "messa alla prova": tutte le volte che Luca aveva la sensazione che il rapporto con lei scorresse fluidamente e senza particolari complicazioni, si forzava di procurarsi l'immagine della mancata capacità di Myriam di sintonizzarsi sul suo bisogno di accudimento. Su questa suggestione si allontanava emotivamente da lei. Per una strana bizzarria, nei periodi di tranquillità, quando nulla avrebbe fatto presupporre che ci fossero complicazioni nella vita familiare, professionale e affettiva di Luca, si scatenavano preoccupazioni anticipatorie e crisi di ansia. In questa fase della terapia, subito dopo la prima riformulazione, si è definito il *setting* clinico e ci si è dichiarati disposti a lavorare su un obiettivo stabilito in termini interni. Pertanto abbiamo iniziato a chiedere a Luca di annotare su un taccuino gli eventi significativi accaduti nel corso della settimana, selezionandoli in base alla prima riformulazione. I problemi sono poi stati fatti oggetto di studio e l'analisi del materiale raccolto durante la settimana è diventato l'argomento della seduta. Con l'ausilio di un diario, Luca ha iniziato a mettere a fuoco uno specifico tema guardando alla scena in cui il problema si presenta, differenziandone i vari "ingredienti" con l'aiuto del metodo della moviola sopradescritto. Durante la ricostruzione, è fon-

damentale prestare attenzione al modo in cui l'emozione problematica si presenta (il *come*), senza farsi trascinare nel mondo delle interpretazioni e delle opinioni elicitato dalla tendenza a parlare in termini di *perché*, saltando inevitabilmente dettagli importanti che vengono assorbiti dalle spiegazioni senza esser veramente messi a tema. Si comincia, dunque, con il lavoro specifico sul qui e ora, a partire dal problema presentato.

L'autosservazione viene condotta studiando l'andamento della sensibilità all'avvicinamento/allontanamento delle figure protettive. L'emozione della paura viene ricercata e osservata per come si presenta nell'esperienza, cercando di non coinvolgere il livello della spiegazione sul perché la persona pensa di aver avuto quella paura. Per esempio: «aver provato paura mentre ero in soggiorno» è un fatto, mentre dirsi: «ho avuto paura perché mi sentivo poco bene fisicamente» è una spiegazione. Provare a vedersi dal di fuori nel momento in cui si prova l'emozione piuttosto che riferire le spiegazioni che ci si è date in un secondo momento permette di ristrutturare le sequenze emotivo-cognitive, mettendo a fuoco quanto la propria attitudine sia parte del problema. Dopo qualche mese che si procede sistematicamente in questo modo (prima parte della seconda fase della psicoterapia), si può incominciare a sintetizzare un altro tipo di informazione, che riguarda la storia di come si è presentato lo scompenso che ha portato la persona in terapia: il fobico, è consapevole dell'ipersensibilità alla presenza di una figura protettiva, tanto da attuare un cambiamento nella percezione di quel rapporto. Il paziente fobico, solitamente, si dà tutt'altra spiegazione, magari dice che di quel rapporto non gli interessa nulla, ma, purtroppo, ha il problema degli attacchi di panico e solo a motivo di ciò ha bisogno della vicinanza di quella persona.

Focalizzazione e riordinamento dell'esperienza immediata

Grazie alla tecnica della auto osservazione Luca riesce a mettere a fuoco gli stati d'animo relativi alla paura di perdere il controllo. Emerge la sua fragilità e l'emozione negativa (la paura legata alla perdita di controllo che Luca esperisce nel sentirsi uomo fragile) viene fatta oggetto di esplorazione e ricerca: per fare ciò è fondamentale concentrarsi meticolosamente sugli eventi critici, senza apprensione o pregiudizi. In Luca l'abilità maggiormente conquistata è stata quella di focalizzare le esperienze perturbanti e discernere quali fossero quelle "viscerali" e quelle invece legate al suo sentire emotivo (le reazioni ansiose erano provocate dalla percezione di essere stato abbandonato dall'affetto del padre prima, poi della madre e ancora di Myriam).

Riconoscere ed attribuire un significato alle esperienze che generano la sensazione di fragilità e di eccessiva esposizione alla vita consente anche di distanziarsi dall'immediatezza della paura. In particolare da sempre Luca si era dato l'obbligo di dimostrare la sua forza, autonomia e autosufficienza, soprattutto da adulto, ma come paradosso questo suo intento produce l'effetto opposto: quello di esprimersi nella sua vulnerabilità, incline all'imprevedibile perdita di controllo e bisognoso della tutela di una figura di riferimento affettivo.

All'interno della relazione il processo esplorativo viene avviato con il supporto di una persona che, per dirla con le parole di Bowlby, può fungere da base sicura per l'esplora-

razione. La relazione sarà concepita come un rapporto di studio all'interno del quale l'atteggiamento libero e sicuro del terapeuta consentirà al paziente di esplorare e avventurarsi all'interno di vissuti problematici, aiutato dal fatto che il terapeuta non mostra paura né si pone come figura controllante e giudicante.

Ricostruzione dello stile affettivo

Il debutto affettivo di Luca avvenne intorno ai sedici anni quando ad un campo scout conobbe una ragazza di un'altra città che gli sembrò fin da subito un tipo vivace e solare.

Era affascinato dall'affabilità di Catia, questo era il suo nome. Avendo avuto come unico riferimento sua madre, Luca non aveva mai avuto la possibilità di confrontarsi con una figura maschile sull'aspetto della sessualità. Sua madre era una donna molto spirituale e da sempre gli aveva insegnato il rispetto per le donne. Catia piaceva molto a Luca, ma al contempo gli generava un profondo sentimento di inadeguatezza: si accostava a lei con sicurezza di sé e aveva fatto breccia nel suo cuore, ma non riusciva a sostenere un dialogo da soli, per la paura di cedere agli istinti della carne. Fu così che la ragazza lo travolse per poter sbloccare il suo impaccio, baciandolo di soppiatto.

Il loro rapporto non durò che per il soggiorno estivo.

Successivamente Luca riuscì a essere più disinvolto nell'approccio con le ragazze. Aveva molti amici e il ruolo che si ritagliava era sempre quello del "catalizzatore" di energie: ove era lui vi era aggregazione di persone e iniziative divertenti. Per tale motivo era sempre al centro dell'attenzione delle ragazze, ma era anche molto complice dei suoi coetanei. Ricorda la sua infanzia e l'adolescenza priva di sofferenza, ad esclusione della perdita genitoriale.

La madre, essendo rimasta vedova e sola a gestire l'educazione e la crescita dei suoi figli, tentava quanto più di avere il controllo su di loro: in casa loro non mancava nulla, affetto, distrazioni e di buon grado ella apriva la casa a tutti gli amici fino ad ospitarne anche molti, per far sì che i suoi ragazzi fossero in qualche modo distanti dal minaccioso richiamo delle discoteche e delle amicizie pericolose.

Soltanto con l'ingresso alla facoltà universitaria Luca riuscì a garantirsi una maggiore autonomia e fu qui che conobbe Maddalena, una donna di due anni di età più grande, studentessa anche lei, con la quale stette per tutti gli anni dell'Università. Questa relazione parve fin dalle prime battute impostata sul bisogno di garanzia di mantenersi vicina una persona che comprendesse le sue difficoltà, che condividesse i suoi ritmi di vita e che fosse determinata e affidabile quanto bastava per potergli consentire di avere sempre uno sprone per realizzarsi nello studio. Maddalena era una donna molto disponibile, dolce e innamorata. Aveva superato molte difficoltà, poiché i genitori si erano trasferiti in un altro Paese quando lei aveva 19 anni e lei aveva deciso di restare in Italia con sua sorella. Sarebbe stata capace di emulare il modello genitoriale iperprotettivo materno e allo stesso tempo garantire la certezza di poter essere autosufficiente, laddove Luca avesse avuto dei dubbi sul prosieguo della relazione.

La relazione sentimentale con Maddalena fu incrinata dalla conoscenza che Luca fece di Myriam a una festa di amici. Da tempo aveva cominciato a sentire "troppo stretto"

il rapporto con Maddalena, e in quella festa, che fu galeotta, cominciò a farsi strada in lui l'idea che fosse arrivato il tempo di chiudere con lei. Passarono molti mesi prima che la decisione fosse maturata, il tempo necessario affinché Myriam chiudesse il suo rapporto con il fidanzato che aveva quando conobbe Luca.

Tutte le emozioni che sono implicate nei processi di formazione, mantenimento e rottura dei rapporti affettivi sono quelle più rilevanti per attivare e stabilizzare il senso di sé del paziente e sono, di conseguenza, le più significative del suo "nucleo organizzativo" (Guidano, 2008); vengono chiamate in causa anche nella relazione terapeutica stessa, laddove, in particolare, ogni paziente reagisce alla fine della relazione con modalità specifiche della sua organizzazione di significato personale, a seconda che veda nel distacco un felice momento di autonomia o una separazione dolorosa, per la quale sente il bisogno di mantenere un contatto, nel senso di sapere che il terapeuta sarà comunque presente e disponibile allorché se ne presenti il bisogno.

Quando il paziente comincia ad avvicinarsi a una visione d'insieme della sua storia si procede con la ricostruzione dello stile affettivo, con particolare attenzione all'indagine sulle modalità con le quali si sono vissuti i momenti di formazione, mantenimento e rottura delle relazioni più importanti. Il senso di questo dedicare diversi mesi alla ricostruzione dello stile affettivo è contenuto nella premessa secondo la quale l'attaccamento costituisce l'elemento regolatore centrale per la costruzione del senso di sé e per la costituzione di un'identità la cui specificità e continuità il soggetto mantiene costruendola attivamente per tutta la vita. Si noterà che il *pattern* emerso durante la prima fase della terapia si ripete stabilmente, poiché trova base in un attivo atteggiamento del paziente che genera situazioni simili; l'attaccamento ansioso del fobico si concretizza in storie nelle quali il partner rappresenta una figura protettiva da controllare.

Il tempo mediamente impiegato per la ricostruzione dello stile affettivo (seconda parte della seconda fase della psicoterapia) varia tra i due-quattro mesi. È importante cominciare con il definire accuratamente quale sia l'oggetto della nostra osservazione ed evitare che il paziente ci racconti i dettagli delle sue storie nei vari momenti, selezionandoli in base ai suoi ricordi più o meno belli, come delle cose che gli sono capitate, con un taglio che potremmo definire "sentimentale". Ciò che ci interessa, invece, è comprendere come sia avvenuta la selezione del partner, che ruolo abbia assunto nella coppia. Si può chiedere, all'inizio, una sorta di "titolo" o "slogan" della storia affettiva nel suo insieme, per farsi un'idea dei grandi temi di fondo. Poi si chiede di distinguere le relazioni più importanti da quelle accessorie e meno significative, poiché talvolta le persone si comportano in modo sensibilmente differente, anche se non privo di una sua coerenza e logica interna, nelle situazioni più o meno impegnative. È interessante, a questo punto, chiedere in base a cosa il paziente ha effettuato la distinzione tra relazioni più o meno importanti, ovvero il suo personale criterio. Si mettono in sequenza i rapporti e per ciascuno ci si concentra sulle modalità dell'inizio, il mantenimento e la rottura: ordinare il racconto in questo modo, che è un modo nel quale non si è abituati a ragionare, riduce i margini di indeterminatezza e dà al paziente un maggior senso di controllo su eventuali emozioni disturbanti connesso a situazioni non an-

cora elaborate, rispetto alle quali permane una forte attivazione emotiva, magari ad anni di distanza. Si mettono a fuoco, poi, i momenti più significativi, evidenziando, ogni volta, quali sono le regole e i ruoli emotivi in cui la coppia si integra, avendo chiaro che, per la durata della coppia, ognuno dei due funziona come uno dei principali meccanismi di mantenimento dell'immagine di sé dell'altro. Questo è uno dei motivi per cui, al momento del distacco, si perde l'immagine che ci si era fatti del partner, che era entrata a far parte delle modalità di definizione del senso di sé. Ci si racconta allora tutta la relazione in altro modo, come condizione per ripristinare un significato e uscire definitivamente dalla storia. Si ottiene, alla fine di questa seconda parte della seconda fase, un sensibile miglioramento dei sintomi e la metà circa dei pazienti sceglie di interrompere il percorso a questo punto. La decisione sull'eventuale continuazione viene lasciata al paziente, rispettando la presenza o assenza di una curiosità verso se stesso e di una motivazione ulteriore.

Analisi della storia di sviluppo

Più volte nel corso dei colloqui Luca definì la sua paura di perdere il controllo come un tratto caratteristico della sua esistenza. Da piccolo aveva sempre evitato le uscite in discoteca con gli amici per paura di incontrare persone e situazioni che non gli avrebbero consentito di gestirsi sulla sua volontà di rimanere un "bravo ragazzo".

Le prime immagini della sua vita rievocavano soprattutto vissuti di serenità, tranquillità e benessere. Il padre e la madre erano molto coesi nell'educare Luca e le sorelle, associavano a momenti di grande condivisione passaggi di grande autonomia (durante i viaggi del padre, la madre li affidava alle cure dei nonni materni, che da sempre rappresentavano per i nipoti una base sicura, con loro difatti trascorrevano tutte le estati nella casa al mare). Rievocando i momenti salienti della sua infanzia, Luca si rammenta di quando un giorno i figli dei vicini di casa dei nonni avevano organizzato un picnic nella pineta della località balneare ove risiedevano per le vacanze estive.

Luca aveva sei anni, ricorda di quando espresse la volontà di allontanarsi per l'intera giornata con i genitori dei suoi amici e voltandosi per guardare il viso della madre vide un'espressione di estrema preoccupazione, rinforzata dal gesto di avvicinarlo al suo petto stringendolo in un abbraccio: «Non ti piace stare qui con le tue sorelle? Nel pomeriggio andremo a pesca con il nonno». Capì che sarebbe stato meglio evitare di deludere la mamma, dentro di sé provò un forte senso di gratificazione per quell'amore grande, ma anche rabbia ed irritazione, in fondo erano giorni che parlava di quel momento nel quale sarebbe andato a caccia di lucertole con gli amici.

Un episodio simile lo visse a scuola, il primo giorno delle scuole elementari: il ricordo più vivido che Luca aveva erano gli occhi pieni di lacrime della madre, che a differenza delle altre mamme, aveva tenuto fino all'ultimo il figlio in macchina anziché scendere e socializzare con altri genitori ed insegnanti, tanto che appena entrato in classe Luca sentì una grande paura, legata alla totale estraneità di quel luogo popolato di gente sconosciuta e spazi alieni.

Simpatico è il suo racconto risalente al quinto anno della scuola elementare, quando la madre, a seguito di un lun-

go periodo di assenze dell'insegnante di educazione fisica si presentò in classe, tuta e scarpe da ginnastica chiedendo ed ottenendo dal preside il permesso di far svolgere la lezione a Luca ed i suoi compagni di classe. Certo era che la sua abilitazione all'educazione fisica le aveva consentito di superare l'impaccio del giudizio di genitori ed insegnanti per arrivare a prendersi cura di un aspetto importante della didattica del figlio. Se da un lato Luca si sentiva continuamente sotto controllo da parte della madre, beneficiava anche della stima ed approvazione dei suoi compagni, per i quali sua madre era diventata una sorta di mito di simpatia ed intraprendenza. Riconosceva sempre quel senso di irritazione misto ad affetto profondo che pian piano lasciò negli anni dell'adolescenza il posto al terrore di perdere la complicità e le attenzioni della madre un giorno che morisse.

Si avverò invece che morì suo padre e questo evento segnò ancor di più un legame stretto tra la madre e Luca, che da figlio responsabile e giudizioso si assunse il compito di supervisionare la crescita delle sue sorelle.

Il riferimento al padre è sempre stato quello di narrarlo come un uomo periferico rispetto alle decisioni, che erano perlopiù prese da sua madre. Era certamente un uomo buono, ma troppo catturato dal suo lavoro.

Passando in "moviola" la sequenza delle scene critiche della sua vita, Luca è arrivato a un'apprezzabile riformulazione della sua storia, parallelamente al disvelarsi dell'itinerario di sviluppo del significato fobico. Pur avvertendo che le emozioni perturbanti e le sue paure erano collegate al rapporto morboso con la madre, non riusciva a dedurre altre considerazioni se non quelle che vedevano solo e soltanto in questo rapporto l'alleviarsi delle stesse angosce. Consapevole che l'inibizione indiretta del suo comportamento esploratorio (divieto per il picnic e successivamente le gite scolastiche e serali) avesse costruito nel tempo la sua paura di esporsi a situazioni nuove ed imprevedibili, ha avuto contemporaneamente coscienza che la stessa persona che aveva provocato il desiderio di bloccare ogni esperienza nuova era colei che incarnava l'oggetto principale di amore e dispensa di premure.

Soltanto dopo una lunga ed accurata ricostruzione della sua storia di sviluppo, Luca è divenuto consapevole di quanto le situazioni in cui avvertiva emozioni contrastanti ed antitetichie o nuove riscoperchiavano da un lato la paura ed il senso di minaccia del distacco emotivo dalla figura amata e dall'altro il suo senso di costrizione.

Bibliografia

- Bara G. a cura di. Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva, Torino, Bollati Boringhieri, (2005).
- Barlow D.H., Gorman J.M., Shear M.K., Woods S.W., Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial, JAMA 2000 May 17, 283(19), pp. 2529-36.
- Barlow D.H. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic, New York, Guilford Press, (1988).
- Beck A.T., Emery C., Greenberg R.L. Anxiety Disorders and phobias: a Cognitive Perspective, New York, Basic Books, (1985).
- Berne, E. A che gioco giochiamo Ed. Tascabili Bompiani Rcs, Milano 2000.
- Biondi M., Picardi A., Attribution of improvement to medication and increased risk of relapse of panic disorder with agoraphobia, Psychother Psychosom. 2003 Mar-Apr, 72 (2) pp. 110-1, au-

- thor reply 111.
- Bowlby J., Developmental psychiatry comes of age, *Am J Psychiatry*, 1988, 145, pp. 1-10, trad.it. Dalla teoria dell'attaccamento alla psicopatologia dello sviluppo, *Rivista di Psichiatria*, 23, 2, pp. 57-68.
- Bridler R., Umbricht D., Treatment of panic disorder with combination of SSRI and cognitive-behavioral therapy, *Psychiatr Prax.* 2001 Jul, 28(5), pp. 244-5.
- Chambless D.L., Gillis M.M., Cognitive therapy of anxiety disorders, *J Consult Clin Psychol.* 1993 Apr., 61(2), pp. 248-60.
- Clark D.M. A cognitive model of panic attacks, in Rachman S. & Maser J.D., a cura di. *Panic: Psychological Perspectives*, pp. 71-89, Hillsdale, NJ, Erlbaum, (1988).
- Clark D.M. A cognitive model of panic. *Behaviour Research and therapy*, 1986, 24, pp. 461-470.
- Clum G.A., Clum G.A., Surls R. A meta-analysis of treatments for panic disorder, *J Consult Clin Psychol.*, 1993 Apr., 61(2), pp. 317-26.
- Cox B.J., Swinson R.P., Lee P.S. Meta-analysis of anxiety disorder treatment studies, *J Clin. Psychopharmacol.*, 1992 Aug., 12(4), pp. 300-1.
- De Beurs E., van Balkom A.J., van Dyck R., Lange A. Long-term outcome of pharmacological and psychological treatment for panic disorder with agoraphobia: a 2-year naturalistic follow-up, *Acta Psychiatr. Scand.*, 1999 Jan, 99(1), pp. 59-67.
- Foa E.B., Franklin M.E., Moser J., Context in the clinic: how well do cognitive-behavioral therapies and medications work in combination?, *Biol. Psychiatry.*, 2002 Nov., 15, 52(10), pp. 987-97.
- Galassi F., Salvatori S., Cabras P.L. Il significato del farmaco nella relazione terapeutica con soggetti depressi, *Psichiatria e Psicoterapia analitica*, 11, 2, pp. 203-210, (1992).
- Goldstein A.J., Chambless D.L. A re-analysis of agoraphobia, *Behaviour Therapy* 1978, 9, pp. 47-59 Gould R.A., Otto M.W., Pollack M.H. A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder, *Clin Psychol. Rev.* 15, pp. 819-44, (1995).
- Guidano V.F., Liotti G. Cognitive processes and emotional disorders, Guilford press, New York, 1983.
- Guidano V.F. La complessità del sé. Un approccio sistemico-processuale alla psicopatologia e alla terapia cognitiva, Bollati Boringhieri, Torino, (1988). (Edizione originale 1987).
- Guidano V.F. Il sé nel suo divenire. Verso una terapia cognitiva post razionalista, Bollati Boringhieri, Torino, (1992), (edizione originale 1991).
- Guidano V.F. *Psicoterapia cognitiva post-razionalista. Una ricognizione dalla teoria alla clinica*, Franco Angeli, Milano, 2007.
- Guidano V.F. *La psicoterapia tra arte e scienza*, a cura di, Tutolo G., FrancoAngeli, Milano 2008.
- Karasu T.B. Psychotherapy and pharmacotherapy: toward an integrative model. *Am J Psychiatry.* 1982 Sep., 139(9), pp. 1102-13.
- Kelly G.A. *The psychology of personal constructs*, Norton & Co. Inc., New York, 1955
- Kilic C., Noshirvani H., Basoglu M., Marks I. Agoraphobia and panic disorder: 3.5 years after alprazolam and/or exposure treatment, *Psychother Psychosom* 1997, 66(4), pp. 175-8.
- Klosko J.S., Barlow D.H., Tassinari R., Cerny J.A. A comparison of alprazolam and behavior therapy in treatment of panic disorder, *J Consult Clin. Psychol.*, 1990 Feb., 58(1), pp. 77-84.
- Margraf J., Barlow D.H., Clark D.M., Telch M.J. Psychological treatment of panic: work in progress on outcome, active ingredients, and follow-up, *Behav. Res. Ther.*, 1993 Jan., 31(1), pp. 1-8.
- Marks I.M., Swinson R.P., Basoglu M., Kuch K., Noshirvani H., O'Sullivan G., Lelliott P.T., Kirby M., McNamee G., Sengun S. et al. Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia. A controlled study in London and Toronto, *Br J Psychiatry* 1993 Jun., 162, pp. 776-87.
- McLean P.D. *A Triune Concept of the Brain and Behaviour*, University of Toronto Press, 1973.
- Modigh K., Westberg P., Eriksson E. Superiority of clomipramine over imipramine in the treatment of panic disorder: a placebo-controlled trial, *J Clin. Psychopharmacol.* 1992 Aug, 12(4), pp. 251-61.
- Nadiga D.N., Hensley P.L., Uhlenhuth E.H. Review of the long-term effectiveness of cognitive behavioral therapy compared to medications in panic disorder, *Depress Anxiety*, 2003, 17(2), pp. 58-64.
- Otto M.W., Pollack M.H., Maki K.M. Empirically supported treatments for panic disorder: costs, benefits, and stepped care, *J Consult Clin. Psychol.*, 2000 Aug., 68(4), pp. 556-63.
- Pollack M.H., Doyle A.C. Treatment of panic disorder: focus on paroxetine, *Psychopharmacol Bull.*, 2003 Spring, 37, Suppl. 1, pp. 53-63.
- Rayburn N.R., Otto M.W. Cognitive-behavioral therapy for panic disorder: a review of treatment elements, strategies, and outcomes, *CNS Spectr.*, 2003 May, 8(5), pp. 356-62.
- Razran G., The observable unconscious and the inferable conscious in current Soviet psychophysiology: interoceptive conditioning, semantic conditioning, and the orienting reflex, *Psychological Review*, 1961, 68, pp. 81-147.
- Roth A., Fonagy P. What works for whom? A critical Review of Psychotherapy, Research, Guildford, New York, (1996). Trad. it. *Psicoterapie e prove di efficacia: quale terapia per quale paziente*, Il Pensiero Scientifico Editoriale, Roma, (1997).
- Salkovskis P.M., Clark D.M., Hackmann A. Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining, *Behav Res. Ther.*, 1991, 29(2), pp. 161-6.
- Sawer-Foner (in Freni S. et al.) Implicazioni psicoterapeutiche in psicofarmacologia clinica, *Psicoterapia e Scienze Umane*, Franco Angeli, Milano, N.4.1988.
- Seligman M.E.P. Phobias and preparedness, *Behavior Therapy*, 2, pp. 307-320, 1971.
- Sheikh J.I., Swales P.J. Treatment of panic disorder in older adults: a pilot study comparison of alprazolam, imipramine, and placebo, *Int J Psychiatry Med.*, 1999, 29(1), pp. 107-17.
- Spiegel D.A., Bruce T.J. Benzodiazepines and exposure-based cognitive behavior therapies for panic disorder: conclusions from combined treatment trials, *Am J Psychiatry*, 1997 Jun, 154(6), pp. 773-81.
- Van Balkom A.J., Bakker A., Spinhoven P., Blaauw B.M., Smeenk S., Ruesink B. A meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral, and combination treatments, *J Nerv. Ment. Dis.*, 1997 Aug., 185(8), pp. 510-6.
- Verster J.C., Volkerts E.R. Clinical pharmacology, clinical efficacy, and behavioral toxicity of alprazolam: a review of the literature, *CNS Drug Rev.*, 2004 Spring, 10(1), pp. 45-76.
- Wagstaff A.J., Cheer S.M., Matheson A.J., Ormrod D., Goa K.L. Spotlight on paroxetine in psychiatric disorders in adults, *CNS Drugs*, 2002, 16(6), pp. 425-34.
- Weiss J. Come funziona la psicoterapia, Bollati Boringhieri, Torino, 1999.
- Wells A. *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. A Practice Manual and Conceptual Guide*, John Wiley & Sons, Ltd., 1997, trad. it., *Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia*, McGraw-Hill Italiana, Milano, 1999.
- Whittal M.L. Otto M.W., Hong J.J., Cognitive-behavior therapy for discontinuation of SSRI treatment of panic disorder: a case series, *Behav. Res. Ther.*, 2001 Aug., 39(8), pp. 939-45.
- Zarate R., Agras W.S. Psychosocial treatment of phobia and panic disorders, *Psychiatry*, 1994 May, 57(2), p. 133.