

Scuola di Psicoterapia “Mara Selvini Palazzoli”

Ansia e attacchi di panico Proposta di un protocollo integrato

Dr.ssa Lorena Maltempo

Relatore: Dr. Matteo Selvini

Maggio 2011

Sommario

Introduzione: provare a far di necessità virtù	pag. 4
Prima parte: teoria e protocollo	
a. L'orientamento breve strategico della Scuola di Arezzo	pag. 6
b. L'ABC Cognitivo-comportamentale	pag. 10
c. La terapia attraverso l'attaccamento	pag. 15
d. Protocollo	pag. 18
Seconda parte: caso esemplificativo	
Angelo, papà chioccia	
a. Contesto e dimensione di équipe	pag. 21
b. La domanda	pag. 22
c. Le fasi della presa in carico	pag. 23
i. I primi colloqui individuali sul sintomo	
ii. L'intervento terapeutico	
d. Ipotesi diagnostiche	pag. 34
e. Risonanze personali	pag. 35
Conclusioni e follow-up	pag. 37
Allegato 1: genogramma prodotto con genopro	pag. 38

Allegato 2: genogramma compilato da Angelo	pag. 39
Allegato 3 : diario di bordo di Angelo	pag. 40
Appendice 1 : studio esplorativo	pag. 42
Apendice 2 : Valentina	pag. 46
Allegato 4 : genogramma compilato da Valentina	pag. 50
Allegato 5 : diario di bordo di Valentina	pag. 51
Bibliografia	pag. 52

Introduzione

Provare a fare di necessità virtù

Uno degli insegnamenti del corso di specialità, di cui ho fatto tesoro, è quello di non fermarsi mai, di aprire la mente, cercare e sperimentare soluzioni innovative. Proprio questo mi ha permesso di buttarmi in un'impresa ambiziosa: ideare uno strumento di lavoro per la presa in carico dei disturbi d'ansia adatto alle esigenze degli utenti e del Consultorio Familiare in cui lavoro.

Il primo spunto riflessivo mi si è presentato durante il tirocinio di specialità presso il consultorio Asl di Cinisello, durante il quale ho assistito alla messa in pratica del metodo breve-strategico per affrontare i disturbi d'ansia (Nardone, 2003).

Alle prime armi come psicologa, oltre che come terapeuta, sono rimasta affascinata dall'efficacia dell'intervento e dalla sua breve durata. Con il tempo e con la pratica, mi sono resa conto, però, che mancava qualcosa: il protocollo di Nardone, come lui stesso vanta, si focalizza sui tentativi disfunzionali utilizzati dai pazienti per far fronte all'ansia, con l'obiettivo di proporre nuove strategie per gestire il malessere e rendere le persone maggiormente in grado di tollerare l'ansia, senza farsi condizionare da essa. Nardone non si interessa minimamente a ciò che sta non solo dietro, ma anche intorno all'attacco di panico. Non considera né il contesto né la storia personale che ha portato a sviluppare il sintomo, fino ad arrivare a denigrare qualunque approccio cerchi di capire il motivo che ha causato il malessere. Le persone che soffrono di ansia, però, o almeno quelle incontrate nella mia operatività professionale, non vogliono solo imparare a gestire i sintomi, sono interessate a capire cosa ha causato il proprio malessere, a che cosa è relazionata, in modo tale da poter prevenire eventuali ricadute.

Alla ricerca di confronti con altri approcci efficaci per questi disturbi, ho incontrato la terapia cognitivo-comportamentale, in particolare il testo di Spagnulo (Spagnulo 2008) che mi ha permesso una diversa chiave di lettura del mio lavoro.

Parte dell'ispirazione, se così si può chiamare, mi è venuta anche dal metodo utilizzato da Linares e Campo, conosciuto prima tramite il contributo di Selvini (Selvini, 2002) e poi attraverso la traduzione del loro libro (Linares, Campo 2000), nel campo delle depressioni:

mi ha colpito il modo in cui utilizzano stabilmente il formato di coppia a fronte di richieste individuali.

Sempre durante il percorso presso la Scuola Selvini Palazzoli, ho incontrato la Dr.ssa Laura Dondè, che aveva precedentemente frequentato la scuola di terapia breve strategica di Arezzo. Dal confronto con lei, e dopo un'attenta ricerca bibliografica, è nato il protocollo che tutt'ora uso quando mi trovo di fronte ad una richiesta di aiuto per un disturbo d'ansia.

Prima parte

teoria e protocollo

a. L'orientamento breve strategico della Scuola di Arezzo

Per chiarire l'idea di Nardone circa il proprio approccio, nonché gli altri approcci terapeutici, riporto una breve citazione tratta dal paragrafo "controindicazioni" di Paura, panico e fobie (Nardone 2003):

"Il paziente al quale viene controindicato il tipo di trattamento, sin qui esposto, è la persona che crede che il terapeuta debba essere il suo confessore e consolatore ... chiunque ritenga che il compito primario del terapeuta sia quello di offrire assolute quanto rassicuranti "verità" in cui credere ... quelle persone che cercano una figura con la quale stabilire una lunga, intensa e passionale relazione sentimentale-terapeutica ... tutti coloro che vogliono intraprendere quell'affascinante viaggio, all'interno dei misteriosi meandri della loro psiche, alla ricerca del loro "vero io" (ovviamente indicato e spiegato dallo psicanalista di turno). A tutti questi tipi di soggetto si consiglia molta precauzione nell'evitare attentamente quei terapeuti in grado di operare il tipo di trattamento esposto ... si è infatti notato che, in questi soggetti, la rapida ed effettiva soluzione del loro sofferti problemi può condurre a sensibili alterazioni del loro modo di percepire e valutare le cose, ossia a cambiare anche il loro punto di vista al riguardo della "giusta" terapia."

Nardone ipotizza che dietro ad ogni disturbo vi siano delle tentate soluzioni, espressioni dell'intero sistema percettivo-reattivo delle persone, le quali divengono disfunzionali in quanto mantengono il problema invece di risolverlo. Analizzando le tentate soluzioni, si arriva a definire il sistema percettivo-reattivo del soggetto, con l'obiettivo di intervenire per modificarlo. Ecco perché afferma più volte di non essere interessato al "perché" del problema, ma al "come" viene costruito e mantenuto.

Per quanto riguarda i disturbi d'ansia, Nardone differenzia tra l'agorafobia e gli attacchi di panico identificando specifiche tentate soluzioni messe in atto dagli individui.

Per quanto riguarda il sistema percettivo-reattivo dell'agorafobia, l'autore sottolinea come i soggetti affetti da tale disturbo mettono in atto la soluzione dell'evitamento insieme alla richiesta di aiuto a persone care: l'evitamento di un'iniziale situazione ansiogena conduce ad una catena di evitamenti fino a che si giunge ad evitare qualunque esposizione personale; la richiesta di aiuto conduce all'indispensabilità dell'aiuto e del supporto sociale

in qualunque situazione di esplorazione ed allontanamento. Quando tale sistema è ripetuto a lungo nel tempo, diventa una spontanea organizzazione psichica e comportamentale che si mantiene e si autoalimenta, sebbene il soggetto sia razionalmente consapevole della disfunzionalità del proprio modo di percepire ed agire.

Nel caso, invece, degli attacchi di panico, le due tentate soluzioni sono: la richiesta di aiuto unitamente all'ossessivo tentativo di controllare il sintomo nelle sue espressioni psicofisiologiche con il risultato di farlo incrementare, ne è un esempio il paziente che per paura di avere la tachicardia comincia ad ascoltare il proprio battito cardiaco con la paura che questo si alteri, con il risultato di fare alterare effettivamente il proprio battito.

L'intervento terapeutico agisce sulle tentate soluzioni spezzandone la ricorsività e, di conseguenza, mutando anche il sistema percettivo-reattivo sottostante.

Nardone propone una terapia basata sulla risoluzione del sintomo, che si struttura in 8-10 sedute, con un formato individuale. Le tecniche utilizzate appartengono a tre macro-categorie:

- prescrizioni strategiche, da lui definite "benefici imbrogli", che noi potremmo paragonare ad interventi paradossali;
- metafore, aneddoti, storie e aforismi;
- linguaggio ipnotico e suggestivo.

Tra le diverse tecniche, riporto solo quelle che ho ritenuto utile usare nella mia attività clinica:

- **diario di bordo**: prescritto dall'autore in chiusura del primo colloquio. Su una tabella a colonne preparata dal terapeuta, ogni qualvolta il paziente sente di avere un attacco di panico o una crisi d'ansia, deve riportare data, ora, luogo, le persone presenti, situazioni, pensieri, sintomi e reazioni. Il paziente deve scrivere nel momento stesso in cui avviene l'attacco di panico. L'obiettivo di questo strumento è duplice. Da una parte permette di comprendere quale sistema percettivo-reattivo caratterizza la persona – chi utilizza un sistema evitante tenderà a portare un foglio quasi vuoto, a differenza degli utenti predisposti ad un controllo ossessivo, per i quali i fogli non bastano mai. Dall'altra parte è già una manovra terapeutica, nel senso che è un tentativo di spostamento di attenzione dal sintomo al compito: durante la compilazione del "diario" il paziente pone più attenzione al compito che al sintomo, interrompendo così i tentativi di vecchie e

fallimentari tentate soluzioni, che mantengono il problema invece che risolverlo.

- il rituale paradossale **“mezz’ora di worst fantasy technique”**: prescritto nel secondo/terzo colloquio. Il paziente dovrà procurarsi una sveglia con un suono antipatico ed ogni giorno alla stessa ora (stabilita in seduta) dovrà caricarla per farla suonare mezz’ora più tardi. In questa mezz’ora, la persona dovrà trovare un posto tranquillo in cui potersi concentrare sulle peggiori fantasie rispetto al suo problema, con l’obiettivo di prodursi volontariamente una crisi d’ansia, rimanendo in questo stato per tutta la mezz’ora. Appena la sveglia suonerà, il paziente dovrà spegnerla, interrompere il compito, lavarsi il viso e riprendere la sua usuale attività giornaliera. Gli effetti sono di due tipi. Il primo: “Non sono proprio riuscito a calmarmi nella situazione anche se mi sono sforzato”. Il secondo: “Sono riuscito a calmarmi così bene nella situazione che ho provato le stesse sensazioni che provo durante gli attacchi di panico. Poi è suonata la sveglia ed è finito tutto”. In entrambi i casi, le crisi d’ansia al di fuori della mezz’ora diminuiscono notevolmente, la maggior parte dei pazienti non ha attacchi di panico o ha crisi lievi e facilmente gestibili. Nardone ristrutturava le reazioni alla prescrizione nella seduta successiva, connotando positivamente le risorse personali del paziente ponendo l’accento su come la persona riesca volontariamente a smettere di star male. Più sarà capace, quindi, di evocare i sintomi volontariamente, più sarà capace di ridurli e annullarli. Dal punto di vista teorico l’autore spiega il risultato richiamando il pensiero di Lao Zi secondo il quale *“un’azione forte deve ricevere lo spazio per svilupparsi: finirà così per annullarsi o esaurirsi”*. Riacciandosi anche alla teoria di Watzlawick, Nardone afferma che reazioni incontrollate e spontanee una volta prescritte perdono il loro ruolo di sintomo e si annullano.

- **la storia del millepiedi**: *“Si racconta in un’antica storia che una volta una formica chiese ad un millepiedi: “mi vuoi dire come fai a camminare così bene con mille piedi insieme, mi spieghi come riesci a controllarli tutti contemporaneamente?” il millepiedi cominciò a pensarci su e non riuscì più a camminare.”* (Nardone 2003). Dopo questa breve narrazione, raccontata nel caso in cui siamo di fronte ad un tentato controllo ossessivo del sintomo, il paziente viene salutato e invitato a riflettere sul significato della storiella. L’obiettivo nell’utilizzo di tale metafora, secondo l’autore, è quello di indirizzare il pensiero dell’utente sulla storia invece che sul sintomo, interrompendo così il sistema

percettivo caratteristico di chi soffre di attacchi di panico.

- **prescrizione della ricaduta:** *“Sa, io penso che sia prevedibile qualche ricaduta nelle prossime settimane, perché certi disturbi possono tornare prepotentemente dopo essere stati azzerati. Anzi, le dirò che io credo che nei prossimi giorni avrò sicuramente un bel ritorno di fiamma. Continui comunque a fare ciò che ha imparato.”* (Nardone 2003).
Nell'esperienza clinica dell'autore, oltre che mia, la maggioranza delle persone torna al colloquio successivo raccontando di non aver avuto ricadute. I pazienti che invece hanno effettivamente avuto una ricaduta, sono molto tranquilli nel raccontarla e spiegano di non essersi spaventati perché, dato che è stata prescritta, la vedono come parte del processo di cura.

La terapia di Nardone si conclude con la spiegazione degli obiettivi, delle tattiche e tecniche utilizzate, al fine di rendere i pazienti capaci di proseguire autonomamente il cammino iniziato e di trovare da soli nuove strategie.

b. L'ABC Cognitivo-comportamentale

Il paradigma comportamentista, puntando sui noti concetti di condizionamento classico e operante, unitamente al meccanismo di rinforzo e punizione, ha teorizzato le tecniche terapeutiche di Desensibilizzazione Sistemica ed Esposizione, come strumenti fondamentali nel trattamento degli stati ansiosi (Kush e coll. 2004; Giannantonio e Lenzi 2010; Spagnulo 2008). A questi strumenti sono stati associati esercizi di rilassamento, oggi integrati con gli esercizi di mindfulness.

Gli approcci terapeutici cognitivi, così come sono conosciuti oggi, si rifanno alle formulazioni teoriche di Beck ed Ellis, secondo cui tra uno stimolo ed un comportamento si interpone un'interpretazione cognitiva dello stimolo definibile pensiero automatico, che poggia le basi, a sua volta, su una serie di assunti e convinzioni. Scopo della terapia cognitiva diviene, quindi, la trasformazione delle convinzioni disfunzionali in convinzioni adattive (Giannantonio e Lenzi 2010; Spagnulo 2008;).

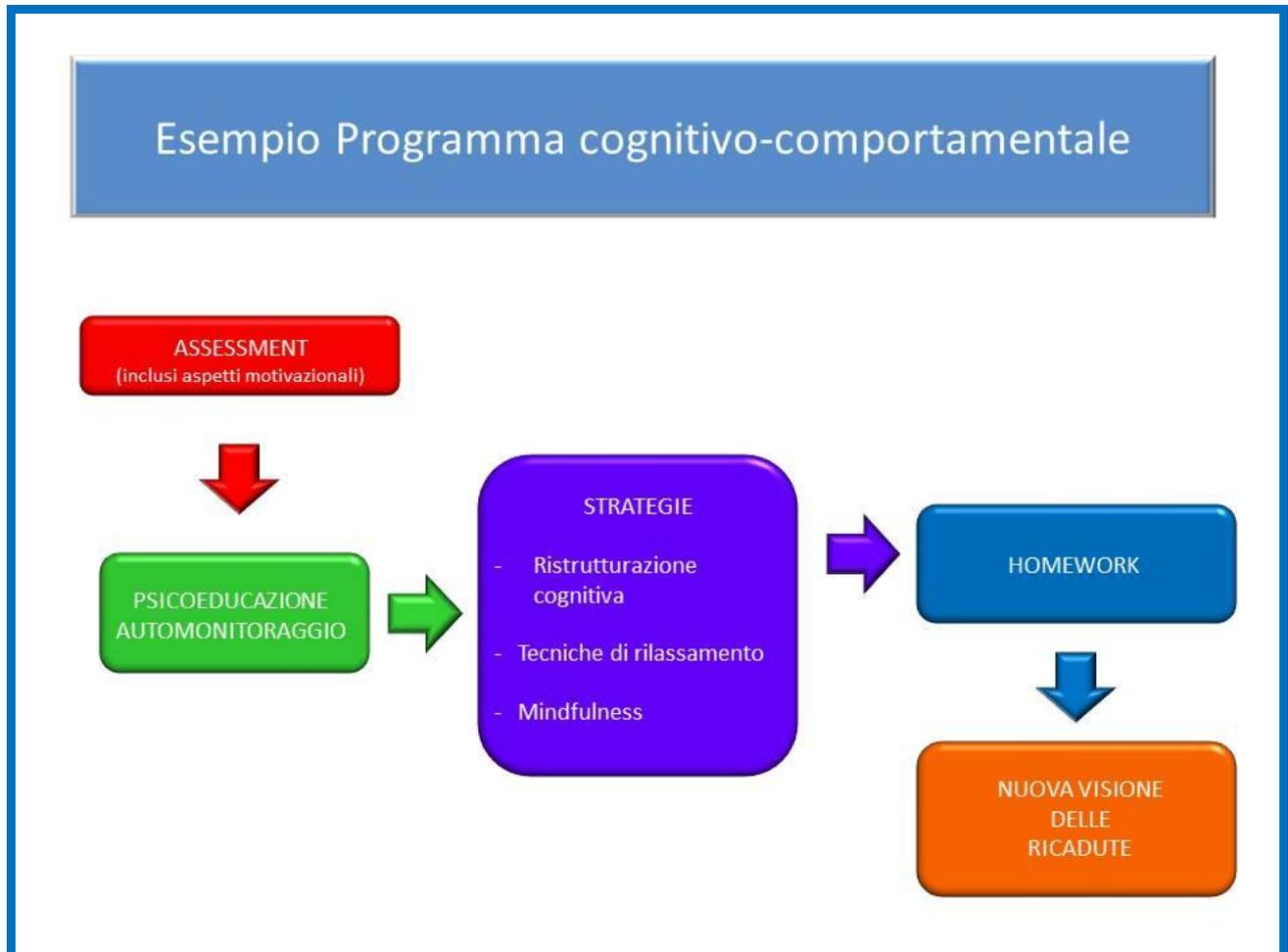
L'integrazione dei due modelli, ha dato vita ad uno schema a tre componenti chiamato ABC:

- nell'ottica comportamentale lo schema ABC rimanda a antecedente, comportamento (behaviour) e conseguenze (i rinforzi)
- per l'approccio cognitivo, ABC si riferisce ad antecedente, convinzione e conseguenze emotive e comportamentali
- il nuovo approccio della "terza generazione" della terapia cognitivo comportamentale introduce il concetto di azione consapevole. Antecedenti, pensieri emozioni sensazioni e azioni: le emozioni non possono essere evocate in modo deliberato, ma le azioni si. Le azioni non vengono più considerate una meccanica conseguenza degli eventi interni, ma una scelta possibile. Motivo per cui la terapia non passa solo da una ristrutturazione cognitiva, nel senso di modifica delle convinzione radicate nel paziente circa il proprio malessere, ma anche dallo sostituire volontariamente alcuni automatismi disfunzionali on risposte consapevoli e funzionali. Questo implica anche una maggiore apertura ed accettazione della propria esperienza interiore e quindi una maggiore possibilità di esplorazione ed elaborazione.

Provando a sintetizzare il protocollo terapeutico di questo approccio così come proposto

da Spagnulo (2008) Giannantonio e Lenzi (2010), possiamo identificare alcune fasi.

Immagine 1.1 Programma terapeutico cognitivo-comportamentale



La fase di apertura del trattamento è quella di *Assessment*, in cui vengono somministrate alcune batterie di test al fine di raccogliere informazioni sui processi e costrutti implicati nei disturbi d'ansia, i contesti d'apprendimento delle credenze e degli schemi relazionali, le teorie sulla sofferenza e sulla cura, nonché gli aspetti motivazionali dell'utente (Incerti e Scarinci 2010).

Segue quella che viene definita *Psicoeducazione*, momento in cui si aiuta il paziente a comprendere le modalità di sviluppo e mantenimento del proprio problema. In particolare viene spiegato che l'ansia è uno stato di attivazione fisiologica e cognitiva in previsione di un pericolo futuro, distinguendola dalla paura (attivazione di fronte ad un pericolo reale) e

dal panico (stato d'ansia intenso in assenza di pericolo reale, accompagnato da pensieri catastrofici). L'ansia viene quindi ridefinita come espressione del meccanismo di attacco e fuga, riconnotandola positivamente: tale meccanismo ha la funzione di preservare la nostra specie, preparando il nostro corpo ad una reazione di attacco o di fuga di fronte ad un pericolo. L'obiettivo è di "de-patologizzare" l'ansia ed accompagnare il paziente ad un primo tentativo di ristrutturazione cognitiva circa le opinioni costruite nel tempo sul proprio disturbo (Spagnulo 2008).

Giannantonio e Lenzi (2010) mettono in evidenza come il paziente con attacchi di panico debba essere "rieducato al panico", aiutandolo a comprenderne la natura, il funzionamento, i modi e tempi di presentazione per poter chiarificare le idee distorte che le persone si sono fatte. Un'idea interessante e nuova per il tipo di paradigma teorico a cui afferiscono, riguarda il riconoscere una vulnerabilità personale, nell'accezione di un profondo senso di fragilità, frutto di esperienze passate, unitamente a problemi di assertività e vulnerabilità genetica, come fattori che insieme danno vita ad un terreno fertile per lo sviluppo del disturbo da attacchi di panico. In effetti i pazienti con disturbi d'ansia difficilmente riferiscono di aver avuto dei campanelli di allarme prima dell'inizio della sintomatologia per cui chiedono un intervento psicologico. Gli autori permettono di pensare ad una nuova narrazione della propria vita, in cui la comparsa del panico viene legata alla propria storia personale e dotata di senso.

Tecnica importante in questa fase iniziale è la prescrizione della scheda ABC,

Tabella 1.1 La scheda ABC - Giannantonio e Lenzi (2010)

A – Antecedenti	B – Pensieri	C- Emozioni/Comportamenti
Dove, quando, con chi, cosa stavo facendo?	Cosa mi passava per la mente, che immagini e cosa mi stavo dicendo?	Che cosa ho provato, che cosa ho fatto?

che ha il doppio obiettivo di permettere all'utente di automonitorarsi durante la terapia e di mettere in luce gli schemi di pensiero disfunzionali che sostengono il disturbo (Giannantonio e Lenzi 2010; Spagnulo 2008).

Raccolte le informazioni sui pensieri automatici disfunzionali, si può procedere con gli interventi di *Ristrutturazione cognitiva*, in cui dopo un'attenta esamina delle convinzioni del soggetto circa i propri sintomi, vengono presi in considerazione visioni più realistiche circa il proprio modo di funzionare ed i comportamenti possibili da attuare (Giannantonio e Lenzi 2010; Sassaroli, 2001). I cambiamenti cognitivi ottenuti in questa fase, vengono calati nella realtà attraverso quelli che vengono definiti "homework": ovvero tecniche di esposizione a livello situazionale ed immaginativo. Questi esercizi permettono di interrompere i comportamenti di evitamento che mantengono il problema del panico invece che risolverlo (Blanco e coll., 2006; Huppert e coll., 2006; Kush e coll. 2004).

Successivamente, se non attuativamente almeno dal punto di vista teorico, si passa agli interventi di *stabilizzazione somatico-viscerale*: attraverso il rilassamento, le tecniche ipnotiche e gli esercizi di mindfulness, si addestrano i pazienti a modalità di respirazione adeguate e training di rilassamento (Giannantonio e Lenzi, 2010; Spagnulo, 2008).

A questo punto del percorso, la sintomatologia è nettamente migliorata e ci si può dedicare ad una fase di ristrutturazione cognitiva circa le *possibili ricadute*, come fase del percorso di guarigione e non come segnale di nuova crisi (Spagnulo, 2008).

La maggior parte dei protocolli di trattamento di stampo cognitivo-comportamentale termina qui. La particolarità del protocollo di Giannantonio e Lenzi (2010), invece, sembra essere quella di partire proprio da questo punto, ovvero di utilizzare le tecniche sopra elencate al fine di ridurre la sintomatologia, per poter poi iniziare un percorso di rivisitazione della propria storia personale in modo più proficuo. Trovo sia questo il punto in comune tra me e gli autori: trovare delle tecniche che contengano la sintomatologia per permettere ai pazienti di affrontare una rielaborazione della propria storia personale al fine di capire come si è arrivati a sviluppare un disturbo ansioso ed evitare in questo modo eventuali ricadute.

Relativamente al modello "classico" comportamentale, la fase di psicoeducazione è il

contributo di questo approccio che ho ritenuto utile integrare nel mio protocollo.

Relativamente agli homework ed alla ristrutturazione cognitiva della ricaduta, mi sono serviti per rileggere da un altro punto di vista teorico gli spunti operativi proposti da Nardone.

c. La terapia attraverso l'attaccamento

Già Bowlby (1988) aveva ricondotto lo sviluppo di sintomi d'ansia ad un disturbo dell'attaccamento nell'infanzia. Nelle sue indagini sugli agorafobici, Bowlby ha rilevato quattro pattern familiari di interazione patogeni:

- nel primo, l'angoscia del caregiver obbliga il paziente a casa, a far compagnia al genitore. La figura di attaccamento esercita sul figlio forti pressioni pretendendo da lui cure parentali di protezione e accadimento;
- nel secondo modello, il paziente ha paura che, in sua assenza, possa accadere qualcosa al caregiver, rimane quindi a casa a "controllare" la situazione o si fa accompagnare se esce;
- nel terzo, il paziente ha paura che qualcosa di male possa capitare a lui quando esce. A queste paure vengono correlate le minacce d'abbandono o di espulsione dalla famiglia;
- nel quarto modello, il caregiver ha paura per il figlio e lo tiene a casa (Caviglia e coll, 2001).

Brisch (1999) riprende gli studi che hanno approfondito tali ipotesi, sottolineando come i bisogni di autonomia dei bambini, che da adulti sviluppano un disturbo d'ansia, e le loro esplorazioni del mondo circostante sarebbero limitati attraverso forme di controllo e di divieto da parte dei genitori. Questi ultimi descriverebbero ai figli il mondo esterno come pericoloso, trasmettendo così l'idea che senza la costante protezione dei genitori, i figli non avrebbero saputo far fronte a questi pericoli da soli.

Guidano (Caviglia e coll. 2001) riprende i modelli bowlbiani, enfatizzando però la disfunzione del comportamento esplorativo prodotto dai genitori nello sviluppo dei propri figli. I genitori di questi soggetti svolgono un ruolo limitatorio del comportamento esplorativo del bambino attraverso stili genitoriali sia iperprotettivi che rifiutanti. Il bambino esperisce la limitazione del proprio comportamento esplorativo come necessario a mantenere una vicinanza adattiva alle figure di riferimento. Si forma così un modello operativo interno che rende difficile la separazione dal caregiver.

Che l'attaccamento ansioso sia correlato ad un ostacolo del comportamento esplorativo è confermato anche da Liotti (Caviglia e coll. 2001). Nei pazienti agorafobici, la continua ricerca di cure del caregiver si scontra con la rinuncia alla vicinanza alla figura di attaccamento, inibendo l'esplorazione autonoma dell'ambiente. L'organizzazione cognitiva delle persone con questo tipo di disturbo si costruisce intorno ad un conflitto tra polarità sicurezza-costrizione e libertà solitudine. Una possibile soluzione è tentare di mantenere un controllo esasperato sulle proprie emozioni di vulnerabilità e sulle relazioni interpersonali più significative (Caviglia e coll. 2001).

Giannantonio e Lenzi (2010) riprendono il concetto correlandolo con il senso di fragilità che caratterizza chi soffre di un disturbo di panico: l'invio di messaggi in cui il mondo viene descritto come pericoloso ed il figlio viene definito come fragile ed inadatto ad affrontarlo da solo, creerebbe una rappresentazione di sé come fragile, impotente ed incapace. In questo senso, migliorare le capacità di gestire l'ansia ed incrementare il sentimento di autonomia, contribuiscono allo sviluppo di autostima ed autoefficacia, che riducono la sensazione di fragilità del sé e consentono il consolidamento di abilità relazionali più evolute e soddisfacenti.

L'utilizzo della teoria dell'attaccamento nel mio modello operativo, rimanda anche al tentativo di riattivare l'attaccamento dei pazienti ai propri familiari, così come teorizzato da Selvini e Sorrentino (2010). Aprire la stanza di consultazione al familiare che rappresenta per l'utente la figura di attaccamento attuale (nella maggioranza dei casi, il partner) ha l'obiettivo di preservare la relazione e rinforzare la funzione di cura e protezione, messa in discussione dall'insorgere della malattia e dai problemi relazionali conseguenti.

In uno studio, Ugazio descrive il valore manipolativo del sintomo fobico nelle dinamiche di coppia individuando due modelli (Caviglia e coll. 2001). Nel primo modello, il coniuge che sviluppa sintomi fobici è considerato il partner più debole e dipendente dalla relazione. Lo sviluppo della patologia ha come effetto pragmatico un'inversione di ruoli: il partner più debole dirige il comportamento dell'altro proprio a causa degli attacchi di panico e dell'incapacità di stare da solo. In realtà questo non cambia la struttura della relazione, anzi rafforza la complementarietà rigida della coppia: il coniuge debole è ancora più debole perché ammalato. Nel secondo modello, il partner che sviluppa la sintomatologia è quello più forte, fuggitivo e svalutante nei confronti del coniuge. La comparsa del sintomo

fa sì che il paziente, bisognoso delle cure del partner, deleghi molte più decisioni e funzioni confronto a prima. Anche in questo caso l'effetto pragmatico del sintomo non stravolge la relazione, ma ne rinforza l'organizzazione rigida perché il paziente designato riconosce di aver bisogno del marito o della moglie solo come infermiere: le decisioni sono delegate non perché il partner sia ritenuto competente, ma solo perché il paziente è inabilitato dai sintomi.

Ugazio identifica anche due stili relazionali diversi a seconda della sintomatologia presentata (Caviglia e coll. 2001). Nel quadro sintomatico claustrofobico viene privilegiato il sé: l'identità si struttura intorno alla polarità libertà-indipendenza, per cui l'autostima e l'efficacia personale sono difese mantenendo relazioni interpersonali superficiali che limitano il coinvolgimento emotivo, considerato un elemento di disturbo del proprio funzionamento. Nelle organizzazioni agorafobiche, invece, il focus è sulla relazione: i pazienti accettano un basso livello di autostima pur di mantenere un legame molto stretto dal quale dipendere. Ovviamente queste distinzioni sono comode da un punto di vista teorico, ma nella pratica clinica la maggior parte dei soggetti fobici presentano forme di organizzazioni meno polarizzate degli estremi descritti ed una sintomatologia mista.

Considerando come questi studi abbiano dimostrato che i disturbi d'ansia siano correlati ai sistemi di attaccamento e, quindi, strettamente in relazione con i rapporti interpersonali, sembra di notevole vantaggio far partecipare al trattamento anche il coniuge non sintomatico, in quanto figura di attaccamento attuale, come fattore facilitatore di cambiamento durante il percorso terapeutico.

Personalmente, inoltre, mi trovo d'accordo con quanto affermato da Linares e Campo (2000): *“ la maggior parte delle questioni che riguardano il paziente, comprese le più personali, sono condivise anche dal coniuge. Il pensiero ed il criterio di quest'ultimo, avrà sempre molto peso. Meglio allora trovare una soluzione utilizzando il contesto interpersonale naturale offerto dalla stessa interazione coniugale.”*

d. Protocollo

L'area dei disturbi d'ansia è molto "frequentata" da altri approcci terapeutici, quali il cognitivismo, il comportamentismo, ma, se escludiamo gli scritti della Ugazio (2006) e le lezioni monografiche di Selvini, vi sono poche pubblicazioni di orientamento sistemico relazionale.

Essendo una delle problematiche di accesso più diffuse al Consultorio familiare con cui collaboro, è nata in me l'esigenza di strutturare quella che considero una bozza di protocollo di presa in carico.

Ho cercato di integrare gli elementi utili dell'approccio strategico e cognitivo-comportamentale – ovvero la velocità e l'efficace diminuzione del sintomo ottenuta utilizzando strategie semplici ed accattivanti per i pazienti - con il modello terapeutico appreso a scuola, senza dimenticare le esigenze del contesto: in Consultorio è possibile effettuare cinque colloqui introduttivi e otto colloqui di presa in carico, dopodiché noi operatori siamo caldamente consigliati a non rinnovare nuovi cicli di colloqui se non in casi di estrema necessità.

Sulla base di questi elementi, viene quindi proposto uno schema di intervento strutturato per passi progressivi, che parte con una fase iniziale focalizzata principalmente sul sintomo per poi procedere con una dimensione più terapeutica, con l'obiettivo di integrare i diversi punti di vista teorici, fin qui presi in considerazione, con la terapia sistemica relazionale.

Fase 1: intervento sul sintomo

Primo colloquio: *formato individuale* - accoglienza, anamnesi, definizione della domanda e del contratto, spiegazione psicologica del sintomo, prescrizione del diario di bordo (o scheda ABC).

Secondo colloquio: *formato individuale* – raccolta di informazioni sulle tentate soluzioni, spiegazione psico-pedagogica dell'attacco di panico, racconto della storia del millepiedi, prescrizione del diario di bordo.

Terzo colloquio: *formato individuale* - raccolta degli spunti riflessivi dati dalla storia del millepiedi e spiegazione della metafora, prescrizione del rituale paradossale "mezz'ora di

worst fantasy technique”.

Quarto colloquio: *formato individuale* - spiegazione del rituale e riduzione del rituale paradossale della mezz'ora a 15 minuti, individuazione della figura di attaccamento attuale, in vista dell'allargamento.

Quinto colloquio: *formato individuale* - chiusura della consultazione, rilettura dei risultati ottenuti, raccolta delle informazioni mancanti e preparazione al lavoro di coppia, prescrizione della ricaduta.

Fase 2: ricerca di significato del sintomo

Sesto colloquio: *formato allargato* - accoglienza della figura di attaccamento attuale (partner o genitori a seconda della fase del ciclo di vita), breve spiegazione del lavoro individuale e contratto terapeutico.

Settimo colloquio: *formato allargato* - approfondimento della storia individuale attraverso il genogramma

Ottavo colloquio: *formato allargato* - ripresa del genogramma con l'approfondimento dei temi dal racconto della propria storia

Nono colloquio: *formato individuale* - breve punto della situazione ed eventualmente prescrizione di alcuni homework specifici

Decimo colloquio: *formato allargato* - come i temi emersi nella propria storia personale si ripresentano nelle relazioni attuali di coppia e/o famiglia, nonché terapeutica

Undicesimo colloquio: *formato allargato* - come i temi emersi nella propria storia personale si ripresentano nelle relazioni attuali di coppia e/o famiglia, nonché terapeutica

Dodicesimo colloquio: *formato allargato* - valutazione dei risultati ottenuti, considerazioni su possibili rischi futuri e congedo della figura di attaccamento (o eventuale rilancio)

Tredicesimo colloquio: *formato individuale* – incontro di conclusione (o eventuale rilancio)

I primi cinque colloqui sono a cadenza settimanale e durano un'ora circa; i successivi otto sono a cadenza mensile e hanno la durata di un'ora e mezza circa.

Nei casi di disturbi d'ansia ci si trova generalmente di fronte ad una domanda di percorso individuale. In accordo con quanto scritto da Canevaro e Selvini (2008) sull'importanza di

trovare un equilibrio tra la centralità del paziente come protagonista del cambiamento ed i vantaggi connessi agli allargamenti, ho ritenuto utile ipotizzare un formato individuale per la prima fase di intervento sul sintomo. Nella successiva fase di ricerca del significato mi è sembrato, invece, più vantaggioso convocare la figura di attaccamento attuale, che a seconda della fase del ciclo di vita in cui si trova l'utente, è stata identificata nel partner o in uno o più membri della propria famiglia d'origine.

Ovviamente il protocollo proposto è solo un canovaccio, flessibile e modificabile a seconda delle esigenze degli utenti. Non si deve quindi intendere lo schema di intervento come passi rigidamente lineari, in quanto l'approfondimento dei temi che emergono durante la terapia o momenti di empassé possono rimandare ad interventi proposti nelle fasi precedenti della presa in carico.

Per quanto concerne la scelta di separare, o sarebbe meglio dire tentare di separare, l'intervento sul sintomo dal lavoro più propriamente terapeutico è dettata da alcune riflessioni personali. La maggior parte dei pazienti con un disturbo d'ansia presenta una notevole sofferenza che li pone in uno stato emotivo di continua allerta ed emergenza che pervade anche i colloqui. Le strategie di intervento sul sintomo, hanno l'effetto di rendere gestibile l'ansia, creando così quello spazio di pensiero che favorisce la ricerca del significato del sintomo.

Se consideriamo, inoltre, l'attacco di panico una difesa da una sofferenza, approfondire la storia personale senza aver trovato un modo di gestire il sintomo rischia di aggravarlo. Quando l'utente, invece, sente di avere degli strumenti per far fronte all'ansia, eventuali episodi sintomatici che si possono ripresentare nella seconda fase vengono vissuti con minore preoccupazione.

Si potrebbe pensare che la scomparsa del sintomo porti ad un precoce abbandono del percorso. Nella mia seppur limitata esperienza non si è mai verificata una situazione del genere. Sicuramente la gratuità del servizio agevola il proseguire. Ritengo anche che mettere in luce fin dall'inizio i rischi di un lavoro esclusivamente sintomatico possa aver dato i suoi frutti: gli esercizi vengono proposti per imparare a gestire l'ansia non per guarire da essa. Un'eventuale interruzione del percorso, seppur dichiarata possibile, viene correlata al rischio di ricaduta.

Seconda parte

Caso clinico

Angelo, il papà chioccia

a. Contesto e la dimensione di équipe

Ho seguito Angelo e la sua famiglia nel consultorio familiare con cui collaboro dal 2005. Il servizio è un consultorio interdecanale, che nasce come ONLUS, viene riconosciuto dall'ASL3 di Milano nel 2000 ed offre principalmente prestazioni cliniche e attività di formazione presso scuole e parrocchie. Le prestazioni sono interamente gratuite. Tre sono i livelli gerarchici che compongono il servizio: il consiglio direttivo, composto da rappresentanti di ogni parrocchia o decanato che afferisce al consultorio; l'équipe di operatori e le parrocchie socie sostenitrici. Da un anno è previsto anche un comitato esecutivo, come ponte tra noi operatori e il direttivo, ma in realtà è un buon proposito per ora rimasto sulla carta.

L'équipe di operatori, alla quale appartengo, è numerosa ed interdisciplinare: conta due avvocati, un ginecologo, due infermieri, un pediatra, un assistente sociale, due consulenti familiari (due volontarie che hanno seguito un corso Regionale negli anni '90 al fine di ottenere tale titolo), un educatore professionale, nonché consulente etico, responsabile dei servizi alla famiglia ed ex-allievo della scuola Selvini Palazzoli, una psicoterapeuta di orientamento junghiano, responsabile del servizio psicologico e dei contatti con la rete dei Servizi, una psicoterapeuta di orientamento rogersiano e nove psicologhe, di cui cinque allieve o ex-allieve della scuola Mara Selvini Palazzoli, due allieve della PSIBA, un'allieva al primo anno della scuola cognitivo-comportamentale di Como e una senza specializzazione. Con l'aggiunta del direttore sanitario e di un segretario del consiglio direttivo, l'équipe si riunisce due volte al mese per discutere dei casi.

L'accesso ai servizi clinici segue una precisa procedura: il primo contatto telefonico viene gestito da una delle dieci segretarie, che prestano lavoro volontario e che fissano l'appuntamento o alle figure predisposte ai primi colloqui individuali (le due consulenti familiari, l'allieva della scuola di Como e la collega senza specializzazione) o, nel caso di

richieste di consulenza di coppia o familiare, a noi allieve ed ex-allieve della Selvini Palazzoli; a seguito del primo o al massimo secondo colloquio, il caso viene discusso in équipe, analizzando la domanda dell'utente per decidere quale figura è la più idonea a seguire il caso a seconda del tipo di percorso di presa in carico ipotizzato.

Il caso di Angelo e della sua famiglia ha seguito un iter meno convenzionale: Angelo si è rivolto al proprio parroco, che essendo il nostro consulente etico, l'ha inviato direttamente a me, dopo aver messo al corrente l'équipe di operatori. Ho condotto da sola i primi cinque colloqui individuali, mentre per i successivi otto sono stata affiancata da una studentessa di psicologia durante il suo tirocinio post-laurea.

Presso il servizio non è a disposizione lo specchio unidirezionale, quindi la tirocinante era una presenza silenziosa all'interno della stanza, ma più attiva durante i cinque minuti di interruzione poco prima della conclusione della seduta.

Il consultorio non permette la videoregistrazione delle sedute, l'unica registrazione che sono riuscita ad ottenere è stata da me proposta in vista del lavoro di tesi, tant'è che l'informativa per il video è a mio nome e non del servizio.

Per quanto riguarda la supervisione durante il percorso, mi sono confrontata, oltre che con l'équipe del servizio, con la dott.ssa Dondè, mia compagna di studi, e una sola volta con l'intero gruppo di specializzazione durante una lezione condotta dalla dott.ssa Sorrentino sul genogramma utilizzato come strumento grafico per valutare il funzionamento individuale.

b. La domanda

Nel settembre 2007, Angelo, un uomo di 51 anni, sposato dal 1985, con due figli, si rivolge a Don Paolo, suo parroco e consulente etico del consultorio, a causa di frequenti attacchi di panico, che da due mesi limitano la sua vita, unitamente ad un tono depresso dell'umore. Angelo presenta una malformazione congenita al braccio destro, per la quale gli è stata riconosciuta un'invalidità del 40%.

Dopo un breve colloquio di accoglienza, Don Paolo lo invia al consultorio familiare.

Quando giunge al nostro primo colloquio, l'utente riferisce che ad agosto ha iniziato a soffrire di attacchi di panico, che si manifestano specialmente al mattino con palpitazioni,

ansia crescente, tremori, sudore e pensieri catastrofici.

Cronostoria del sintomo: a novembre 2006 l'utente inizia ad avere problemi di stomaco; il medico curante diagnostica un reflusso esofageo e prescrive antispasmodici. Segue una gastroscopia, richiesta esplicitamente dal signore, che non ha rilevato alcun problema. Il dottore attribuisce la causa dei disturbi ad un fattore psicologico, ma non consiglia alcun consulto. Con i farmaci Angelo inizia a migliorare, finché durante l'estate 2007 non si ripresentano i problemi allo stomaco accompagnati inizialmente da pensieri catastrofici circa la propria morte e la perdita di lavoro. A seguito di questo malessere, l'utente afferma di aver sviluppato un tono dell'umore depresso: fatica a dormire a causa dei pensieri ricorrenti, per cui riposa al massimo 3-4 ore per notte, si sente stanco, profondamente triste, perde 3 Kg in 10 giorni (il signore è normopeso), mostra mancanza di appetito. Il paziente dichiara di essere riuscito a superare questa fase, sforzandosi di "non lasciarsi andare a pensieri tristi" (parole testuali). Compaiono, quindi, attacchi di panico sempre più intensi ed un senso di ansia diffuso. Angelo afferma di non aver avuto problemi simili precedentemente, neanche quando ha passato un periodo difficile dal punto di vista lavorativo, poco dopo il matrimonio.

In seguito all'intensificarsi dei sintomi ansiosi, l'utente decide di chiedere di aiuto.

c. Le fasi della presa in carico

Schema presa in carico

N.	Data	Formato	Contenuto principale
1	12/9/07	Individuale	Accoglienza e spiegazione psicologica sintomo
2	19/9/07	Individuale	Tecniche gestione ansia
3	26/9/07	Individuale	Tecniche gestione ansia
4	1/10/07	Individuale	Tecniche gestione ansia
5	10/10/07	Individuale	Tecniche gestione ansia e preparazione allargamento
6	17/10/07	Coppia	Ripresa delle sedute individuali e valutazione delle risorse di coppia
7	7/11/07	Coppia	Approfondimento relazioni familiari attuali, specialmente con i figli, e correlazioni con il disturbo d'ansia
8	21/11/07	Coppia	Rielaborazione storia personale sulla quale si innesta il disturbo, attraverso il genogramma
9	5/12/07	Coppia	Genogramma e relazione di coppia
10	19/12/07	Individuale	Bilancio del percorso fatto in vista dell'interruzione dovuta alle festività

11	16/1/08	Coppia	Relazioni attuali familiari
12	13/2/08	Coppia	Rielaborazione del percorso effettuato per tappe principali in vista della chiusura
13	12/3/08	Coppia	Rinforzo dei cambiamenti effettuati, discussione su eventuali eventi critici futuri, chiusura
14	17/12/08	Coppia	Follow-up

i. Fase 1: colloqui individuali sul sintomo

I primi cinque colloqui si sono svolti con cadenza settimanale, con un formato individuale, al fine di rendere l'ansia più gestibile, attraverso tecniche cognitive-comportamentali (Giannantonio e Lenzi , 2010; Incerti e Scarinci 2010; Kush, 2004; Nardone, 2003; Sassaroli, 2001; Smits & al, 2004; Spagnulo, 2008), per poter poi approfondire la storia personale di Angelo e condividere delle ipotesi sullo sviluppo del disturbo.

In linea con quanto suggerito da Giannantonio e Lenzi (2010), il primo colloquio è stato dedicato all' accoglienza, anamnesi, definizione della domanda. Particolare attenzione è stata posta agli eventi che hanno portato Angelo in consultazione proprio in questo momento, considerando che la sintomatologia è presente da quasi un anno. Emerge così che dopo un'approfondita ricerca di una causa fisica, l'utente ha deciso di presentarsi in consultorio dopo un attacco di panico intenso, legato al giocare in borsa. Il paziente ha sempre investito parte dei propri guadagni in borsa, a luglio ha avuto delle perdite di poca entità, ad agosto mentre controllava il bollettino economico, nonostante non abbia avuto dei ribassi, ha avuto un attacco di panico con tachicardia, sudorazione, tremori, ansia crescente e pensieri catastrofici che l'hanno portato a smettere di investire in borsa ed a decidere di chiedere aiuto.

Ragioniamo sull'utilità che il disturbo d'ansia ha avuto in questo caso, così come previsto dal protocollo di Nardone (2003), preservandolo da eventuali rischi legati al giocare in borsa.

Segue un momento di "educazione al panico", come viene definito da Giannantonio e Lenzi (2010) : ad Angelo viene spiegato che l'ansia è uno stato di attivazione fisiologica e mentale in previsione di un pericolo futuro, è espressione del meccanismo di attacco e fuga, che ha la funzione di preservare la specie, preparando il corpo ad una reazione di

attacco o di fuga di fronte ad un pericolo. L'ansia viene connotata positivamente al fine di favorire nel paziente un primo tentativo di ristrutturazione cognitiva circa le opinioni costruite nel tempo sul proprio disturbo, così come suggerito dagli studi di matrice cognitivo-comportamentale (Kush, 2004; Sassaroli, 2001; Smits & al, 2004; Spagnulo, 2008). Il disturbo da panico, inoltre, è da me definito come ben conosciuto in letteratura e generalmente curabile, avvalendomi degli ultimi studi in merito (Giannantonio e Lenzi, 2010; Incerti e Scarinci 2010; Nardone, 2003; Spagnulo 2008).

L'incontro si è concluso con la spiegazione del tipo di percorso che si effettuerà e la prescrizione del diario di bordo. L'utente afferma di utilizzare lo xanax all'occorrenza, prescritto dal medico di libera scelta.

Angelo si presenta al secondo colloquio con un diario di bordo abbastanza ricco e particolareggiato (Allegato 3), mettendo in luce un funzionamento di controllo del sintomo basato sul controllo (Nardone, 2003). I sintomi sono più frequenti e intensi di notte. I pensieri ricorrenti poco prima degli attacchi di panico riguardano il lavoro, in particolare la paura di andare incontro ad un fallimento. L'utente, con le lacrime agli occhi, racconta che da pochi mesi il primogenito, Alessio 19 anni, ha iniziato a lavorare nell'attività di famiglia, un laboratorio artigianale che produce divani. L'attività è stata fondata da Angelo, e collaborano la sorella Domenica, 40 anni circa, il cognato, un dipendente esterno alla famiglia ed ora il figlio. Il paziente confida che preferirebbe che il figlio lavorasse "sotto padrone" in una grande azienda, per avere la certezza di uno stipendio fisso. Angelo afferma di sentire sulle spalle la responsabilità di mantenere tre famiglie. Il tema della responsabilità, che rimanda ad una storia personale centrata su questo argomento, verrà ripreso ed approfondire nella seconda parte del percorso. Il paziente ha avviato l'attività da 20 anni, in modo redditizio, non ci sono motivi concreti per cui possa prevedere un periodo di difficoltà nell'immediato futuro.

Come da protocollo (Nardone 2003), proseguo con la raccolta di informazioni sulle tentate soluzioni per far fronte all'ansia, raccogliendo dati che confermano due tipi di soluzioni messe in atto dall'utente: controllo ed evitamento.

Riprendo la spiegazione psico-pedagogica dell'attacco di panico, svelo il meccanismo alla base del diario di bordo, ovvero la scarica emotiva attraverso l'azione dello scrivere

(Nardone 2003; Spagnulo 2010) e riprescrivo il diario, come strumento di valutazione di eventuali cambiamenti della sintomatologia oltre che tecnica di gestione dell'ansia.

Chiudo l'incontro con il racconto della storia del millepiedi (Nardone, 2003).

Il terzo colloquio si apre con la raccolta degli spunti riflessivi dati dalla storia del millepiedi e la sua spiegazione. Nel corso degli incontri, questa storia diventa una metafora che interrompe subito il rimuginare continuo tipico dei disturbi ansiosi, che ha l'effetto di favorire l'insorgere di un attacco di panico (Giannantonio e Lenzi, 2010; Spagnulo, 2008).

Parte fondamentale dell'incontro è l'accompagnamento ad una ristrutturazione cognitiva dell'utente circa l'ansia ed il suo modo di manifestarsi. Si conclude con la prescrizione del rituale paradossale "mezz'ora di worst fantasy technique" (Nardone, 2003) e il diario di bordo, sempre come strumento valutativo dei cambiamenti sintomatologici.

Al quarto colloquio Angelo presenta una forte diminuzione della sintomatologia: circa dieci episodi di lieve entità e durata in una settimana, a fronte dei trenta iniziali di forte intensità e di lunga durata. Ha sospeso l'utilizzo di ansiolitici. Si passa quindi alla spiegazione del rituale paradossale, con la riduzione della prescrizione a 15 minuti. Esaminando i pensieri utilizzati per provocarsi l'attacco di panico, viene rilevato un nuovo elemento legato alle operazioni che ha dovuto eseguire da piccolo a causa della malformazione congenita da cui è affetto.

Il quinto colloquio è dedicato al rinforzo dei risultati ottenuti ed alla chiusura della prima tranche di lavoro. Angelo ha avuto un solo episodio ansioso, ha ripreso le attività del tempo libero, precedentemente sospese per paura di avere un attacco di panico, ha spontaneamente ridotto la prescrizione paradossale a 5 minuti perché non riesce più a provocarsi un attacco di panico. Afferma che pensare alle sue paure, le fa apparire molto meno spaventose. Individuiamo nella moglie la figura di attaccamento attuale, concordiamo la sua convocazione come testimone anticipando brevemente i temi di cui parleremo. Prescrivo la worst fantasy technique all'occorrenza e una ricaduta di lieve entità (Nardone 2003), che in realtà non si avvererà. Da questo colloquio in avanti, non si verificano più attacchi di panico.

Applicando questo protocollo ho notato spesso che alla prescrizione della worst fantasy technique, consegue una notevole riduzione dei sintomi, che sembrerebbe magica o quanto meno dovuta ad una sorta di suggestione. Riprendendo quanto scritto da Giannantonio e Lenzi (2010), gli interventi sul sintomo non sono mai puramente sintomatici. Gli autori affermano che *“migliorare la capacità di gestire l’ansia, diventare più padroni del proprio corpo, aumentare la capacità di autonomia, permettono di incrementare l’autostima e l’autoefficacia, riducendo la sensazione di fragilità del sé. Tutto ciò, ovviamente, ha degli effetti positivi a livello relazionale.”*

A mio parere la tecnica di prescrizione della mezz’ora, in quanto esposizione immaginativa, permette di passare in mezzo alle proprie paure, fino a quel momento generalmente evitate, toccando con mano la propria capacità di superarle e ritrovando risorse considerate ormai perse. L’efficacia del metodo ideato da Nardone (2003) e dagli studi ad orientamento cognitivo-comportamentale (Addis e al, 2006; Blanco e al, 2006; Giannantonio e Lenzi, 2010; Huppert; 2006; Kush, 2004; Sassaroli, 2001; Smits & al, 2004; Spagnulo, 2008) è legata proprio a questo.

Gli stessi autori, però, ricordano che l’assenza di panico non esclude la presenza di disfunzioni nel modo in cui la persona organizza il proprio mondo interno, le relazioni con gli altri e le dimensioni fondanti la personalità (Giannantonio e Lenzi, 2010). Viene così spiegato il motivo per cui a questo punto proseguo con un intervento che, in linea con il pensiero e le modalità della nostra scuola di pensiero (Selvini, 2003; Sorrentino e Selvini, 2010), vada a rielaborare la propria storia personale, a partire dallo stile di attaccamento, attraverso la storia trigenitoriale, fino a giungere alle relazioni attuali.

ii. Fase 2: l’intervento terapeutico

Dal sesto colloquio, il formato diviene prevalentemente di coppia. La sintomatologia di Angelo è notevolmente migliorata, permettendoci di approfondire la propria storia personale. La scelta di procedere convocando la moglie è dettata principalmente dalla lettura del lavoro di Selvini (2002) prima e di Linares e Campo (2000) poi. Gli autori spiegano molto bene come, con alcune patologie, allargare le convocazioni ai partner sia una strategia terapeutica utile, considerando che qualunque questione che riguardi il paziente, anche quelle lavorative, sono in un modo o nell’altro condivise dal coniuge. Il

criterio di quest'ultimo ha sempre molto peso. Meglio allora prendersi uno spazio per considerarlo e vedere se e come può essere utilizzato nel percorso piuttosto che sottovalutarlo.

Diversi studi (Aquilar e Del Castello, 2006; Caviglia e coll., 2001; Ugazio, 2006; Vitiello, 2006), inoltre, condividendo l'assunto per cui la coppia è un sistema dotato di una propria organizzazione, hanno messo in evidenza come i sintomi fobici siano parte integrante della costruzione del puzzle coniugale.

Una volta invitata la moglie del paziente, infatti, appare evidente come teoria e pratica si incontrino, a volte, a meraviglia. Cristina è una donna di 44 anni, allegra, schietta, che parla volentieri il dialetto brianzolo. Afferma subito di soffrire anche lei di attacchi di panico da 14 anni, ma solo quando viaggia. Aggiunge però che non lo sente come un problema, in quanto riesce a gestirli bene e non la limitano negli spostamenti. Approfondendo, da' l'idea di sentire un senso di agitazione blando in vista di lunghi viaggi in autostrada. Una delle prime sue affermazioni sul marito è stata: "mi sono accorta subito che qualcosa non andava...già un anno fa...sa come? Perché di notte ha iniziato a russare in modo strano...tipo...così (fa il verso)...quando russa così il giorno dopo è nervoso". Spiega che Angelo è cambiato molto nell'ultimo anno, è cupo e pensieroso, mentre prima viene descritto come una persona che "mandava giù i problemi" senza dividerli. Cristina afferma che si aspettava un crollo. Aggiunge anche che da quando ha iniziato il percorso lo vede molto più sereno, anche se non è ancora completamente se stesso. Mi colpiscono subito due dati. La moglie trova che con la comparsa della sintomatologia il loro rapporto sia migliorato, perché Angelo si lascia consolare e condivide con lei i pensieri che lo affliggono, nonostante ci sia stato un allontanamento dal punto di vista sessuale, a causa di difficoltà erettile. Coerentemente con quanto riscontrato nella letteratura, (Caviglia e coll., 2001; Vitiello, 2006), l'organizzazione della coppia sembra essere strutturata con Angelo in una posizione storicamente "one-up", assunta attraverso comportamenti di isolamento, chiusura e presa di decisioni come responsabilità individuali senza alcuna condivisione con il coniuge. Tali comportamenti risultano sottilmente svalutanti nei confronti della moglie, delegata esclusivamente a fare la mamma casalinga. L'esplosione dei sintomi riduce la tendenza a far da sé del marito, facendo nascere un bisogno di protezione, di vicinanza, ma al posto della delega, che negli studi presenti in letteratura (Vitiello, 2006) viene considerata fittizia in quanto non promuove realmente l'altro partner in una posizione

“one-up” perché è legata esclusivamente all'impossibilità da parte del coniuge sintomatologico a svolgere le solite funzioni, Angelo e Cristina mettono in campo una più funzionale condivisione di decisioni e responsabilità.

Il secondo dato interessante è il cambiamento di tono dell'umore del paziente in seduta. Come già evidenziato da diversi autori (Canevaro e Selvini; 2008; Cirillo, 2006), l'uso di formati differenti ci permette di mettere in luce aspetti diversi della personalità dei pazienti. Con Cristina, infatti, Angelo si propone più ottimista e il clima dell'incontro diviene meno pesante, più frizzante. Tant'è che nella preparazione dell'incontro successivo mi segno di valutare se la moglie abbia l'effetto di un antidepressivo per il marito o se il suo modo di alleggerire i toni emotivi inibisca l'espressione di emozioni negative. L'ipotesi dell'inibizione decade abbastanza in fretta, perché negli incontri successivi, quando il paziente porta dei vissuti dolorosi relativi alla propria infanzia, la moglie ascolta ed accoglie in modo empatico.

Parlando dell'origine della loro coppia, avvenuta 25 anni fa in un contesto oratoriale, i coniugi riportano una certa difficoltà dei genitori della moglie ad accettare il futuro genero, sia per la malformazione sia per stereotipi legati alla Regione di provenienza (Angelo è nato in Puglia). Cristina racconta di aver affrontato i suoi genitori apertamente esprimendo i propri sentimenti per Angelo.

E' stato Angelo a far capitolare Cristina dopo un breve, ma intenso - aggiunge lei - corteggiamento. Hanno fin da subito condiviso il valore di una famiglia, perciò sono arrivati spontaneamente al matrimonio ed alla nascita dei due figli, Alessio, 19 anni, e Massimo, 15 anni.

Cristina è primogenita ed ha una sorella minore di 4 anni, sposata e con due figli, un maschio di 13 anni ed una femmina di 11. I genitori sono entrambi vivi ed hanno un buon rapporto con loro (Allegato 1).

L'organizzazione familiare di Angelo viene raccolta somministrando il genogramma (Allegato 2). Dopo la consegna, che ha seguito le indicazioni del metodo riportato da Sorrentino (2008), l'utente sembra agitato. Inizia a disegnare la sua famiglia partendo da suo padre, Giuseppe, 81 anni, analfabeta, operaio ora in pensione, e sua madre, Fortunata, 78 anni, seconda elementare, che faceva dei lavori sartoriali in casa. I tratti sono incerti ed insicuri, a conferma della forte carica emotiva con cui Angelo affronta il

compito. Dallo scritto emerge una famiglia numerosa e colpita da eventi tragici. Il paziente afferma di avere sei fratelli: Letizia, 54 anni, spostata con un cugino di primo grado ha avuto 4 figli, ora tra i 20 e i 26 anni, esce di casa a 18 anni per non pesare sull'economia domestica; Domenico, morto di tumore a 6 anni, descritto come un "santo" e di cui Angelo sente di aver preso il posto; Nicola, nato morto prima della nascita di Angelo, che è il quartogenito; Domenica, 46 anni, sposata, ha un figlio di 17 anni (è la sorella che lavora con lui); Fiorella, 41 anni, sposata, ha un figlio di 15 anni e Vittorio, 40 anni, celibe, vive da solo vicino ai fratelli. Dopo la nascita di Nicola e prima dell'arrivo di Angelo, la madre ha un aborto spontaneo.

Parlando della propria infanzia, l'utente si descrive come un "selvaggio", in quanto molto vivace che combinava guai. Incorreva spesso nelle ire materne per le continue marachelle, solo una volta le ha prese dal padre, quando aveva rubato del pane al forno a 5 anni. Angelo passa i primi sei anni della sua vita in Puglia, ma dice di non ricordare nulla di questi anni, ha dei ricordi solo grazie ai racconti delle altre persone.

Si domanda qual'era il suo ruolo nella famiglia d'origine. Si rileva una precoce iperresponsabilizzazione del paziente, che spiega di essere stato trattato come il fratello maggiore, in quanto primo figlio maschio dopo la morte di Domenico. I genitori gli chiedevano di controllare i fratelli più piccoli, puliva la casa, faceva da mangiare, dava una mano in casa insieme alla sorella. Da giovane adulto, si è sempre occupato lui delle "cose di casa", come, ad esempio, la gestione delle bollette, piccoli lavoretti, etc.. Nonostante ciò, ricorda di aver avuto paura di non riuscire a mandare avanti la sua nuova famiglia, una volta sposato.

Non ricorda nulla di Domenico. E' il padre che gli racconta come, quando giocavano alla lotta, Domenico lo lasciasse sempre vincere. Quando in famiglia ne parlano, i genitori piangono. Anche Angelo piange, parlando di quanto Domenico venga da tutti ricordato come un bambino speciale, un "santo", e di come senta di aver dovuto prendere il suo posto (nel genogramma usa un solo simbolo per rappresentare il fratello e se stesso). Riflettiamo sul modo in cui i genitori gli hanno affidato il ruolo di riparatore del lutto del fratello che ha portato il paziente a non sentirsi riconosciuto per quello che è ed a non potere mostrare la sua parte fragile. In seduta, abbiamo ragionato sul peso del "mandato di santità" che ha ereditato. Angelo lo ricollega al suo essere sempre stato il difensore

degli amici più deboli a scuola. Ancora adesso dice di intervenire di fronte a situazioni di prepotenza verso i deboli. Cristina si dà invece ragione della difficoltà del marito a condividere con lei le proprie esperienze.

Questa parte del racconto mi permette di mettere in luce la difficoltà di Angelo ad affidarsi agli altri. Si è auto legittimato a chiedere aiuto solo con la comparsa del disturbo d'ansia.

Una delle restituzioni, che considero importanti nel percorso, è avvenuta proprio in questo colloquio (ottavo incontro), ed è finalizzata a capire meglio la difficoltà, più volte riportata dal paziente, a trattenere le lacrime in seduta: Angelo tiene a bada un pianto che deriva dalla sofferenza passata e che non "ha mai potuto piangere". Fin dalla morte di Domenico, Angelo ha sentito che doveva trattenere le sue lacrime, perché i genitori, colpiti dal lutto del figlio, non avrebbero retto il suo dolore. Il pianto che deve piangere Angelo è un pianto di tristezza. E' la sua occasione di medicare le proprie ferite. Sottolineo anche come ora non sia costretto ad affrontare tutto questo da solo, può contare sul sostegno di una moglie che non vede l'ora di poter gli essere vicina.

A questo punto del percorso non riesco ad accedere ad episodi che permettano di descrivere la fragilità dell'utente anche in relazione alla sua malformazione. Angelo è affetto da focomelia, una grave malformazione congenita dello scheletro caratterizzata da mancato sviluppo del segmento prossimale del braccio destro, per cui la mano sembra inserita nella spalla. Tutte le volte che provo ad accedere alla sofferenza legata al suo deficit, Angelo si difende dicendo che per lui non è mai stato un problema, anche se lo prendevano in giro.

La coppia torna all'incontro successivo raccontando che Angelo è rimasto scosso per un paio di giorni, per poi, una sera in camera, abbandonarsi ad un pianto definito da loro liberatorio. La moglie è riuscita a stargli vicina, anche fisicamente abbracciandolo. Nei giorni successivi hanno parlato molto dei ricordi di Angelo, confrontandosi anche con la sorella maggiore, Letizia, in occasione di una cena. Frequentemente, infatti, la famiglia d'origine dell'utente si riunisce a casa del fratello per ritrovarsi. In queste occasioni, generalmente, il paziente assume il ruolo di mediatore tra il nipote di 17 anni, con problemi di rendimento scolastico, e i suoi genitori. Tutta la famiglia d'origine di quest'uomo, pensa a lui come ad un capofamiglia saggio a cui far riferimento. Con stupore, quindi, hanno accolto la richiesta di Angelo di avere dei chiarimenti su alcuni episodi della sua infanzia.

Una volta che abbiamo trattato in seduta i temi legati alla propria infanzia, gli incontri vertono principalmente sulla relazione di coppia, come richiesta nata spontaneamente dai coniugi. In particolare, Cristina afferma che adesso che il marito si sente meglio, c'è meno dialogo, per la precisione dice: "mi risponde a grugniti". La moglie, ripercorrendo il passato insieme, svela di essere stata gelosa delle persone esterne alla famiglia a cui Angelo corre in soccorso, vorrebbe che il marito avesse più di tempo da dedicare a lei sola: "Tutti prendono un pezzo del mio Angelo". Il marito si dichiara sorpreso dalle affermazioni della moglie. Mette in luce problemi di assertività. Dichiara di non essere in grado di negare un aiuto quando gli viene richiesto, indifferentemente dal fatto che lui voglia o meno prestare aiuto. Si riflette su come Angelo proponga il proprio ruolo, che abbiamo soprannominato "santo-salvatore", anche nelle relazioni paritarie attuali, con amici e conoscenti. Ciò che interrompe questo meccanismo, sembra essere legato alla possibilità di mettersi empaticamente nei panni della moglie e sentire il senso di impotenza che lei prova quando lui le nega la possibilità di sostenerlo, unitamente alla sensazione di disvalore che ne deriva quando i bisogni di conoscenti ed amici sono prioritari rispetto a quelli della moglie.

Strettamente legato all'essere marito, viene messo in luce anche il ruolo paterno.

A detta di entrambi, il legame padre-figli è buono, ma Cristina evidenzia subito come Angelo sia un "papà chioccia". Il paziente immagina la famiglia come "blocco unico" (parole testuali). L'unità familiare, nel senso di indissolubilità ed invischiamento, sembra essere un valore del marito, peraltro non totalmente condiviso dalla moglie, maggiormente capace di promuovere positivamente l'autonomia dei figli. Angelo fantastica già di ristrutturare la propria casa in modo tale vivere insieme con i due figli, le future nuore ed eventuali nipotini. Su un'analogia difficoltà a gestire la separazione, aveva proposto alla allora neo-sposa, di andare a convivere con i propri genitori e ha pianto in viaggio di nozze all'idea di aver lasciato la casa paterna.

Si sottolinea come lo sviluppo dei figli e l'acquisizione di una maggiore autonomia creano nel padre ansia e preoccupazione. Si scopre così che il primo attacco di panico di Angelo è coinciso temporalmente con le prime vacanze senza Alessio, in viaggio con gli amici. Il paziente afferma di sentirsi più sicuro quando la famiglia è interamente riunita. Inaspettatamente, questa sensazione di insicurezza/abbandono rimanda l'utente alla propria malformazione. Angelo afferma che quando la coppia era in attesa del

primogenito, la sua maggiore preoccupazione, mai espressa alla moglie, fosse che Alessio potesse ereditare la sua malformazione. L'utente considera la propria famiglia una prova tangibile che nella vita è riuscito, nonostante la sua malformazione: una prova da esibire agli altri. Il fatto che i figli non abbiano ereditato il suo deficit è la dimostrazione, rivolta specialmente ai genitori della moglie, che ce l'ha fatta. Potendo contare sulla mia esperienza di lavoro in un'associazione di famiglie con bambini con acondroplasia (forma di nanismo dismorfico), porto la coppia a riflettere su come le persone con malformazioni si trovano ogni giorno a lottare per dimostrare agli altri di avere le loro stesse capacità. Crescendo e distaccandosi dalla sua famiglia, è come se Angelo sentisse che Alessio sta portando via una parte di sé, della propria identità di persona riuscita. Angelo afferma che se gli altri lo guardano con compassione gli fa piacere perché significa che capiscono il suo disagio; si irrita molto, invece, quando fissano il suo braccio, perché si sente giudicato e reagisce in toni di sfida. Quando è in giro con la propria famiglia, crede invece che gli altri siano più interessati al constatare che ha creato una bella famiglia piuttosto che concentrarsi sul suo braccio.

Questa sembra essere l'ultima tessera del puzzle che dà ragione della sintomatologia presentata da Angelo: la storia familiare, l'ordine di genitura, le difficoltà legate all'infanzia ed alla propria malformazione, hanno predisposto il terreno al disturbo di panico generando un profondo senso di fragilità, sempre negato, ed uno stile difensivo di coping repressivo nei confronti delle emozioni, identificati da Giannantonio e Lenzi (2010) come concause nello sviluppo degli attacchi di panico. La sensazione di perdita di controllo dovuta sia all'acquisizione di una maggiore autonomia dei figli, che rimanda ad una futura uscita di casa, sia alla perdita dell'investimento economico, sembra essere stata la causa scatenante.

A questo punto, segue un incontro individuale con Angelo in vista dell'interruzione dovuta alle vacanze natalizie. Il paziente riferisce episodi a conferma delle ipotesi presentate, specialmente ricordi in cui ricorre il proprio senso di inadeguatezza dovuto all'essere affetto da una malformazione congenita. Afferma di sentirsi meglio e maggiormente capace di essere assertivo, anche se sente ancora di doverlo fare per tutelare la relazione con Cristina e solo parzialmente per un bisogno proprio. Racconta di aver ripreso i rapporti sessuali, scoprendo una nuova sessualità con la moglie, in quanto entrambi si sono sentiti in grado di esprimere più liberamente i propri desideri.

Il percorso prosegue con due incontri in cui c'è una ripresa dei temi emersi, insieme ad una riflessione sulla vita di coppia e sui ruoli genitoriali ed un incontro conclusivo, sempre in formato di coppia, per fare un bilancio dei risultati ottenuti e condividere alcune considerazioni su possibili rischi di ricaduta futuri, legati principalmente alle tappe di individuazione dei figli.

A distanza di 9 mesi, viene effettuato un colloquio di follow-up, che viene videoregistrato in vista del presente lavoro di tesi.

d. Ipotesi diagnostiche

I lutti presenti nella storia familiare immediatamente precedenti la nascita di Angelo, rimandano, secondo la letteratura relativa agli stili di attaccamento (Attili, 2007), al rischio di un attaccamento disorganizzato. Rileggendo il lavoro di Selvini (2010) relativo alle strategie di riorganizzazione a fronte di una disorganizzazione, ho trovato ragione della sensazione che il paziente abbia messo in campo una modalità protettiva. Angelo è divenuto abbastanza precocemente genitore dei propri genitori, prendendosi cura di loro. Questo ha portato alla strutturazione di una personalità di tipo parentificato. L'utente vive in funzione dei bisogni altrui, fatica a riconoscere e ad esprimere i propri, ha problemi di assertività, non riesce a centrarsi su di sé. Una delle frasi dei primi colloqui che ricordo meglio è quella in cui mi ha spiegato che avrebbe sempre voluto fare lo psicologo. Anche le mie risonanze emotive durante il percorso sono in linea con l'ipotesi diagnostica. Angelo si è da subito adattato alle richieste, a volte particolari (vedi prescrizione paradossale della mezz'ora), senza fare grandi obiezioni. Si è affidato, mantenendo però sempre una "distanza cortese". Solo con il proseguire degli incontri si è legittimato a portare le sue parti più fragili.

La morte del fratello Domenico ha imprigionato Angelo in un confronto da cui ne è sempre, inevitabilmente, uscito perdente. I genitori e la famiglia allargata hanno reagito al lutto del figlio idealizzandone le caratteristiche positive, arrivando così a costruire un mito di santità, con cui è impossibile reggere il confronto.

A mio avviso, questo processo, insieme alle difficoltà emotive e concrete legate alla malformazione congenita, ha creato una frattura nella propria identità iper-adattata generando quella sensazione di fragilità che Giannantonio e Lenzi (2010) riscontrano nel

disturbo da attacchi di panico.

Il tono depresso dell'umore, che il paziente ha mostrato durante il percorso, non è tale da pensare ad una diagnosi di depressione maggiore sul I Asse, rimanda però ad una distimia così come definita da Linares e Campo (2000), che potrebbe trarre origine dall'impossibilità di toccare con mano la sofferenza legata alla propria storia personale.

E' più faticoso pensare ad ipotesi diagnostiche per Cristina, considerando che i dati raccolti sulla propria storia sono pochi, visto che è stata chiamata in campo nel ruolo di co-terapeuta del marito. Partendo però dal mio controtransfert in seduta (fondamentalmente gradevole), dalla constatazione della scelta di un uomo con una malformazione congenita come marito, unitamente alla capacità di essere una sua buona rianimatrice, nonché una madre capace di contenimento e guida, credo di poter ipotizzare anche nel suo caso una strutturazione di tipo parentificato. Non ho dati sufficienti per ipotizzare il meccanismo che alimenta il senso d'ansia generalizzato che riporta in occasione dei viaggi in macchina.

Entrambi i coniugi possono contare su delle buone risorse personali ed un "funzionamento globale" di tipo nevrotico. La stessa organizzazione di coppia, nonostante veda Angelo, prima del sintomo, in una posizione "one-up", non sembra essere così statica ed immutabile.

e. Risonanze personali

Al primo incontro le mie risonanze emotive sono gradevoli. Angelo lascia trasparire una richiesta genuina di aiuto, contattando in me la sensazione di accogliere e contenere i suoi bisogni.

I successivi tre incontri, invece, hanno avuto momenti pesanti e noiosi. Angelo scivolava, a volte, in una descrizione minuziosa e dettagliata di ogni suo sintomo, accompagnandola da un pensiero pessimista che evocava in me un senso di impotenza. A seguito della prescrizione paradossale della mezz'ora, il clima degli incontri è migliorato. Ciò che ha dato una svolta al percorso, in questo senso, è stata la convocazione di Cristina, sia per le sue caratteristiche personali, sia per la reazione del marito. L'impotenza percepita ha lasciato il posto alla curiosità ed alla compassione per la vicenda personale di Angelo. Ci sono stati degli incontri emotivamente intensi e coinvolgenti, che coincidevano

generalmente con il racconto di eventi passati, alternati ad alcuni più leggeri, quando si stava nel qui ed ora.

Non c'è mai stata una condivisione dei miei vissuti emotivi, sia per la poca esperienza, in quel periodo, a gestire questo tema, sia per la velocità del percorso, che mi ha fatto considerare più utile approfondire i temi legati alla vicenda personale di Angelo e Cristina.

Conclusioni e follow-up

L'esito del percorso qui descritto è stato di notevole effetto: la sintomatologia non si è più ripresentata, il sostegno farmacologico è stato sospeso già in quarta seduta e non si è presentata più la necessità di riprenderlo. Sicuramente Angelo e Cristina hanno messo in campo delle notevoli risorse personali.

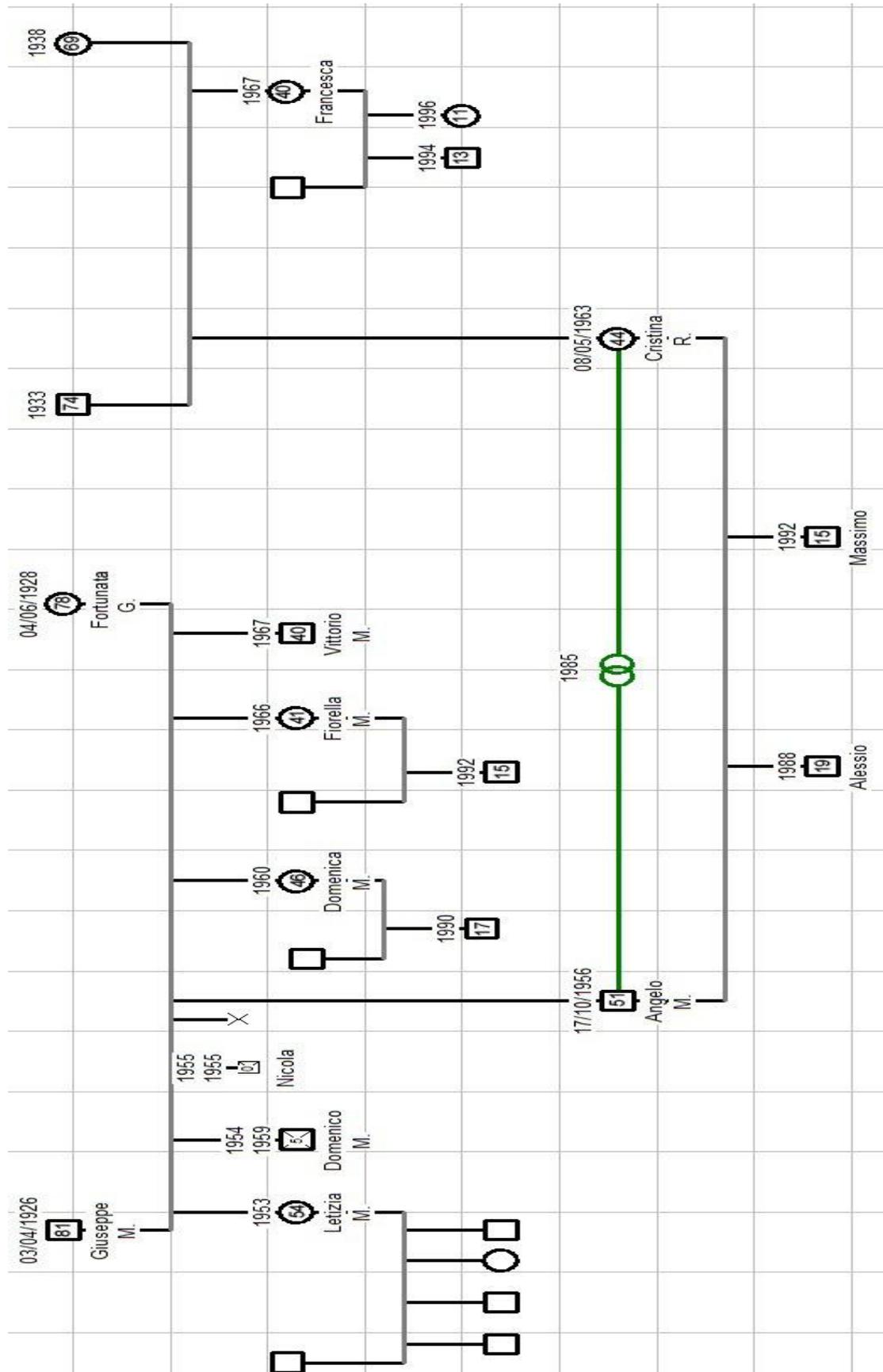
Quando la coppia si presenta al follow-up, 9 mesi dopo la seduta conclusiva, si dichiara contenta e soddisfatta dei risultati raggiunti, che con il tempo sono stati mantenuti e rinforzati. Angelo afferma di essere maggiormente in grado di affidarsi alla moglie, che conferma soddisfatta. Questo ha permesso anche di condividere maggiormente le difficoltà legate alla gestione dell'acquisizione di autonomia dei figli. Del percorso effettuato, Cristina è rimasta maggiormente colpita dal genogramma fatto dal marito, che le ha permesso di vedere in lui un bambino ferito, a differenza di Angelo che si focalizza sulle strategie che hanno cambiato il modo di gestire l'ansia.

Ad Aprile 2010, Angelo, venuto a conoscenza della nascita di mio figlio dal cognato e dalla sorella, che aveva inviato al servizio per i problemi relazionali con il nipote, si presenta in consultorio per consegnarmi una coperta fatta dalla moglie. In quell'occasione abbiamo avuto un breve colloquio, in cui ho avuto ulteriore conferma che l'equilibrio riconquistato è stato mantenuto.

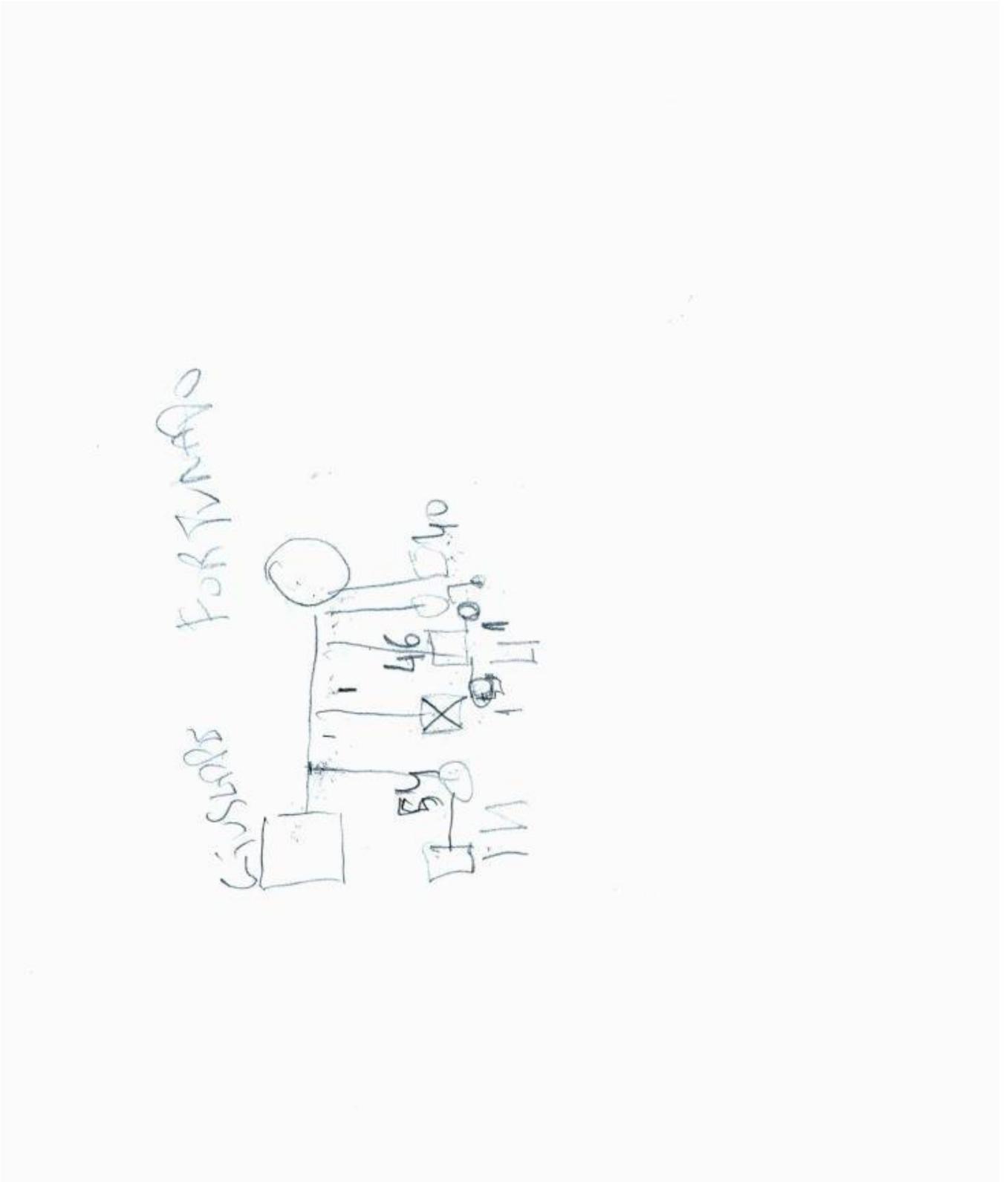
Ripercorrendo il percorso effettuato con Angelo e Cristina, che risale appunto a 3 anni fa, mi rendo conto che avrei potuto approfondire alcune aree, quali la sessualità di coppia e la genitorialità. Avrei potuto acquisire maggiori informazioni sull'intimità nel formato di coppia, mentre mi sono accontentata di quanto riportato dall'utente nell'incontro individuale prima delle vacanze invernali. Sulla genitorialità, o meglio, sull'immagine di Angelo come padre, avrei potuto convocare almeno una volta i figli, che avrebbero beneficiato dell'opportunità e sarebbero stati buoni testimoni della vita in casa. Avrei anche potuto ritagliare uno spazio maggiore per Cristina, raccogliendo dati più completi sulla propria storia personale.

Ritengo che il fatto che la richiesta della coppia non riguardasse esplicitamente queste tematiche, unitamente alla pressione del servizio di non superare il "pacchetto 5+8" se non in casi di estrema necessità, abbia portato alla chiusura del percorso in una fase forse ancora di consultazione. Posso comunque dirmi soddisfatta del lavoro svolto e dei risultati ottenuti.

Allegato1 - Genogramma prodotto con genopro



Allegato 2 - Genogramma compilato da Angelo



DIARIO DI BORDO

DATA	ORA	LUOGO	SITUAZIONE	PENSIERI	S. M. T. O. U. I.	DIURETICA
26	14,10	CASA	RIPOSANDO	NULLA	ANSIA	20 NIN.
27	15,30	LAVORO	PARLANDO LAVORO	LAVORO	=	30 NIN.
27	15,40	"	PARLANDO CON AMICO	=	=	10 NIN.
27	20,30	CASA	TELE	=	=	5 NIN.
27	21,20	SUOCERA	PARLANDO	=	=	10 NIN.
28	14,05	CASA	SU DIVANO	=	=	10 NIN.
28	8,20	"	SPRECCHIANDO	=	=	10 NIN.
28	23,20	BAR	COMPAGNIA	=	=	30 NIN.
30	10,00	CASA	FACENDO LA BARBA	FINITO LA	PICCOLA ANSIA	30 NIN.
30	14,30	CASA	PARLANDO CON AMICI	TEZZORA	PENSIERO	
30	21,58	CASA	TELEVISIONE	NULLA	ANSIA PICCOLA	10 NIN.
				NULLA	ANSIA TACHICARICA	2 NIN.

APPENDICE 1 - Studio esplorativo

Consapevole che i dati raccolti non sono sufficienti per avere una valutazione statisticamente valida dell'efficacia del protocollo presentato, riporto un breve report dei casi seguiti dal 2007 ad oggi.

Ho applicato il protocollo ad 11 percorsi effettuati tutti in consultorio.

Il campione è rappresentabile secondo lo schema che segue.

Genere		
	Maschi	3
	Femmine	9
Età media		37,6
Range d'età		17-65
Sintomatologia		
	Attacchi di panico	4
	Ansia generalizzata	6
	Agorafobia	1

L' applicazione dell'intero protocollo nel formato 5+8, è stato possibile in 7 casi. Ho avuto una sola interruzione per drop-out al secondo colloquio e due percorsi conclusi dopo il quinto incontro: uno per invio al CPS territoriale - la riduzione dei sintomi ha messo in luce un'organizzazione francamente psicotica - uno per proseguire con la collega che aveva inviato a me la signora con lo scopo di avere il campo libero dal sintomo per poter continuare in modo più proficuo la consultazione. Un solo caso è tutt'ora in corso di

trattamento.

In 2 casi è stato necessario rinnovare un ciclo di altri 8 incontri.

Come si può vedere nel grafico sottostante, si è verificata una considerevole diminuzione della sintomatologia intorno al quarto colloquio, in coincidenza con la prescrizione della worst fantasy technique. Due utenti hanno avuto una riduzione del sintomo già in terza seduta: in entrambi i casi la prescrizione paradossale era stata anticipata di un colloquio. Altri due pazienti hanno “aspettato” il quinto colloquio. Parlo di diminuzione e non di scomparsa del sintomo, perché nella maggioranza dei casi hanno avuto episodi sporadici e brevi di inizio di attacchi di panico, sempre in seguito alla prescrizione della ricaduta.

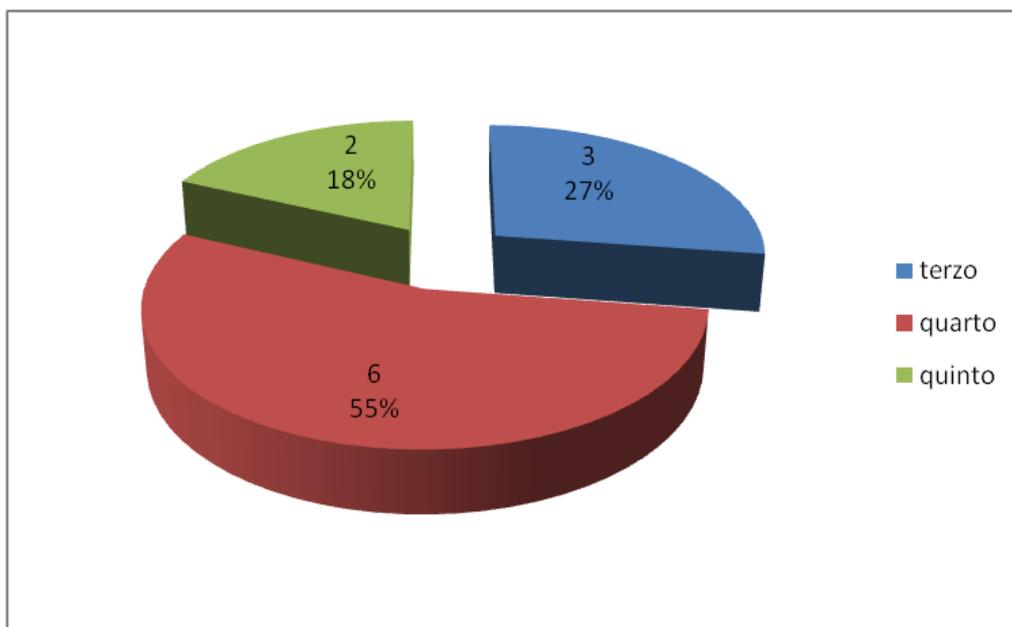


Grafico 1 - Numero colloquio in cui si è verificata una riduzione della sintomatologia

Per quanto riguarda gli allargamenti, i tre utenti che non hanno portato a termine il percorso non hanno ovviamente usufruito della possibilità di coinvolgere nella consultazione i familiari per loro significativi. Negli altri casi sono stati convocati i coniugi o la famiglia d'origine a seconda dell'individuazione della figura d'attaccamento attuale. Le tre situazioni in cui è stata invitata la famiglia d'origine, riguardavano tre ragazzi di 17, 20 e

23 anni: per due di loro sono stati convocati i genitori, un solo caso ha visto partecipare anche la sorella di due anni minore.

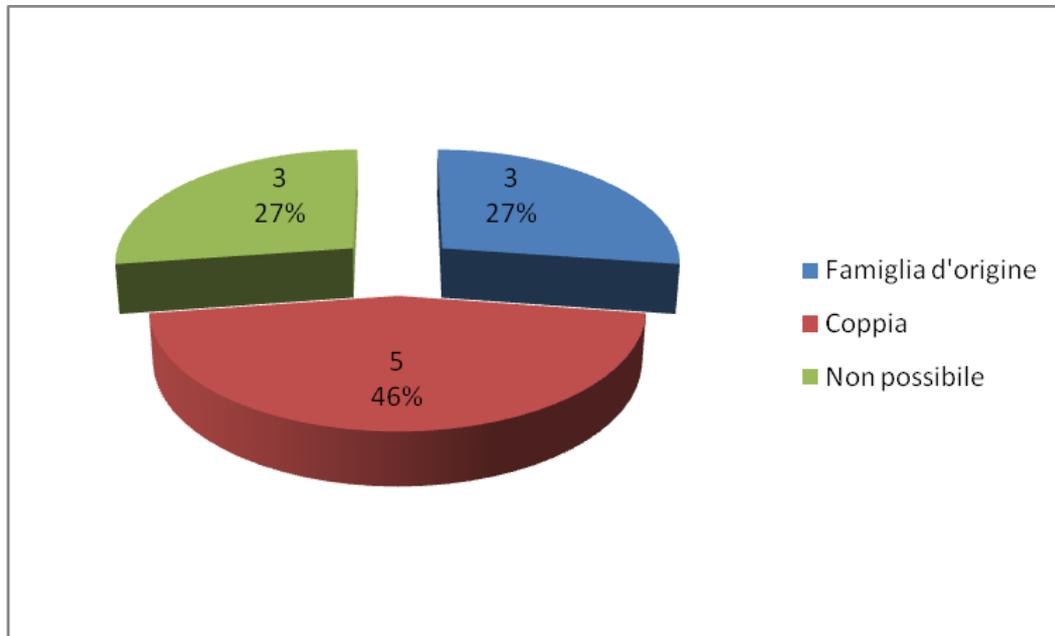


Grafico 2 - Formato degli allargamenti effettuati

Relativamente agli stili di attaccamento, ho riscontrato due matrici d'attaccamento: ansioso-ambivalente ed evitante. Gli utenti con attaccamento evitante sembravano indossare una maschera da "duri", mostrandosi efficienti e responsabilizzati. Non erano in grado di riconoscere i propri bisogni e condividere le proprie fragilità. La presenza di attacchi di panico veri e propri è stata più frequente in questa configurazione: le persone sono andate in crisi quando il carico è diventato eccessivo e non sono più riusciti a mascherare i propri limiti.

Differentemente, nei casi in cui veniva evidenziato un attaccamento di tipo ambivalente, l'attacco di panico lasciava il posto all'ansia anticipatoria. Questi utenti, dopo un primo episodio in cui si era verificato un attacco di panico, riportavano una sensazione di continuo disagio originata dalla paura che sopraggiungesse un nuovo attacco.

Solo due situazioni mi hanno indotto ad ipotizzare una disorganizzazione dell'attaccamento a fronte della presenza di un funzionamento di tipo border. In entrambe le situazioni l'ansia veniva descritta come una sensazione pervasiva, correlata alla

percezione del pericolo di perdere il controllo del proprio mondo emotivo.

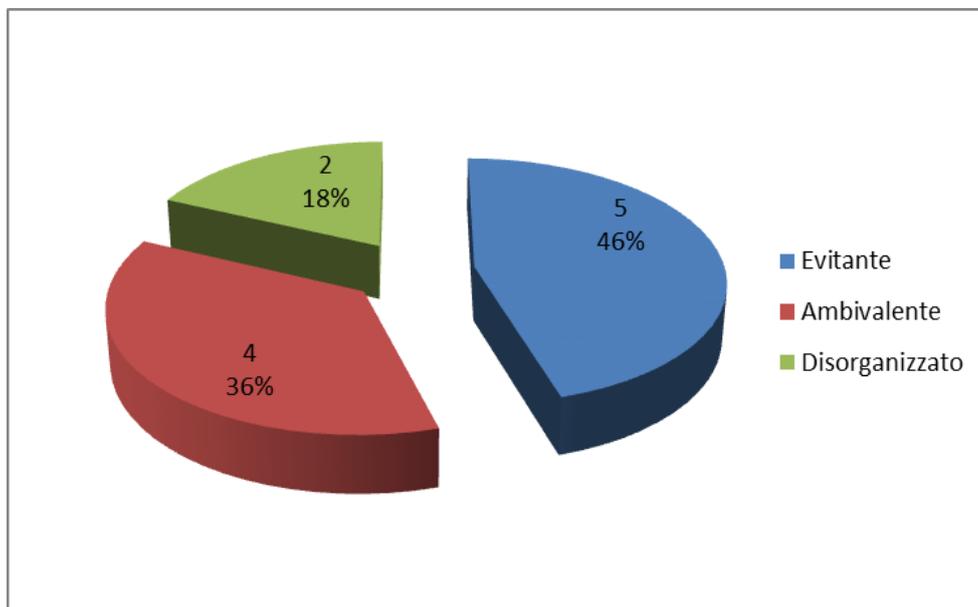


Grafico 3 – Stili di attaccamento

A seguito del percorso, è stato possibile fare un colloquio di follow-up a 7 utenti, a distanza media di 17 mesi. Solo due sono stati incontri di persona, gli altri sono stati effettuati tramite colloquio telefonico. In nessun caso si è verificata la ricomparsa del sintomi o si è presentata una nuova sintomatologia.

Una delle maggiori obiezioni mosse, generalmente dagli approcci dinamici, agli interventi sui sintomi riguarda la possibilità che, non avendo lavorato su un livello profondo per ricercare la causa della comparsa del disturbo, si verifichi uno spostamento del sintomo. A parte i risultati, anche se statisticamente inattendibili, rilevati in questa ricerca esplorativa, esistono diversi studi che provano l'efficacia a lungo termine di tali interventi (Addis e coll., 2006; Aquilar e Del Castello, 2006; Byrne e coll., 2004; Giannantonio e Lenzi, 2010; Nardone, 2003; Smits e coll., 2004). Gli stessi Giannantonio e Lenzi propongono una spiegazione chiara e, a mio parere, condivisibile del motivo per cui questo tipo di lavoro possa avere benefici duraturi quando evidenziano come sentire di poter gestire i propri sintomi e non sentirsi sopraffatti da questi, incrementa l'autostima ed il senso di autoefficacia, contemporaneamente riduce la sensazione di fragilità del Sé. Tutto ciò favorisce l'emergere di abilità relazionali più funzionali, evolute e soddisfacenti.

APPENDICE 2 - *Valentina*

Per favorire la comprensione dell'attuazione del protocollo in fasi differenti del ciclo di vita, ho ritenuto utile riportare in modo molto sintetico il caso di una giovane adulta. La particolarità della situazione è dovuta alla difficoltà riscontrata ad allargare il formato, tema su cui si centra la consulenza.

Valentina, 23 anni, studentessa universitaria iscritta a Scienze Politiche, si rivolge in Consultorio nel 2009 per un disturbo da attacchi di panico che la affligge da 2 anni.

Afferma di aver precedentemente usufruito di un percorso psicologico individuale, dai 7 ai 9 anni, per ansia da separazione dalla madre, accompagnata da tachicardia. A percorso concluso riferisce un miglioramento fino a 2 anni fa quando, durante un viaggio in macchina con amici, ha avuto un attacco di panico caratterizzato da tremori, palpitazioni, sensazione di soffocamento e paura di morire.

Al momento della consultazione, l'ansia si manifesta con maggiore frequenza la sera, quando Valentina riesamina la giornata per organizzarsi lo studio, o quando pensa di guidare.

Da due anni e mezzo ha una relazione poco soddisfacente con Luca, che ha sofferto di depressione maggiore, curata con psicofarmaci. Luca, suo coetaneo, è definito un ragazzo rigido, "pantofolaio", controllante, che non vede di buon occhio le amicizie della fidanzata.

Valentina si descrive come una ragazza vivace e curiosa, molto ordinata ed organizzata, nei rapporti di amicizia viene scelta come confidente.

E' figlia primogenita di Domenico, 56 anni, caporeparto in un'azienda tessile, e Rosy, 55 anni, ufficiale giudiziario. Ha una sorella di 21 anni, Silvia. Allego di seguito il genogramma compilato dalla ragazza (Allegato 4)

Il padre, con cui ha un rapporto di vicinanza, viene descritto come un "piangino" (parole testuali) che ha paura di vedere le figlie soffrire. Domenico è il primogenito di una famiglia di origine siciliana. Il nonno paterno è vissuto da Valentina come pignolo e colto, mentre la nonna paterna, che ha avuto un ictus poco prima della sua nascita, è una persona dolce e dedita alla famiglia. Diego, il secondogenito, si è trasferito in Germania a 18 anni, ora vive in Emilia Romagna, non è sposato, ha una figlia, spesso chiede soldi al fratello a causa di

problemi economici.

Rosy è definita spiccia ed estroversa, come la propria madre Giovanna, 85 anni. Il nonno materno, Giuseppe, è morto di infarto nel 1994. Rosy è ultimogenita, ha due sorelle maggiori - Maria, 64 anni, single, e Enza, 61 anni, sposata, con due figli di 30 e 26 anni, - e un fratello di 57 anni, Filippo, sposato, con una figlia di 27 anni. Valentina ha pochi e sporadici contatti con la famiglia d'origine della madre.

I primi colloqui di intervento sul sintomo, si sono centrati sulla ristrutturazione cognitiva (Giannantonio e Lenzi 2010; Sassaroli, 2001), la prescrizione del diario di bordo (Allegato 5) e l'utilizzo della worst fantasy technique (Nardone, 2003), con una notevole riduzione della sintomatologia già in terza seduta. Il miglioramento ha portato Valentina a voler essere più autonoma negli spostamenti ed a riprendere le guide.

Quando iniziamo ad ipotizzare chi convocare in seduta, in vista della seconda parte del lavoro, Valentina afferma di non volere l'aiuto di nessuno. Ha paura di essere di peso ai suoi genitori e Luca non è ritenuto essere un sostegno. La ragazza ha comunicato ai propri famigliari il percorso intrapreso, ma non intende coinvolgerli direttamente. Il padre viene messo fuori gioco a causa di una dichiarata eccessiva sensibilità, per quanto riguarda la madre sente che non sarebbe di aiuto. Impensabile poi convocare solo la sorella.

Valentina afferma che la madre le ha sempre rimandato il messaggio che può farcela da sola. Lo stesso messaggio è stato inviato anche alla sorella. Valentina, però, sente che deve prendersi cura di lei: assume un ruolo paragenitoriale aiutandola nello studio, controllando l'ora in cui rientra la sera, tenendo d'occhio i ragazzi che frequenta, etc... Silvia, ovviamente, non gradisce. Valentina stessa, inoltre, afferma di provare un certo fastidio nell'aiutare la sorella.

Uno dei fattori terapeutici del percorso di Valentina è stato dare un significato alla propria difficoltà ad affidarsi agli altri ed alla necessità di prendersene cura, evidenziando i tratti parentificati della sua struttura di personalità.

L'allargamento con madre, padre e sorella, tenutosi al penultimo incontro, è stato il risultato di un breve, ma intenso, lavoro individuale, che ha visto la ragazza rimettere in discussione il racconto della propria storia personale e familiare.

La seduta è stata proficua, ha permesso ai partecipanti di riconoscere l'inversione dei ruoli

dandosi ragione delle proprie sofferenze: il padre, a seguito della malattia della madre con cui aveva un legame privilegiato, ha mostrato una fragilità a cui la figlia è andata in soccorso; la madre, figlia di una famiglia relazionalmente “congelata”, vive l’autonomia delle figlie come valore senza rendersi conto della loro sofferenza; Silvia, a fronte di una madre distanziante, si è affidata alla sorella maggiore traendone inizialmente un vantaggio per arrivare poi a lamentarsi di avere una guardiana al posto di una sorella.

Altro tema fondamentale della consultazione è stato la relazione con Luca. Valentina si dichiara insoddisfatta del legame sentimentale, che non riesce però a chiudere a causa del ruolo da “crocerossina” che riveste. I diversi episodi riportati nel corso degli incontri, vede la ragazza mettere da parte i propri desideri per esaudire le richieste del ragazzo. Ad esempio: Valentina vorrebbe uscire la sera a divertirsi con gli amici, ma rimane con Luca a guardare la televisione in compagnia della madre di lui. La relazione con il ragazzo rinforza il ruolo che la ragazza ricopre nella propria famiglia d’origine.

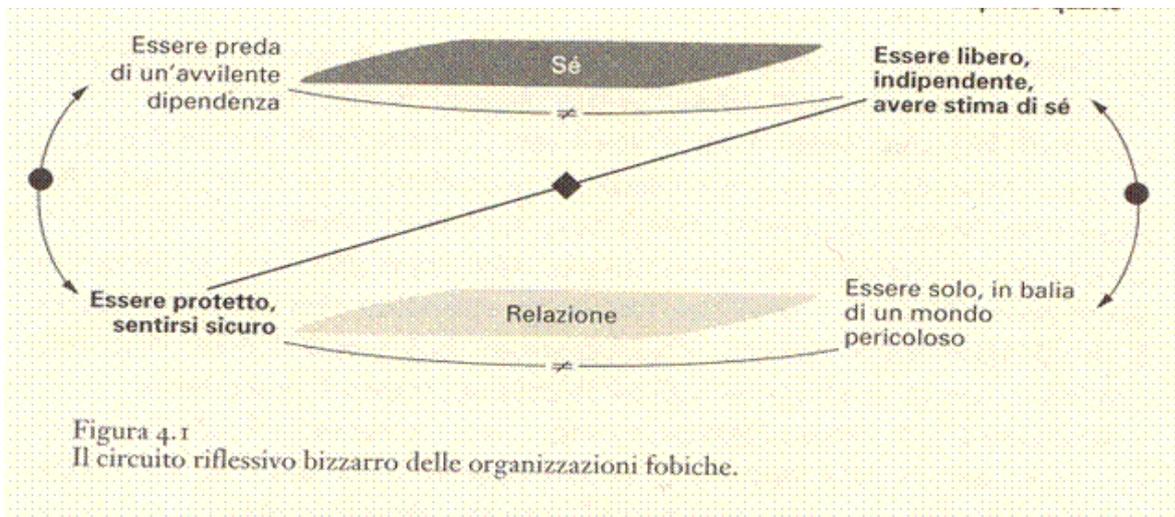
Intorno al decimo colloquio, Valentina matura la scelta, pensata e sofferta, di chiudere la relazione con Luca, perché si fa sempre più forte in lei la necessità di scoprire i propri desideri in modo più libero. Questo è un momento fondamentale della terapia, che precede di poco la convocazione dei genitori, avvenuta al dodicesimo incontro.

Gli attacchi di panico di Valentina sono stati correlati ad un eccessivo carico di responsabilità: l’inizio degli studi, gli esami che si accumulavano, l’incontro con Luca ed il soccorrerlo, unitamente all’inversione dei ruoli in famiglia, che ha portato la ragazza a poter contare solo sulle sue forze senza essere in grado di chiedere aiuto o condividere le proprie preoccupazioni, sono i fattori che hanno favorito l’insorgenza del disturbo d’ansia.

Per quanto riguarda il “gioco familiare” sembra corrispondere alla semantica fobica descritta da Ugazio (2006).

Il padre, con cui Valentina ha un legame privilegiato, viene vissuto dall’intera famiglia come un individuo bisognoso di vicinanza e protezione che ammira, però, una moglie scelta perché maggiormente autonoma. A seguito della malattia della propria madre, è ipotizzabile che Domenico abbia descritto alla figlia il mondo come un posto pericoloso, motivo per cui avrebbe scoraggiato i comportamenti esplorativi della figlia. Rosy, infatti, afferma che il marito è sempre stato molto ansioso nei confronti delle figlie: aveva paura che si ammalassero o si facessero del male. Crescendo, Valentina ha percepito

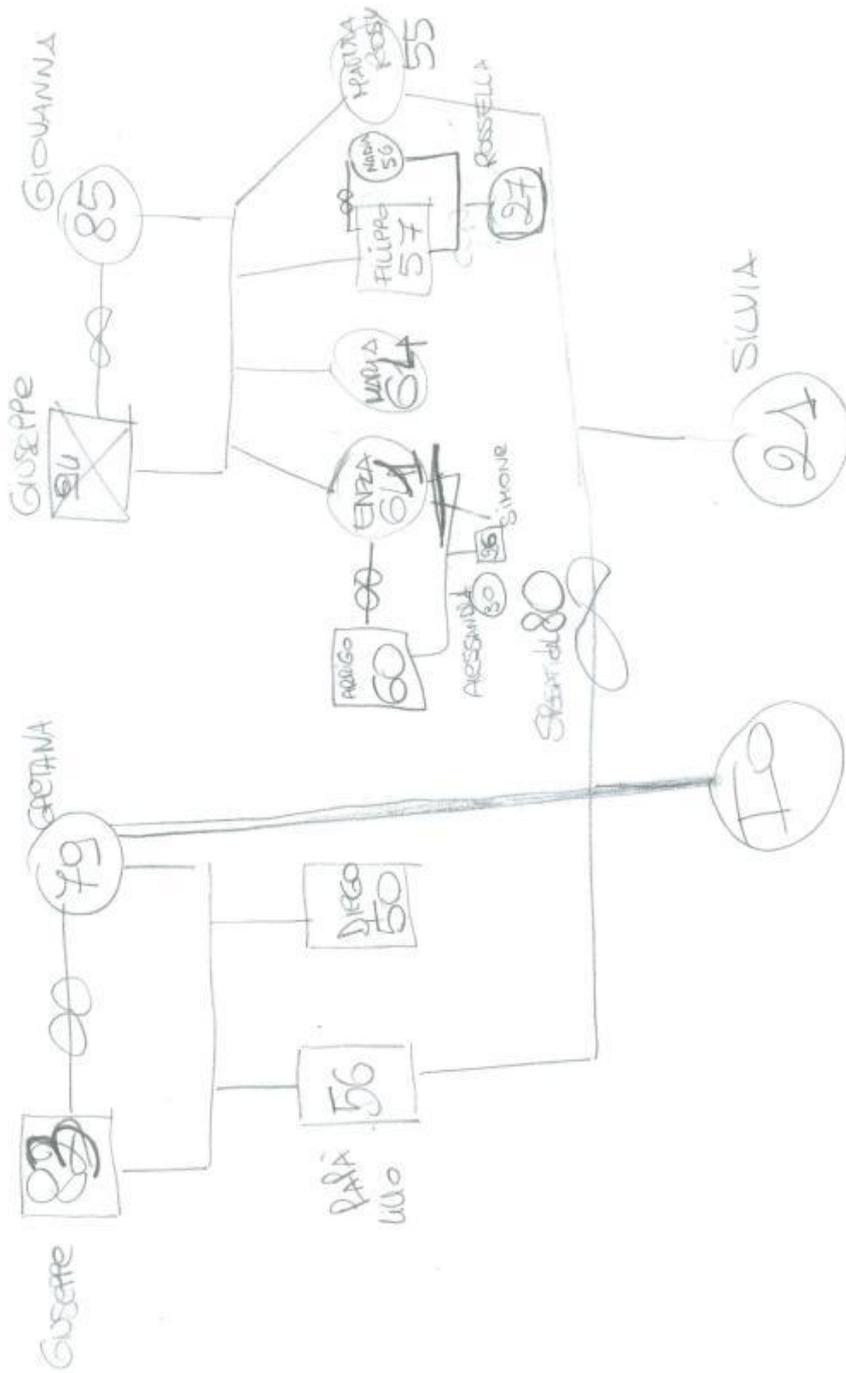
l'ammirazione del padre per quei comportamenti autonomi ed esplorativi della madre, che le erano però negati. Si è trovata così in quello che viene definito il circuito riflessivo bizzarro delle organizzazioni fobiche (Ugazio, 2006).



L'essere libero ed indipendente porta ad una maggiore autostima di sé in quanto rimanda alla capacità di fronteggiare il mondo pericoloso, a svantaggio però della possibilità di sentirsi sicuri in una relazione di vicinanza, che rimanda all'essere preda di una dipendenza avvilente. Gli attacchi di panico sono l'espressione dell'impossibilità di integrare autonomia e bisogno di attaccamento. Valentina, infatti, risolve il conflitto temporaneamente puntando all'autonomia, su mandato materno, affidandosi solo alle proprie forze finché l'eccessivo carico emotivo non la pone in contatto con la propria parte fragile.

Il percorso, che conta tredici colloqui, si è concluso con la remissione dei sintomi ed il ritrovato entusiasmo di Valentina per la propria vita, maggiormente in grado di contattare e tollerare i propri bisogni di accudimento.

Allegato 4 - Genogramma compilato da Valentina



Allegato 5 - Diario di bordo di Valentina

DIARIO DI BORDO								
DATA	ORA	LUOGO	SITUAZIONE	PENSIERI	AZIONI	SINTOMI	DURATA	NOTE
18 MARZO	15.30	CASA	MIA SORELLA CHE GLIDA E SI LAUNTA MIA SORELLA MI RACCONTA CHE HANNO LITIGATO PESANTEMENTE CON MIA ZIA	MI DA FASTIDIO TANTISSIMO MI HA STANCATO QUESTA DONNA.	METTO GIU' ARIODIARI	MAL DI STOMACO	DOPO MEZZ'ORA PASSA	
21 MARZO	13.00	CASA	STO DORZENDO O MI SVEGLIO	NESSUN PENSIERO MA HO L'ANIMA	CERCO DI DARE UN'ATA NON PIU' BESOCCO	MAL DI STOMACO	2 GIORNI (MA NON FISSO)	
22 MARZO		CASA	STO MALE X BOCA CHE E' PARTITO X PLACA	MI DA FASTIDIO SE NON SI FA SENTIRE	GIU' SCRIBO 10	MAL DI STOMACO	NON FISSO MA 5 GIORNI	
1 GIUGNO	SERA	CASA	MIA SORELLA SI LAUNTA E MI INFASIDISCE	NON SI SORRIDA PROPRIO	CERCO DI TENERMI IO LA SITUAZIONE STO ZANG	MAL DI STOMACO	UN'ORA	
4 GIUGNO	SERA	LOCALE	SERATA ANICHE, INCONTRO MIA E MI SAUTA COME UN ESTERNEO	NON POSSO STARE IN PIEDE AD UNO COSI'	NON LO CONTINUO	STOMACO E NERVOSA	VADO A LETTO E MI PASSA	
5 GIUGNO	ARRIVO	CASA	MIA FRATELLA PARLA	MI DA FASTIDIO	STO SCRIVENDO	BATI CUORE	POCO	

Bibliografia

Addis M.E, Hatgis C., Cardemil E., Jacob K., Krasnow A.D., Mansfield A. (2006) Effectiveness of Cognitive–Behavioral Treatment for Panic Disorder Versus Treatment as Usual in a Managed Care Setting: 2-Year Follow-Up, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 74(2), pp. 377–385

Aquilar F., Del Castello E. (2006) *Psicoterapia delle fobie e del panico*, Franco Angeli, Milano

Attili G., (2007), *Attaccamento e costruzione evuzionistica della mente*, Raffaello Cortina, Milano.

Blanco C., Clougherty K.F., Lipsitz W. J., Mufson L., Weissman M. (2006) Homework in Interpersonal Psychotherapy (IPT):Rationale and Practice. *Journal of Psychotherapy Integration* , 16(2), pp. 201–218

Bowlby J. (1988) *Una base sicura*, Tr. It. Cortina, Milano 1989

Brisch K.H. (1999) *Disturbi dell'attaccamento dalla teoria alla terapia*, Tr. It Giovanni Fioriti Editore, Roma 2007

Byrne M., Carrb A., Clarkcthe M. (2004) Efficacy of couples-based interventions for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Family Therapy*, 26, pp. 105–125

Canevaro A., Selvini M., Lifranchi F., Peveri L. (2008) La terapia individuale sistemica con il coinvolgimento dei familiari significativi. *Psicobiattivo*, 28, n.1, pp.143-166.

Caviglia G, Del Castello E., Curcio L. (2001) Legame coniugale, agorafobia e attaccamento. *Rivista di psicoterapia relazionale*, 13, pp. 17-37

Cirillo S. (2006) L'uso dei differenti formati nel modello sistemico familiare-individuale. *1°Convegno dell'Associazione Centri Mara Selvini anoressia/disturbi del comportamento alimentare*

Giannantonio M., Lenzi S. (2010) *Il disturbo di panico. Psicoterapia cognitiva, ipnosi e EMDR*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Huppert J.D., Ledley D.R., Foa E.B. (2006) The Use of Homework in Behavior Therapy for Anxiety Disorders *Journal of Psychotherapy Integration* , 16(2), pp. 128–139

Incerti A., Scarinci A. (2010) *Assessment dei disturbi d'ansia. Metodi e strumenti nella psicoterapia cognitiva*, Erickson, Trento

- Kush F.R. (2004) An operationalized cognitive therapy approach with mixed anxiety and depression, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3) pp. 266–275
- Johnson S.M., Greenman P.S. (2006) The Path to a Secure Bond: Emotionally Focused Couple Therapy. *Journal of clinical psychology*, 62(5), pp. 597–609
- Linares J.L., Campo C. (2000) *Dietro le rispettabili apparenze. I disturbi depressivi nella prospettiva relazionale*, Tr. It. Franco Angeli, Milano 2003
- Nardone G. (2003) *Paura, panico, fobie. La terapia in tempi breve*, Ponte alle Grazie, Milano
- Sassaroli S. (2001) Alcuni punti di riflessione sull'interpretazione e il trattamento del disturbo ansioso. *Rivista di psicoterapia relazionale*, 13, pp. 37-51
- Selvini M. (2002) Recenti sviluppi della ricerca relazionale sulle depressioni. *Ecologia della Mente*, 25, pp. 21-39
- Selvini M, Pasin E. (2005) Il follow-up dei pazienti gravi trattati da Mara Selvini Palazzoli e dalle sue équipe. *Terapia Familiare*, 79
- Selvini M. (2008) Undici tipi di personalità, *Ecologia della mente*, 31, 1, 29-55
- Selvini M. (2010) Unidici tipi quattro anni dopo, www.scuolamaraselvini.it
- Selvini M. (2007) Dodici dimensioni per orientare la diagnosi sistemica, *Terapia Familiare*, 84
- Sorrentino A.M., Selvini M. (2010) Riattivare l'attaccamento. www.scuolamaraselvini.it
- Sorrentino A.M., (2008) Il genogramma come strumento grafico per ipotizzare il funzionamento mentale, *Terapia familiare*, 88
- Smits J.A.J, Powers M.B., Cho Y., Telch M.J. (2004) Mechanism of Change in Cognitive–Behavioral Treatment of Panic Disorder: Evidence for the Fear of Fear Mediation Hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4), pp.646–652
- Spagnulo P. (2008) *Ansia e panico. Superare il problema con la terapia cognitivo comportamentale di terza generazione*, Ecomind, Salerno
- Vitiello A. (2006) *Il corpo coniugale, la paura e le relazioni extraconiugali*. In Aquilar F., Del Castello E. (2006) *Psicoterapia delle fobie e del panico*, Franco Angeli, Milano
- Ugazio V. (2006) *Storie permesse, storie proibite. Polarità semantiche familiari e psicopatologiche*, Bollati Boringhieri, Torino