

Il trattamento strategico evoluto del disturbo da attacchi di panico

Federica Cagnoni ¹

Abstract

La ricerca empirico-clinica relativa all'emergere e al costituirsi del disturbo fobico in corso presso il Centro di Terapia Strategica di Arezzo da quindici anni illustra le modalità di costruzione di modelli di trattamento strategico evoluto. Il protocollo specifico di intervento elaborato per la sindrome da attacchi di panico (come nel caso degli altri quadri clinici) segue specifici stadi (che procedono dalla definizione del problema e delle tentate soluzioni, alla costruzione di concrete esperienze di cambiamento le quali, consolidandosi, modificano il sistema percettivo reattivo della persona) e diversi livelli terapeutici (*strategia utilizzata, interazione comunicativa e relazione paziente-terapeuta*).

¹ *Psicoterapeuta affiliato al Centro di Terapia Strategica, sede di Torino, Italia*

Presso il Centro di Terapia Strategica di Arezzo sono in corso, da ormai quindici anni, progetti di ricerca che, a partire dal modello generale di terapia breve formulato dai ricercatori del *Mental Research Institute* di Palo Alto, hanno portato ad un modello di terapia basato su protocolli specifici di intervento costruiti “*ad hoc*” per particolari patologie di problemi.

I disturbi fobici sono stati, appunto, la prima categoria su cui sia stata applicata questa metodologia di ricerca articolata in tre fasi che ha portato alla messa a punto di cinque protocolli specifici di terapia per le diverse varianti fobiche.

La prima ricerca pubblicata risale al 1988 (Nardone, 1995a) e mostra il 19.2% di casi risolti tra la 1° e la 10° seduta, il 61.5% tra la 10° e la 20°, il 3% tra la 20° e la 30° e il 15.3% tra la 30° e la 34°. Attualmente, l'efficacia del trattamento per ansia, fobie e attacchi di panico è pari al 95% (Watzlawick, Nardone, 1997; Nardone, Watzlawick, 2001) di casi risolti in una media di 7 sedute, in cui, per la maggior parte dei casi (l' 81%), lo sblocco si è avuto entro le prime 5, con un 50% di casi in cui la scomparsa dei sintomi rilevanti è avvenuta dopo la prima seduta.

Analizzando il processo e le tipiche retroazioni relative all'emergere e al costituirsi del disturbo, sembra emergere che i gravi disturbi fobici siano apparsi e si siano gradualmente complicati sulla base di dubbi e pensieri relativi al potersi sentire male.

Ciò che determina la costituzione della forte sintomatologia fobica non è comunque l'evento iniziale, ma ciò che il soggetto mette in atto per evitare la paura, ossia le tentate soluzioni escogitate dalla persona nel tentativo di sfuggire allo scatenarsi delle reazioni emotive e somatiche proprie della paura. Questo induce al costituirsi della paura ad un livello superiore di gravità.

Per rompere il sistema percettivo-reattivo patogeno del panico il terapeuta ricorre a suggestivi stratagemmi, costruiti *ad hoc*, che portano la persona a fare concrete esperienze di superamento del problema senza che questi ne sia consapevole. La consapevolezza arriverà infatti ad esperienza fatta, quando il soggetto non potrà fare altro che prendere atto d'aver fatto esattamente ciò che aveva ritenuto impossibile fare fino a quel momento. La metodologia utilizzata in tale lavoro concorda con le idee lewiniane relative alla ricerca-azione psicosociale, secondo la quale per conoscere il funzionamento di un qualsiasi sistema non si debba fare altro che introdurre un cambiamento, studiare cioè un fenomeno (di qualunque natura esso sia) cambiandolo e vedendone gli effetti. In altre parole, si arriva a conoscere una realtà intervenendo su di essa.

Parallelamente, le nuove conoscenze emerse sulla base degli effetti degli interventi servono da guida per il progressivo aggiustamento dell'intervento stesso, determinandone una continua autocorrezione basata sull'interazione con il problema da risolvere.

Nel caso in questione, una prima casuale esperienza reale o immaginaria inserisce nella mente del soggetto una nuova possibilità percettivo-reattiva: quella della paura. A partire da tale esperienza, tutto ciò che viene fatto in direzione di una difesa da questa spaventosa realtà, se non funziona, non fa altro che confermarla aggravandone gli effetti sino alla reazione di panico, in termini sia di generalizzazione della paura che di risposta psichica e comportamentale.

In particolare, sono state individuate tre tipiche tentate soluzioni messe in atto dai soggetti (Nardone, 1993, 2001): evitamento, richiesta d'aiuto e controllo.

L'effetto dell'evitamento, infatti, è quello di confermare la pericolosità della condizione evitata preparando, in tal modo, l'evitamento successivo.

Tutto ciò non ha come unico effetto quello di incrementare la paura confermandola, ma anche quello di rendere il soggetto sempre più scettico rispetto alle proprie risorse, aumentando così anche le proprie reazioni fobiche e rendendo il disturbo sempre più impedente e limitante.

Una volta innescato il circolo vizioso degli evitamenti, la persona utilizza spesso una seconda "strategia" che si rivela decisamente controproducente: la richiesta d'aiuto, ossia la tendenza ad essere sempre accompagnati e confortati da qualcuno che si presti ad intervenire in caso di crisi di panico e perdita di controllo.

L'effetto di tale richiesta è, inizialmente, quello di assicurare la persona, ma gradualmente conduce all'aggravamento della paura e delle sue conseguenze limitanti.

Difatti, proprio la possibilità di avere qualcuno pronto ad intervenire in aiuto conferma al soggetto la sua incapacità di affrontare da solo le situazioni temute e gestirne le conseguenze. Anche questo processo tende a generalizzarsi - funzionando come una vera e propria "profezia che si autodetermina" - fino a divenire un'assoluta necessità e porta la persona ad instaurare forme gravi di disturbo fobico basate sulla logica del "io dipendo" e non "io controllo".

D'altra parte, proprio il controllo delle proprie reazioni, sia fisiologiche che comportamentali, può diventare il copione percettivo-reattivo ridondante e fallimentare che il soggetto mette in atto per affrontare la propria paura.

Ciò che accade in questo caso è infatti che, nel tentativo di mantenere un controllo delle proprie funzioni organiche e psichiche, il soggetto sperimenta una situazione paradossale: il focalizzare l'attenzione sulle proprie reazioni fisiologiche (battito cardiaco, ritmo respiratorio, equilibrio, ecc.) conduce alla inevitabile alterazione di almeno una di queste, provocando paura che a sua volta genera ulteriori alterazioni, innescando in questo modo il tipico circolo vizioso del "tentativo di controllo che fa perdere il controllo".

Considerati i tre livelli della terapia, ossia la *strategia utilizzata*, *l'interazione comunicativa* e *la relazione paziente-terapeuta*, nei pazienti fobici possiamo considerare praticamente irrilevante quest'ultima (decisamente importante in altri tipi di disturbo) sottolineando al contrario quanto sia fondamentale la strategia utilizzata e, conseguentemente, le modalità comunicative con cui questa viene espressa.

Il paziente che arriva in terapia con un problema di panico è, innanzi tutto, in una situazione di emergenza.

Generalmente si tratta di soggetti che vogliono essere collaborativi (proprio in virtù di tale "urgenza") ma non possono esserlo, hanno una grande motivazione e necessità di cambiare ma non riescono a farlo neanche in maniera minimale.

Ciò di cui hanno bisogno è quindi un "tecnico specializzato" in grado di "cavalcare" la loro paura e che, con manovre velate, indirette e cariche di suggestione, li possa condurre a cambiare senza rendersene conto.

Il primo passo terapeutico è, per questo motivo, quello dell'antica saggezza cinese di "solcare il mare all'insaputa del cielo" (Anonimo, 1990), ossia di spostare l'attenzione del soggetto in maniera tale da portarlo, a sua "insaputa", a superare l'ostacolo vissuto come insormontabile e, di conseguenza, ad aprire la strada a diverse forme di rappresentazione della realtà e a nuove modalità comportamentali.

La prima fase della terapia coincide solitamente con la prima seduta.

In questa fase viene innanzi tutto definito il problema, ovvero viene rilevato il sistema percettivo-reattivo del paziente e vengono messe in atto le prime manovre volte a sbloccare il circolo vizioso innescato dalle tentate soluzioni.

Per fare ciò, il terapeuta si avvale di un particolare processo di domande apparentemente banali che, anziché essere formulate in forma aperta, danno al soggetto la possibilità di scegliere tra due o più opzioni di risposta. Viene fornita in questo modo una sorta di *illusione d'alternativa* che dà il via ad un processo in cui ogni risposta costruisce la domanda successiva secondo una sequenza che va gradualmente a chiudersi ad imbuto. Nel fare ciò il terapeuta si manterrà apparentemente in una posizione *one-down* che gli permetterà di guidare il paziente lungo un determinato percorso conoscitivo ed operativo allo stesso tempo. Questa modalità di "indagare" è infatti già di per sé in grado di produrre dei cambiamenti nel modo di percepire la realtà da parte del paziente, proprio perché gli permette di aprire nuove modalità percettivo-reattive relative al suo disturbo.

A questo punto il terapeuta passa alle prime prescrizioni terapeutiche che in questa prima fase solitamente sono: il *diario di bordo*, la *paura dell'aiuto* (e/o *dell'evitamento*) e il *come peggiorare*.

Il *diario di bordo* è un blocchettino appositamente preparato che viene consegnato al paziente insieme alla prescrizione: si tratta di uno schema suddiviso in diverse colonne relative a data, ora, luogo, situazione, persone, pensieri, sintomi e reazioni, che il paziente dovrà avere sempre con sé e compilare al presentarsi di ogni "episodio" di panico.

Lo scopo di questa manovra, apparentemente banale, è quello di spostare altrove l'attenzione del soggetto all'insorgere del primo sintomo ansioso, evitando così il successivo disfunzionale tentativo di controllo del sintomo e delle proprie reazioni. L'effetto che si ottiene è, solitamente, una notevole riduzione (se non scomparsa) degli episodi ansiosi nell'arco di tempo che intercorre tra la prima e la seconda seduta.

Le ristrutturazioni della *paura dell'aiuto* e della *paura dell'evitamento* inducono il paziente a pensare che ogniqualvolta chiede aiuto a qualcuno o evita una situazione ansiogena aggravi i propri sintomi: "ogni volta che lei chiede aiuto e lo ottiene lei si sente protetto, ma al tempo stesso lei conferma a se stesso che da solo sarebbe stato incapace. Quindi in realtà ogni qualvolta lei chiede aiuto e lo riceve lei conferma e se stesso la sua incapacità e questo non solo mantiene il suo disturbo, ma lo fa peggiorare. Però noi siamo convinti che lei non sia in grado di non chiedere aiuto quindi le chiediamo solo di pensarci". In sostanza, lo si mette nella condizione di sostituire una paura con un'altra paura più forte (*ubi major minor cessat*) utilizzando così la forza della paura contro la paura stessa.

Attraverso la prescrizione del *come peggiorare* si chiede al paziente di porsi la seguente domanda ogni giorno: "Cosa dovrei fare o non fare, pensare o non pensare, se volessi volontariamente peggiorare la mia situazione?" e di portare le risposte nella seduta successiva. Nel porsi questa domanda i pazienti si rendono solitamente conto che ciò che in realtà farebbero per stare peggio è ciò che già fanno nel tentativo di stare meglio! In sostanza vengono svelate le tentate soluzioni disfunzionali senza che sia il terapeuta a suggerirle.

Durante la seconda fase del trattamento (dalla seconda alla quinta seduta secondo i casi) avviene la rottura, o sblocco, del sistema percettivo-reattivo e delle tentate soluzioni fin qui utilizzate. Il primo cambiamento avvenuto viene quindi ridefinito ed indirizzato verso ulteriori progressivi cambiamenti che avverranno in virtù di una nuova percezione nei confronti della realtà.

A questo punto possono essere mantenute alcune prescrizioni date in prima seduta (il *diario di bordo*, ad esempio, lo è quasi sempre) e si procede con la prescrizione della *peggiore fantasia* (vedi II seduta). Si tratta di una prescrizione paradossale che funziona

secondo la logica dello stratagemma cinese di *spegnere il fuoco aggiungendo la legna*. Si chiede infatti al soggetto di prescriversi volontariamente ogni giorno i propri sintomi più temuti calandosi deliberatamente nella propria peggiore fantasia all'interno di un rituale comportamentale preciso e formalizzato.

La prescrizione della peggiore fantasia porta solitamente a due tipi di effetto: alcune persone pur provando a calarsi nella situazione fobica non riescono a provare nulla e possono arrivare addirittura ad addormentarsi; altre (la percentuale minore) provando ad invocare il proprio "fantasma" riescono a stare male. In entrambi i casi comunque, nel corso della giornata, la maggior parte dei pazienti riporta di non aver avuto momenti di crisi a parte qualche sporadico episodio ansioso facilmente gestibile.

Nella terza fase (solitamente inclusa dalla quinta seduta in poi) una volta avvenuto lo sblocco del sistema percettivo-reattivo e, di conseguenza, le prime dirette esperienze di superamento del problema, il paziente viene indirizzato verso quei cambiamenti concordati come soluzione del problema. Vengono quindi ridefinite la relazione e la percezione con se stessi, con gli altri e col mondo.

A seconda dell'effetto ottenuto dalla prescrizione della "mezz'ora di peggiore fantasia" avremo due tipi di *ridefinizione della situazione*. Nel caso in cui il soggetto non sia riuscito a stare male il terapeuta sottolineerà come il problema possa essere annullato proprio provocandolo volontariamente; nel secondo caso invece, ristrutturerà la capacità di provocarsi i sintomi come la capacità di poterli anche ridurre, sottolineando che più ne farà stare nella mezz'ora meno ne avrà al di fuori.

Vengono a questo punto prescritti *5 minuti di peggiore fantasia ogni 3 ore* (ad orari prefissati, alle 9.00, alle 12.00, alle 15.00, alle 18.00 e alle 21.00) in cui il paziente dovrà cercare di provocarsi i sintomi.

I 5 minuti ogni 3 ore vengono successivamente trasformati in *5 minuti al bisogno*, attraverso i quali viene data la possibilità al paziente di "toccare il fantasma nel momento in cui compare per farlo svanire immediatamente". Viene quindi data la possibilità di sfruttare l'effetto paradossale della peggiore fantasia al momento dell'insorgere dell'ansia.

Si comincia inoltre a lavorare *solution oriented* (De Shazer 1988), introducendo due tipi di nuove prescrizioni: la prescrizione del *come se* (Watzlawick, 1990) e la *tecnica della scala*.

Attraverso la prima si chiede al paziente di porsi una domanda ogni giorno ovvero "come mi comporterei, diversamente da come mi comporto, come se non avessi più il mio problema?" e gli si chiede di mettere in pratica la più piccola e minimale tra queste cose, una nuova ogni giorno. Questo, non solo dà l'inizio ad una serie di cambiamenti ed esperienze concrete di superamento del problema, ma crea inoltre la consapevolezza nel paziente di essersi costruito una soluzione non fornita dal terapeuta.

La tecnica della scala viene introdotta sia quando il miglioramento della situazione tra la seconda e terza fase della terapia è estremamente precoce che dopo aver utilizzato la tecnica precedentemente descritta. Attraverso questa tecnica viene richiesto il frazionamento degli obiettivi su una scala da 0 (quando il problema era al massimo) a 10 (quando il problema si potrà definire risolto). Una volta che il paziente definisce la propria posizione sulla scala gli si chiede, ogni giorno, di fare qualcosa che possa permettergli di dire "ho fatto un passo in avanti". A questo fine è necessario che l'intervento sia minimale, ovvero anche qualcosa di apparentemente molto piccolo, che sarà comunque sufficiente ad innescare una reazione a catena che sovverterà tutto l'equilibrio del sistema.

Anche questa tecnica, apparentemente direttiva, fornisce un'ottima modalità per aggirare naturalmente la "resistenza al cambiamento" del paziente.

L'ultima fase coincide con l'ultima seduta e ha come obiettivo quello di consolidare definitivamente ciò che è stato ottenuto, sottolineando e ribadendo come il cambiamento sia avvenuto grazie alle capacità personali del paziente.

Si tratta infatti di affermare come ormai egli abbia imparato ad utilizzare bene le proprie risorse e sia quindi giunto ad una completa autonomia.

A questo punto il terapeuta si accorda solitamente sulle modalità di *follow-up*, che prevedono futuri incontri di "controllo" a 3 mesi, 6 mesi e un anno. Questo, per garantire che i risultati ottenuti vengano mantenuti nel tempo e la terapia possa ritenersi conclusa e riuscita.

Bibliografia

- Anonimo (1990), *I 36 stratagemmi: l'arte cinese di vincere*, Guida Editori, Napoli.
- De Shazer S. (1988), *Clues: Investigating Solutions in Brief Therapy*, Norton, New York.
- Nardone G. (1991), *Sugestione → Ristrutturazione = cambiamento. L'approccio strategico e costruttivista alla psicoterapia breve*, Giuffrè, Milano.
- Nardone G. (1993), *Paura, Panico, Fobie*, Ponte alle Grazie, Firenze.
- Nardone G. (1995a), "Brief strategic therapy of phobic disorders: A model of therapy and evaluation research", in Weakland J.H., Ray W.A., (Eds.), *Propagations: Thirty Years of Influence from the Mental Research Institute*, Haworth Press Inc., New York, cap. 4.
- Nardone G. (1995b), "Conoscere un problema mediante la sua soluzione: I sistemi percettivo-reattivi patogeni e la psicoterapia strategica", in Pagliaro G., Cesa-Bianchi M. (a cura di), *Nuove prospettive in psicoterapia e modelli interattivo-cognitivi*, Angeli, Milano.
- Nardone G., Watzlawick P. (1990), *L'arte del cambiamento: manuale di terapia strategica e ipnoterapia senza trance*, Ponte alle Grazie, Milano.
- Watzlawick P., Nardone G. (a cura di), (1997), *Terapia breve strategica*, Cortina, Milano.
- Watzlawick, P. (1990) Therapy is what you say it is. In: Zeig, J.K., Gilligan, S.G. (Eds) *Brief therapy: Myths, methods and metaphors*. Brunner/Mazel, New York, pp. 55-61.

Indirizzo per richieste di ristampe:

Federica Cagnoni
Centro di Terapia Strategica
Torino, Italia
fcagnoni@hotmail.com