

## Un caso di Disturbo di Panico con Agorafobia.

Irene Massetti<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Psicologa-Psicoterapeuta, Grosseto

### *Riassunto*

In questo articolo si descrive un trattamento cognitivo-comportamentale breve centrato sul sintomo in una paziente con Disturbo di Panico con Agorafobia. L'intervento terapeutico si è prevalentemente incentrato sulla riduzione del timore specifico d'indebolimento del senso di sé, percepito dalla paziente come una vera e propria disgregazione del senso di sé. Attraverso l'utilizzo sia delle tecniche di Esposizione Enterocettiva sia tramite l'induzione della sensazione di indebolimento del senso di sé, la paziente ha riportato una remissione della sintomatologia ed una generalizzazione alle situazioni di vita quotidiana.

### *Summary*

In this article we would like to describe a brief cognitive-behavioural therapy centred around symptoms in a patient affected by Panic Disorder with Agoraphobia. The therapeutical intervention has focused mainly on the reduction of the weakening sensation of the sense of oneself, perceived by the patient as a real disgregation of the sense of herself. Through the usage of interoceptive exposure techniques and through induction of a weakening sensation of the sense of herself, the patient reported a symptomatology remission ad a generalization to everyday situations.

### **Dati anagrafici e familiari e condizioni attuali di vita**

Martina è una ragazza di 19 anni che frequenta il 5° anno del Liceo Socio Psico Pedagogico. Attualmente vive a casa con la madre ed il fratello di 16 anni. I genitori di Martina si sono separati da circa tre mesi. E' fidanzata da pochi mesi con un ragazzo di 18 anni, anche lui studente.

### **Invio e contesto della terapia**

Martina a si rivolge spaventata al Pronto Soccorso per un'improvvisa tachicardia, formicolio al braccio, oppressione al petto. Qui, dopo averle fatto i controlli medici opportuni, le riferiscono di essersi trattato di un attacco di panico e la invitano a fare un colloquio presso l'Ambulatorio dei Disturbi D'ansia dove la psichiatra le somministra lo Xanax e le consiglia un ciclo di sedute di psicoterapia. Martina accetta e fissiamo i nostri incontri una volta alla settimana. Al primo colloquio si presenta accompagnata dalla madre. E' puntuale, ben curata nell'abbigliamento e nella persona. E' rigida nella postura stando seduta sul bordo della sedia, appare un po' intimorita. Il volto è teso e non sorride quasi mai. In base al protocollo previsto dalla struttura pubblica a cui Martina si è rivolta, effettuo con la paziente 16 incontri.

**Descrizione del problema o dei problemi del paziente negli aspetti quantitativi e qualitativi ed eventuali interazioni tra loro.**

La paziente riporta frequenti attacchi di panico (circa un attacco di panico al mese) ed intensi vissuti di ansia che non riesce a gestire ed in cui teme il sopraggiungere di un attacco di panico. Martina riporta una profonda insoddisfazione per la qualità della sua vita, si vede limitata nelle cose che vorrebbe fare a causa della sintomatologia ansiosa e si autosvaluta per questa sua condizione che attribuisce ad una sorta di debolezza caratteriale.

La paziente esprime la necessità di voler risolvere la sua sofferenza legata allo stato di ansia che da qualche anno si trova ad affrontare. Il primo attacco di panico risale a quando Martina aveva 16 anni e, da questo momento in poi, alterna periodi in cui va tutto bene ed in cui riesce a svolgere la maggior parte delle cose che è solita fare (uscire con gli amici, andare a ballare, rimanere fuori fino a tardi) ad altri invece in cui, in preda all'ansia, si limita in molte cose e si sente come bloccata *“Quando sto bene riesco a fare tutto sentendomi sicura di me ed indipendente. Sono sempre stata una persona iperattiva che fa mille cose e capace di andare dovunque. Ed in questo mi riconosco...io sono così. Quando invece ho l'ansia mi sento limitata, come bloccata nelle cose che normalmente faccio e non mi riconosco più. Come faccio ad esempio a prenotare una vacanza dopo gli esami o ad andare a ballare se poi mi sento male? Non posso mica costringere gli altri ad andare via...sarebbe brutto. Ciò mi demoralizza molto e mi fa sentire una persona debole. Come sarà il mio futuro se continuerò ad essere così?”*.

Questa condizione si è esasperata in conseguenza dell' ultimo episodio di ansia verso cui Martina si è molto spaventata e che l'ha spinto proprio ad intraprendere un percorso terapeutico. Mi racconta che, dopo aver parlato al telefono con un'amica (che le riferisce che il suo ex ragazzo con cui Martina è stata insieme 5 mesi e da cui si è lasciata due settimane prima ha un'altra ragazza) esce di casa insieme al suo cane e dopo un po' inizia ad avvertire una sensazione sgradevole di formicolio al braccio (sintomo inatteso e mai provato prima) che le suscita uno stato di forte ansia e spavento. A quel punto interpreta in maniera catastrofica le sensazioni somatiche che accompagnano lo stato ansioso (sensazione di oppressione al petto, tachicardia, respiro affannoso), le valuta come pericolose ed è convinta di trovarsi in procinto di un imminente attacco cardiaco.

Appena arrivata a casa, Martina riferisce di sentirsi un po' più sollevata sebbene ancora lo stato di ansia persista. La madre ritorna dal lavoro e vedendola in quello stato si allarma ulteriormente e la porta al Pronto Soccorso → *“Ho visto il terrore nei suoi occhi ed ho pensato che allora stavo davvero male”* .

Martina interpreta quello che le è accaduto come la conseguenza della particolare situazione stressante che da tempo si trova ad affrontare: il clima familiare caratterizzato da tensioni continue per la separazione dei genitori, l'essersi lasciata dal fidanzato che ha vissuto come abbandono, le difficoltà nello studio per la scarsa capacità di concentrazione (si distrae nello studio di alcune materie e passa interi pomeriggi sui libri non combinando nulla) unita al timore di poter ripetere nuovamente l'anno scolastico (lo scorso anno non è stata ammessa alla maturità). Mi riferisce di aver vissuto la bocciatura come un fallimento personale a cui ha

fatto seguito un periodo (circa 3 mesi) in cui si sentiva particolarmente triste ed in colpa per quello che era successo. In questo periodo è dimagrita 8 Kg.

Per quanto riguarda le situazioni panicogene che la paziente riferisce, è opportuno fare una differenziazione. Martina descrive come vi siano delle situazioni che evita per il timore del sopraggiungere di un attacco di panico:

Ascensori: *“Prendo sempre le scale perchè ho il terrore che si blocchi l'ascensore. Nel caso si bloccasse ho paura che mi possa venire il panico”*. Martina mi riferisce però di prendere l'ascensore per andare a casa di un' amica che abita all'ottavo piano → *“In quel caso andare a piedi sarebbe peggio: fare otto piani di scale mi farebbe venire davvero un attacco di panico!”*

Spazi con tanta gente ed affollati: ad esempio i concerti dove preferisce non andare per paura che le venga un attacco di panico e quindi “di potersi sentire male” → *Evitamenti* → Compra il biglietto per il concerto di Vasco e poi rinuncia ad andare, non va a Roma al concerto del 1° Maggio. Va però in discoteca o nei locali in centro.

Spazi chiusi e luoghi alti: la paziente riferisce come l'evitamento sia maggiore quando si trova ad affrontare queste situazioni da sola, anzichè quando è accompagnata da qualcuno.

Ci sono poi altre situazioni che le suscitano ansia, ma che riesce ad affrontare mettendo in atto comportamenti protettivi come per esempio:

Guidare in autostrada (non in città): *“Sento che tutto parte dallo stomaco e mi sento in ansia. Inizio a pensare che se mi sentirò male e mi verrà un attacco di panico provoherò un incidente dove danneggerò altre persone. → Cerco di distrarmi e cambio il pensiero pensando ad esempio a qualcosa di bello”*.

Anche le situazioni di costrizione nelle quali vede ridotta la percezione di poter esercitare la propria volontà ed agentività (autodeterminazione) le provocano ansia → *“Quando mi trovo a fare le cose che non voglio fare come andare a ballare in un certo posto o a cena in un determinato locale. Inizio a sentire qualcosa allo stomaco e mi sento in ansia...La maggior parte delle volte aspetto e rimango lì, ma appena qualcuno va via, me ne vado subito anche io”*

Infine un ulteriore attivante dello stato ansioso sono le situazioni di solitudine ovvero quando si ritrova da sola a casa e non sa che cosa fare.

Martina lamenta anche difficoltà nello studio per la scarsa capacità di concentrazione anche se questa si manifesta solo verso quelle discipline (Pedagogia, Filosofia, Metodologia) in cui non ha un buon rapporto con gli insegnanti. I rapporti di Martina con questi insegnanti non sono buoni poiché, a suo giudizio, le fanno sempre notare di essere stata bocciata e che tutto quello che dice sia una cretinata. Non si sente così compresa, aiutata in nessun modo e vede il loro atteggiamento come ostacolante verso di lei *“ La prof di Filosofia mi demoralizza in tutto quello che faccio, mi ha detto che mi sono fatta bocciare per rimanere con la mia amica. In quarta, quando andavo bene nella sua materia ero nelle sue grazie, adesso si rivolge a me con aria di sfida e questa cosa non la sopporto”*. I rapporti con i compagni non sono ottimi; mi descrive la classe come un ambiente dove la maggior parte pensa a sé, non collabora (non passa le fotocopie che

vengono distribuite), parla male alle spalle e “gode a vedere le persone in difficoltà”. Martina ha infatti legato con poche persone.

La paziente ad oggi non mai effettuato precedenti psicoterapie né alcun tipo di trattamento farmacologico. Non vi sono mai stati tentativi di suicidio. Il livello di funzionamento psicologico, sociale e lavorativo della paziente all’inizio della terapia valutato attraverso la VGF ricopre un punteggio di 55.

In base ai colloqui di assessment è possibile affermare che Martina presenti, secondo i criteri del DSM IV TR, un Disturbo di Panico con Agorafobia.

### Profilo interno del disturbo

Martina mi descrive alcuni episodi in cui ha sperimentato uno stato di forte ansia ed in cui temeva il sopraggiungere di un attacco di panico:

1) Martina è a casa da sola e dopo aver pranzato decide di riposarsi un po’ e dorme per circa un’ora. Si sveglia e, ancora un po’ stordita, si mette al computer a parlare in chat con l’amica per organizzare la serata del sabato. All’improvviso inizia a sentire la gola secca e la sensazione di non riuscire a deglutire, la vista inizia a sbandare e non riesce a tenere gli occhi aperti (no annebbiamento, le cose riesce a vederle nitide).

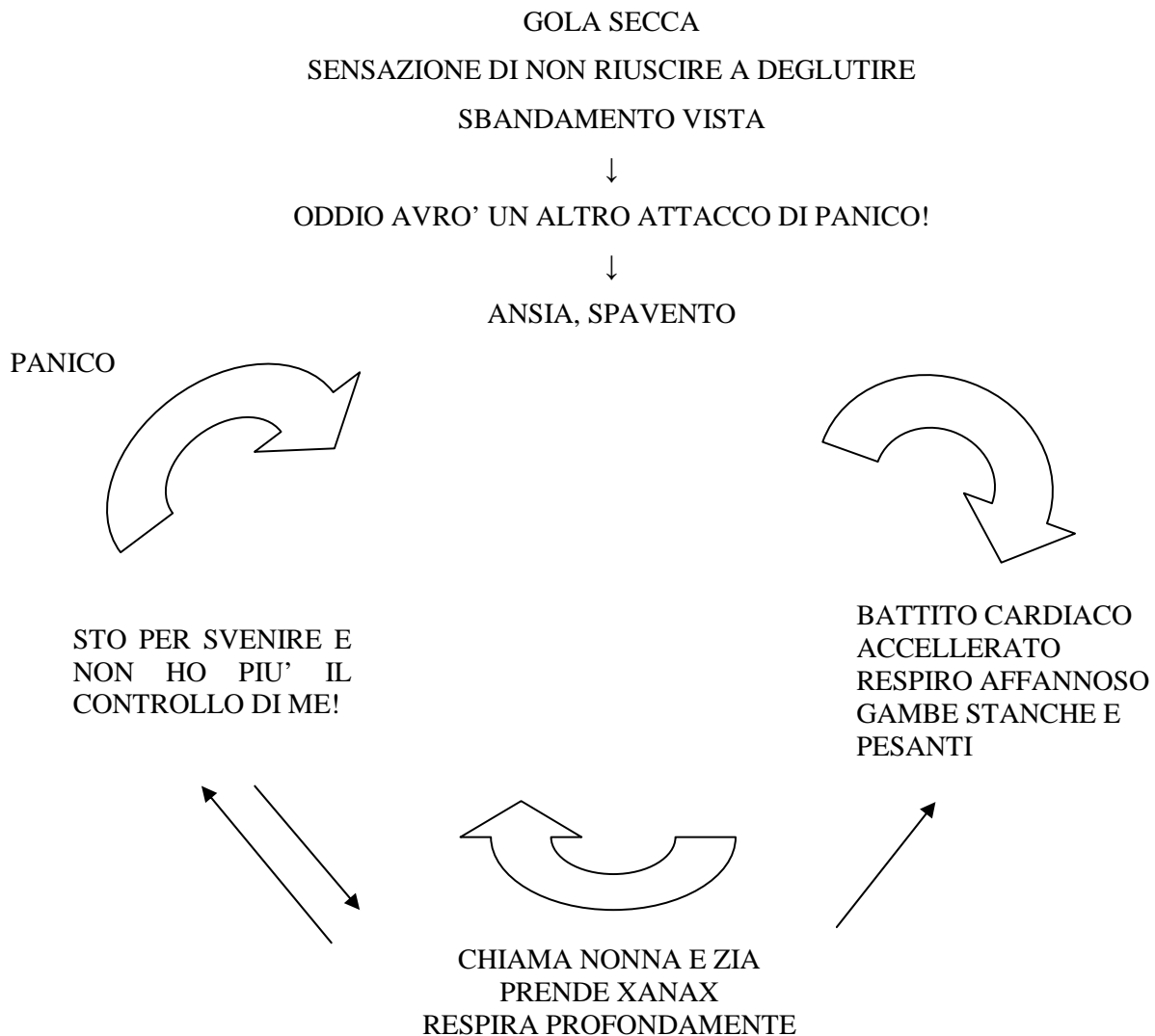


Fig 1. Esempio clinico del modello del circolo di Clark del panico

Il circolo di Clark sopra illustrato evidenzia la modalità di funzionamento del panico nella paziente che, attraverso la messa in atto dei comportamenti protettivi, non culmina nell'attacco di panico vero e proprio. Una volta però che lo stato di minaccia e di forte ansia innescato dal timore del sopraggiungere dell'attacco di panico si abbassa, Martina si trova a riflettere ed a valutare il proprio stato ansioso e la propria condizione con il determinarsi del seguente ABC secondario:

A'	B'	C'
<p>Rifletto sulla mia condizione di persona ansiosa e spaventata dal panico e che per questo devo prendere lo Xanax</p>	<p>Ma perché? Non capisco da cosa deriva tutto...le cose a scuola e a casa ora vanno meglio. Io non voglio stare male e non voglio prendere le gocce che mi stordiscono</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Non voglio stare male sia fisicamente che mentalmente</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Stare male ovvero avere l'ansia e il panico mi fa sentire debole, incapace di decidere e mi limita nelle cose che vorrei fare</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Io non sono così ho sempre fatto tutto e sono sempre stata una persona indipendente</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gli altri mi vedrebbero debole e gli farei pena</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Si approfitterebbero di me, della mia condizione e deciderebbero per me</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Io non sarei più autonoma, non sarei più io a decidere per me ed avrei bisogno di farmi aiutare</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Da sola non ce la faccio</p>	<p>Tristezza Abbattimento Pianto</p>

2) Una situazione che Martina vive come ansiogena pare essere quella legata alla solitudine intesa come assenza da persone di riferimento (ragazzo, madre, amica). Martina mi riferisce come uscire da sola sia una condizione che vive come fortemente ansiogena .

A	B	C
<p>Fuori casa da sola</p>	<p>Non posso parlare con nessuno, anche per le cose che vedo nelle vetrine</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>Ansia Oppressione allo stomaco Tachicardia</p>

	<p>Non ho il riscontro dell'Altro che mi parla e mi risponde</p> <p>↓</p> <p>Mi serve un appoggio a livello mentale, un riscontro in quello che dico e che mi renda presente a me stessa.</p> <p>↓</p> <p>Se non ci fosse nessuno e rimanessi sola inizierei a sentire i miei pensieri che rimbombano in testa che si accumulano e che devo fare uscire altrimenti "sbrocco"</p> <p>↓</p> <p>Potrei perdere il controllo, forse impazzirei...penso che non sarei più in grado di ragionare, non sarei in grado di fermarmi...non saprei come avrei potuto reagire perché in quei momenti non ragiono nemmeno</p>	
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Una situazione analoga è riferita riguardo ad un episodio in cui il fidanzato era andato in gita per una settimana. L'assenza di quest'ultimo fa precipitare Martina in uno stato di forte ansia in cui riferisce di sentirsi "persa e senza punti di riferimento" → Avere la vicinanza di qualcuno le serve non tanto per aiutarla a risolvere i problemi perché da sola non è in grado di farlo, quanto per la possibilità di rispecchiarsi all'interno di una relazione. Questo le consente di contrastare la sensazione di indebolimento del senso di sé che le si attiva proprio nelle situazioni di solitudine.

La paziente sembra così oscillare tra stati mentali di autoefficacia, in cui ha un'immagine di sé positiva, forte, autonoma e sicura (Sé competente) ad altri in cui ha una rappresentazione di sé come fragile, indifesa (Sé debole) in contrasto con la rappresentazione del mondo come cattivo, di cui non c'è da fidarsi e capace di approfittarsene. L'ansia ed il panico andrebbero ad intaccare questo equilibrio facendola sentire una persona debole ovvero incapace di esercitare la propria agentività, la sua volontà, percependosi quindi non più autonoma, forte, sicura e quindi alla mercè degli altri. Martina descrive una persona debole come "*una persona con poca indipendenza. Gli amici ti vedono male e ti considerano una persona da prendere di mira e di cui poter parlare male alle spalle. Ti escludono e ti evitano anche se poi magari ci sono quelli che ti possono dare una mano. In famiglia tutti si preoccupano per te, i genitori vedono il proprio figlio come una sconfitta e si sentono in colpa per avere un figlio che non ce la farà da solo ad affrontare la vita. Questo è quello che secondo me pensa la mia mamma*".

A questa visione degli Altri come "cattivi e non degni di fiducia" si lega il timore dell'abbandono.

Martina mi riporta come da circa un anno stia cambiando atteggiamento soprattutto verso le amicizie e i ragazzi (anche se spesso le costa fatica e non ci riesce) "*Non sono più quella disponibile, che dice sempre SI a tutto...Sono sempre stata io quella che dà agli altri senza mai ricevere niente in cambio. Ora se una cosa non mi va di farla dico No e basta. Faccio quello che voglio!* → *Se mi faccio vedere troppo buona ed in comodo gli altri se ne approfittano. Essere troppo disponibile mi porta ad affezionarmi alle persone e poi ci rimango male se finisce una storia o un'amicizia. Troppo comodo andarsene e non pensare a come sta*

*l'altro ed a come ci è rimasto. A quel punto mi sentirei sola ed abbandonata...proprio come lo scorso anno quando i miei erano in crisi pesante, a scuola non andavo bene e con alcune amiche avevo litigato. Ho sentito scivolarmi tutto addosso, ero senza punti di riferimento, ero sola. Non sapevo a chi potessi rivolgermi nell'eventualità avessi avuto qualche problema, perché tutti erano presi dai loro problemi. Da chi andavo se stavo male? Fu in quel periodo che decisi di prendere un cane...lui almeno non mi avrebbe lasciato" → In questa situazione a scaturire il vissuto di abbandono e solitudine nella paziente è stato il non essere presente nella mente delle persone per lei significative per il fatto che tutti fossero presi dai loro problemi. Questo ha scaturito una sensazione di indebolimento del Sé: Che faccio? Da chi vado se ho un problema? Non ho nessuno su cui posso contare → In questo modo si mantiene la sensazione di essere incapace da sola a fronteggiare gli eventi e quindi di sé come fragile e debole.*

Il fatto di essere presente nei pensieri dell'Altro viene riportato anche da Martina nei confronti del ex ragazzo da cui si è sentita abbandonata. *" Mi doveva dire che era innamorato di me ed io glielo chiedevo spesso...per me era una conquista che me lo dicesse perché lui è stato insieme anche ad altre mie amiche solo che verso di me ha mostrato maggiori attenzioni rispetto a loro. In questo modo mi sentivo realizzata" → il fatto che l'ex ragazzo le dicesse di amarla le garantiva valore personale, una buona autostima di sé anche alla luce della "competizione" con le amiche.*

Martina teme l'abbandono da parte di persone significative e vive con ansia il timore di poter stare da sola. Questo avviene principalmente con le amicizie ed i ragazzi .

Esempio: Non vede le amiche per qualche giorno → "Ho il timore che mi lascino da sola. Se poi un giorno non posso contare su nessuno, come faccio?" → cerca rassicurazione → amiche la rassicurano → sollievo. In questo caso l'annullamento del timore dell'abbandono consente la permanenza della rappresentazione di sé come competente, ma non annulla quella di sé come debole.

Le sensazioni fisiche che scatenano in Martina un senso di indebolimento del senso di sé sono le sensazioni di sbandamento, di stanchezza/confusione mentale, di rilassamento e di inconsistenza associata all'assenza di scopi (demotivazione). Altre sensazioni temute da Martina sono la tachicardia, la sensazione di oppressione al petto da lei interpretate come segnali di infarto. Tra le situazioni esterne attivanti la sensazione di indebolimento del sé vi è la solitudine intesa appunto come assenza da figure familiari e quindi di una relazione nella quale la paziente può identificarsi.

Tutti questi triggers, interni ed esterni, attivano una sensazione di indebolimento del sé, interpretata catastroficamente da Martina come minaccia all'integrità del sé e quindi come segnale dell'imminente disgregazione, cioè di perdere completamente, definitivamente e in modo irrecuperabile il senso di sé. Questo timore specifico le provoca ansia, i cui sintomi fisici e cognitivi vanno a confermare ed avvalorare, rendendo ancor più credibile, la prossimità del temuto dissolvimento, generando così l'attacco di panico.

Martina oscilla così tra due opposti scopi: quello della **DIPENDENZA** e quello dell'**AUTONOMIA**

**AUTONOMIA**



VS

**DIPENDENZA**



**S+** Voglio fare ciò che mi piace e sentirmi forte ed autonoma

**S+** Ho bisogno degli altri altrimenti mi disgrego (sensazione di indebolimento del senso di sé) e non reggo certe esperienze emotive ed esistenziali

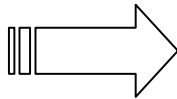
**però se eccessiva AUTONOMIA**

**però se eccessiva DIPENDENZA**

**S-** Mi sento sola e se mi capita qualcosa non reggo psicologicamente e fisicamente

**S-** Perdita autonomia

**S-** Sono gli altri che decidono per me



**S-** Rischio di soffrire troppo se mi abbandonano → Non lo reggo!

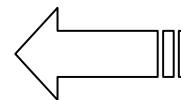


Fig.2 Schema del modello di funzionamento della paziente

Nel momento in cui si trova ad affrontare certi segnali di allarme che le attivano l'ansia ed il timore del panico, Martina si vede debole, incapace da sola a gestire tali esperienze emotive e/o esistenziali e quindi dipendente dagli altri→DIPENDENTE→ La condizione di dipendenza non la tollera, tanto che si spaventa e/o si arrabbia di perdere la propria autonomia →invece che darsi il tempo di diventare autonoma, cerca di imporsi l'opposto (atteggiamento risoluto, dice NO quando non le va di fare qualcosa, non negozia i propri bisogni e le proprie esigenze con quelle degli altri, etc) → AUTONOMA →Ad affrontare da sola la condizione di totale autonomia non riesce, non tollera le sensazioni spiacevoli che ne derivano e ritorna ad essere DIPENDENTE.

**Fattori di mantenimento**

- I comportamenti protettivi messi in atto da Martina durante gli episodi di ansia e panico (respirare profondamente, distrarsi, chiamare qualcuno, evitamenti, fuga, prendere una camomilla per calmarsi, portarsi sempre dietro i farmaci, attenzione selettiva ai segnali corporei confirmatori) contribuiscono a mantenere il panico impedendo la possibilità di una disconferma delle interpretazioni erronee inducendo la paziente ad attribuire falsamente il mancato avverarsi della perdita di controllo al loro utilizzo e non al fatto che l'ansia non causa drammatiche conseguenze fisiche come ad esempio lo svenimento o l'infarto. Inoltre il respirare profondamente tende a peggiorare direttamente i sintomi somatici e quindi rende più probabile l'avverarsi del panico → in questo modo si rinforzano i segnali di allarme che le attivano il timore del panico per il fatto stesso di "usarli" ed "ascoltarli" maggiormente. Ad attivare gli episodi di panico sono le situazioni di solitudine (in cui sembra avvenire la sensazione di indebolimento del sé), sia



le situazioni di costrizione (minore agentività) sia le condizioni di demotivazione (ovvero quando non ha uno scopo che sia studiare per un'interrogazione o per esame, pensare alle difficoltà della separazione dei genitori. In queste situazioni proverebbe sensazioni di inconsistenza, indebolimento del senso di sé), di rilassamento, stanchezza, confusione mentale, ansia (sintomi somatici), rabbia (le fa provare agitazione e quindi sintomi somatici per cui dimentica il motivo per cui si è arrabbiata e si concentra sintomi fisici secondari alla rabbia)

- Attenzione e memorie selettive per sensazioni ed informazioni attinenti la possibilità di perdere il controllo o di poter morire improvvisamente (informazioni sentite in Tv, morte improvvisa della sorella della nonna) che vanno a favorire una maggiore disponibilità di informazioni di pericolo
- Ansia anticipatoria verso situazioni in cui teme di poter stare male ed avere il panico facilita il panico stesso (esami, andare a ballare) e la convinzione di “non riuscire a farcela da sola”.
- Problema secondario ovvero lo stato depressivo scaturito dalla percezione di sé come persona debole e bisognosa degli altri va ad intaccare ulteriormente il senso di identità ed il suo valore personale (autostima) contribuendo ulteriormente all'evitamento delle situazioni innescanti l'ansia e il timore di perdere il controllo
- Cicli interpersonali: in famiglia viene sempre assecondata nelle sue richieste di vicinanza (madre, nonna, zia) e dagli amici più stretti ottiene comprensione. Questo comportamento le va a rinforzare l'idea di sé come persona dipendente ed incapace di “farcela da sola” e le riattiva il bisogno di autodeterminarsi. Allo stesso tempo quando si trova in condizioni di autonomia e l'Altro non si occupa di lei teme l'abbandono e di non essere in grado di affrontare qualche problema → si conferma nuovamente di essere una persona debole e fragile.
- L'atteggiamento che Martina si impone (i suoi “NO” quando non le va di fare qualcosa) per dimostrarsi autonoma, la espone al conflitto e quindi alla possibilità di essere abbandonata e lasciata sola dagli altri. Questa è un'esperienza che la paziente vive come spiacevole e che la porta ad assumere un comportamento opposto (va a ricercare gli altri per assicurarsi la loro vicinanza)→ non negozia i propri bisogni con quelli dell'Altro.

### **Scompenso**

Il primo attacco di panico che Martina ricorda avviene all'età di 16 anni mentre stava guardando una partita di calcio dell'attuale fidanzato con cui stava da un anno. Era fine Giugno (estate tra le 2° e la 3° superiore) e dopo aver preso per un mal di testa un AULIN (dopo beve birra) inizia a respirare con affanno, ha la sensazione di vomitare e sente un forte nodo alla gola. Si spaventa perché non sa che cosa le stesse per succedere. Chiama i suoi genitori, che la vengono a prendere e si tranquillizza quando arriva a casa. Mi riferisce come durante la stessa estate siano seguiti altri episodi (in vacanza con le amiche, a casa del ragazzo in campagna → lontano da casa) tanto che trascorre gran parte dell'estate in casa ed evita di uscire sia per il timore del sopraggiungere di un altro attacco sia perché gli amici non avrebbero compreso il suo stato di malessere e giudicata pazza.

Martina mi riferisce che all'età di 14 anni i suoi genitori affrontano un momento di crisi dovuto ad un tradimento del padre tanto che si separano per un periodo di tempo. Ricorda quel periodo come particolarmente difficile in quanto la madre *“era depressa per colpa di suo padre”*, mentre quest'ultimo sembrava *“fregarsene”* della situazione senza cercare di recuperarla in alcun modo. Anche il rapporto con il padre sembra modificarsi e da affettuoso diventa più distaccato e conflittuale per il fatto che Martina *“si era schierata”* dalla parte della madre (*“Non avevo più credibilità in lui, diceva le cose che poi puntualmente non faceva”*). In questo periodo Martina sviluppa la percezione dei genitori come *“persone incapaci di badare a lei”* (impegnati a risolvere i loro problemi) facendosi strada l'idea, non potendo affidarsi agli altri, di *“basarsi esclusivamente su se stessa”* e per fare questo l'unica strada conosciuta è quella di essere ben *“presente a sé stessa”*. La paziente aderisce così ad un'immagine di sé in cui deve essere sempre *“vigile”* e da cui sono pertanto rigidamente esclusi tutti quegli aspetti di debolezza e di fragilità nonché quelle sensazioni che le inducono il senso di indebolimento del sé e che lei stessa interpreta come disgreganti → Atteggiamento orientato verso l'autonomia e verso una forte pretesa da sé

Ecco che nell'ultimo anno si era imposta come obiettivo quello di essere promossa senza nessun debito a scuola (l'anno prima era stata rimandata a matematica per cui viene costretta ad andare durante l'estate a ripetizione) sia di lavorare come cameriera → *“Volevo dimostrare ai miei genitori che avevo capito la lezione” e che mi ero impegnata. Mi sono sentita realizzata perché sono riuscita a fare quello che mi ero prefissata e loro lo hanno apprezzato. Anche lavorare poi mi avrebbe permesso di guadagnare qualche soldo in modo che non li avrei più chiesti ai miei genitori”* → Percezione di sé come autonoma ed agentiva.

Mi descrive la relazione con l'attuale fidanzato (prima storia sentimentale e sessuale) come conflittuale → *“Litigavamo molto per i nostri spazi ...Lui non mi coinvolgeva mai in nulla e mi escludeva da molte cose come ad esempio le uscite con i suoi amici che voleva sempre fare da solo, le partite e gli allenamenti. Io mi dovevo sempre adeguare ai suoi mille impegni e lui non rinunciava mai a niente per me”* → percezione della relazione come poco gestibile e poco prevedibile.

Con l'inizio del periodo adolescenziale e con la convinzione di autodeterminarsi, di volersi staccare dalla famiglia pensando di fare tutto da sola (compreso gestire la relazione con il ragazzo) le aumenta lo stato di ansia e sperimenta la sensazione di *“indebolimento del sé”* che non riesce a gestire e la rende bisognosa dell'Altro.

Nell'ultimo anno si sono verificati una serie di episodi che hanno portato all'incremento della sintomatologia ansiosa:

- ✓ Separazione dei genitori
- ✓ Viene bocciata a scuola
- ✓ Rottura dal gruppo di amiche
- ✓ Fine relazione con il fidanzato

Questi eventi, che hanno in comune la rottura definitiva di un legame (perdita definitiva della coppia genitoriale, del gruppo amicale e rottura relazione sentimentale), hanno di fatto esasperato sia la necessità di Martina di *“contare solo su se stessa”* sia il bisogno di dover *“essere sempre presente a se stessa”* in ogni

momento per far fronte alle necessità. Tutte queste perdite le hanno poi innescato la minaccia di perdere punti di riferimento, il timore di trovarsi da sola scaturendo così la sensazione di indebolimento e sbandamento del senso di Sé, rendendo ancor più credibile la minaccia all'integrità del sé e la prossimità della temuta disgregazione, generando così l'attacco di panico.

### **Vulnerabilità**

Martina mi racconta di aver trascorso un'infanzia per lo più serena e di aver passato molto tempo con i nonni ed una babysitter poiché entrambi i genitori lavoravano. Mi riporta di non aver avuto particolari difficoltà di separazione (asilo, scuola elementare) ricordandosi di essere andata diverse volte in vacanza con gli zii in montagna senza i genitori. Mi descrive la madre come invasiva, controllante e con la quale ha un rapporto confidenziale, "come fossero amiche" dove non ci sono segreti. Questa caratteristica si è accentuata con l'inizio delle scuole superiori quando Martina ha iniziato ad essere più indipendente ovvero ad uscire di più e a vedere ragazzi. La madre si sfoga con Martina dei suoi problemi legati alla separazione (le parla male del padre) e all'età di 14 anni le rivela che il padre l'ha tradita con un'altra donna. E' apprensiva (soprattutto da quando Martina ha queste difficoltà legate all'ansia) chiamandola quando la notte ritarda e chiedendole di farle uno squillo ogni volta che con l'auto parte e/o arriva in un posto per sentirsi più tranquilla. Questo comportamento della madre le provoca rabbia perché si sente limitata in quello che fa e controllata nelle sue azioni → *"Questo fatto degli squilli mi da fastidio...a volte di proposito non glieli facevo perché mi rompevo in quanto non posso sempre stare attaccata al telefono, ma poi vedevo che si preoccupava davvero e che non era tranquilla ed alla fine ho pensato che farle uno squillo non mi costa poi così tanto. Lei però non si accorge che sono cresciuta e che ho bisogno dei miei spazi...da una parte mi fa piacere perché vuol dire che ci tiene a me, ma dall'altra mi limita. Poi finisce che le spiego le mie ragioni e se non capisce, faccio come mi pare! Quello che vorrei è una mamma né che se ne frega di me né una che è una chiocchia come lei. In questo modo io non imparo mai a camminare da sola perché so che per ogni cosa c'è sempre lei che mi aiuta"*. Martina riconosce come l'atteggiamento della madre fosse presente anche quando era bambina e, sebbene non venisse limitata nelle sue attività (sport, compleanni, feste) si ricorda come la maggior parte delle volte la madre si raccomandasse con lei di stare attenta, la chiamava più volte quando era a casa di altre amiche a giocare per sapere come stesse oppure andava a prenderla prima del previsto → Probabilmente queste esperienze unite ad una relazione di attaccamento controllante da parte della madre che tendeva a farle vivere con ansia, monitorandola continuamente, le esperienze di solitudine e dunque le occasioni per apprendere la gestione dei momenti di fluttuazione (allentamento) del sé hanno favorito nella paziente il timore delle sensazioni di indebolimento.

Non avendo poi mai potuto imparare a gestirsi ed a tollerare le normali oscillazioni del senso di sé, Martina ha sviluppato una scarsa fiducia in se stessa scaturita proprio dal timore di non essere padrona di se stessa e della propria autodeterminazione → atteggiamento volto ad un ipercontrollo di sé e alla necessità di "essere sempre presente a se stessa".

La tendenza poi di Martina a spaventarsi e a valutare come pericolose (*Anxiety Sensitivity*) sensazioni quali la tachicardia, oppressione al petto, formicolio che interpreta come il sopraggiungere di un attacco

cardiaco le ha apprese dalla stessa madre anche lei sofferente di attacchi di panico. Martina in proposito ricorda le reazioni allarmate e la forte preoccupazione della madre per l'aumento delle palpitazioni → reazioni di spavento della madre anche di fronte ai sintomi ansiogeni di Martina.

Diverso invece è il rapporto con il padre che le chiede il minimo indispensabile (della scuola, degli amici, i colloqui con la psicologa) e “non si interessa a lei” → “*Il suo affetto me lo dimostra comprandomi le cose come il motorino o la macchina. Non si interessa a me, a quello che faccio...mi chiede le cose, ma poi smette subito. E quando glielo faccio notare lui sta zitto ed io mi irrigidisco e finisco per rispondergli male. Con mio fratello invece si comporta diversamente poiché hanno in comune l'interesse del calcio e vedo che con lui parla per ore*”

Nelle relazioni sentimentali, Martina esprime il suo bisogno di autodeterminazione cercando di gestire e di padroneggiare la relazione. Nel momento in cui questo non si verifica e Martina percepisce di doversi limitare troppo o che l'Altro non è prevedibile e controllabile o che l'Altro si gestisce indipendentemente da lei, Martina interrompe la relazione. Con ognuno dei suoi ragazzi non è però mai riuscita a chiudere definitivamente in una sola volta, ma li ha frequentati nuovamente dopo un breve periodo (“*Dovevo come rimettere il punto e ed essere sicura di quello che avevo fatto*”) → timore di un abbandono definitivo e di non essere più presente nei pensieri dell'Altro (qualche altra ragazza potrebbe avere preso il suo posto). Il fatto stesso di ritornare insieme a Martina, le garantisce valore personale aumentandole la percezione di gestire la relazione.

Martina mi riferisce anche come sono stati molto brevi (massimo due/tre settimane) i periodi in cui è stata da sola senza un ragazzo e questo perchè sia vive con ansia la solitudine (“*Se non ho nessuno accanto a me, su chi posso contare?*”) sia perchè, allo stesso tempo, la limita nelle cose che vorrebbe fare (“*Mi toccava rimanere a casa...le mie amiche erano con il ragazzo, ed io dove andavo?*”).

## **La Terapia**

### *Contratto e scopi del trattamento*

Data la breve disponibilità di tempo (16 sedute) è stato deciso di fare, in accordo con la paziente, un intervento centrato prevalentemente sul sintomo. Dopo una prima valutazione della natura e del funzionamento delle problematiche presentate, ho stabilito insieme alla paziente le modalità e la cadenza delle sedute ed abbiamo concordato insieme gli scopi principali del trattamento:

- Riduzione degli attacchi di panico;
- Ridurre in termini di intensità, frequenza e durata gli stati ansiosi e depressivi (percezione di sé come debole e bisognosa dell'Altro);

Seppure non esplicitati direttamente alla paziente vi sono una serie di obiettivi impliciti previsti dal trattamento:

- favorire l'accettazione della sensazione di indebolimento del senso di sé, giudicata da Martina come segnale dell'imminente disgregazione (minaccia all'integrità del Sé);
- ridurre l' Anxiety Sensivity;

- ridurre i comportamenti protettivi e gli evitamenti messi in atto dalla paziente per eludere la sensazione di indebolimento del senso di sé;
- modificare le credenze che contribuiscono al mantenimento dell'ansia e del panico;
- modificare l'immagine di sé quale debole e vulnerabile.

*Razionale, strategie, tecniche di cambiamento per ciascuna delle eventuali aree problematiche oggetto di trattamento e descrizione della terapia*

Nella fase di assessment è stato dato rilievo alla ricostruzione del circolo vizioso del panico in tutte le sue componenti. Alla paziente è stato dato il compito di compilare un diario per identificare tutti gli episodi di panico o di ansia significativa con le principali sensazioni fisiche temute e i relativi evitamenti e provvedimenti adottati. Allo stesso tempo, l'utilizzo del diario del panico ha incrementato la consapevolezza nella paziente delle proprie interpretazioni negative riguardo ai sintomi ansiosi. Attraverso invece la compilazione degli ABC, sia come compito a casa che in seduta, è stato possibile identificare gli antecedenti degli C problematici della paziente nonché accedere ai pensieri, credenze e assunti che regolano l'ansia e il panico.

In una prima fase sia per motivare Martina al trattamento sia per favorire l'alleanza terapeutica ho realizzato questi interventi:

- ✓ Psicoeducazione al Disturbo di Panico e ricostruzione e condivisione con la paziente del Circolo di Clark in base agli episodi di panico portati in terapia con l'obiettivo sia di dare una spiegazione dell'attacco di panico come causa delle interpretazioni erronee catastrofiche delle sensazioni corporee sia di riconoscere il ruolo dei comportamenti protettivi nell'intensificare e mantenere la sintomatologia ansiosa
- ✓ Tecniche cognitive di educazione e confutazione delle credenze negative sui sintomi fisici elicitando ed esplorando le controprove e presentando una nuova informazione in contrasto con le credenze della paziente → *Interpretazione erronea: Potrei svenire durante l'attacco di panico o Avrò un attacco cardiaco*
- ✓ Apprendere abilità di controllo dei sintomi cognitivi del panico identificando il ruolo centrale dei pensieri catastrofici nel mantenere i sintomi del panico ed individuare ipotesi alternative

Terminata questa prima fase, finalizzata in particolare a restituire a Martina la percezione che per il suo disturbo ci fosse una spiegazione e la possibilità di agire per contrastarlo, è stato deciso di fare un intervento incentrato sul sintomo il cui obiettivo è stato esporre la paziente alle sensazioni fisiche e cognitive in grado di indurre la sensazione di indebolimento del senso di sé. Tale fase ha previsto l'utilizzo dell'Esposizione Enterocettiva con l'obiettivo di aiutare Martina a riconoscere le sensazioni temute, imparare a tollerarle, verificare che non sono pericolose e che si estinguono dopo pochi minuti, senza la necessità di mettere in atto comportamenti di protezione e/o evitamenti.

Per fare ciò Martina è stata in primo luogo motivata affinché accettasse la possibilità di esporsi alle sensazioni fino ad ora evitate per eludere il pericolo della sensazione di indebolimento del senso di sé. Per fare questo ho operato in modo che la paziente riconoscesse, riferendo esempi concreti in base agli episodi raccontati, come in realtà lei fosse in grado di stare senza l'Altro e che non fosse “*debole*” come riteneva di

essere, ma che cercava l'Altro solo per il timore di sperimentare la sensazione di indebolimento del senso di sé.

Inoltre è stato ripreso con la paziente il modello di mantenimento del disturbo ricostruito per evidenziare il ruolo determinante svolto dalle interpretazioni e valutazioni catastrofiche della *normale* sensazione di indebolimento del sé. Entrambi questi passaggi sono stati importanti per arrivare ad una normalizzazione e piena accettazione della sensazione fino ad allora temuta ed evitata.

Una volta che Martina ha compreso il ruolo dell'interpretazione catastrofica della sensazione di indebolimento del sé nella genesi e mantenimento del disturbo di panico ed accettato la possibilità di sperimentarla si è passati alla fase centrale del trattamento.

Come già esposto in precedenza, le sensazioni fisiche che scatenano in Martina un senso di indebolimento del senso di sé sono le sensazioni di sbandamento, di stanchezza/confusione mentale, di rilassamento e di inconsistenza associata all'assenza di scopi (demotivazione). Altre sensazioni temute da Martina sono la tachicardia, la sensazione di oppressione al petto da lei interpretate come segnali di infarto

Per scatenare i sintomi dell'ansia individuati come più temibili per Martina quali la tachicardia, la sensazione di sbandamento e di oppressione al petto sono stati concordati cinque tipi di esercizi che consistevano in:

- Iperventilazione per un minuto (sia da seduti che in piedi);
- Respirare attraverso una cannuccia tappandosi il naso per un minuto;
- Girare in piedi su se stessi per 30 secondi senza appoggiarsi agli oggetti intorno né sedersi subito dopo l'esercizio;
- Intrecciare le dita e metterle dietro la testa mentre qualcuno porta i gomiti all'indietro. Intanto la persona fa un respiro profondo e prova a gonfiare il torace a ritmo di un respiro al secondo per un minuto;
- Correre sul posto per 1 minuto .

Lo scopo di questi esercizi che Martina ha eseguito sia in seduta che a casa fino a quando il livello di ansia che di spiacevolezza ad essi correlato non si fosse estinto, è stato quello di imparare a tollerare le sensazioni temute senza aspettarsi che scomparissero dalla propria vita. Durante l'esecuzione degli esercizi è stata fatta particolare attenzione al fatto che Martina non mettesse in atto i comportamenti protettivi (distrarsi, disponibilità dei farmaci, interrompere l'esercizio) che ne avrebbero vanificato l'esecuzione.

Dopo che la paziente ha imparato a familiarizzare con le sensazioni sia somatiche che cognitive legate allo stato ansioso, ho aiutato la paziente a confrontarsi direttamente con le normali fluttuazioni del senso di sé che sperimentava prevalentemente nelle situazioni di solitudine andando ad elicitare direttamente, tramite un'immaginazione guidata, la sensazione di indebolimento del senso di sé. Per ottenere ciò è stato chiesto alla paziente di rievocare alcuni episodi specifici in cui aveva sperimentato la sensazione di indebolimento del sé, come ad esempio l'episodio in cui è fuori casa dopo aver ricevuto la telefonata sull'ex-ragazzo e quello in cui si trova in casa da sola ed inizia a sperimentare una serie di sensazioni fisiche spiacevoli.

Le sono state poi fatte immaginare situazioni in cui si trovasse ad esempio a casa da sola senza fare nulla e fuori casa da sola. Nell'immaginare queste esperienze il più vividamente possibile è stato prescritto alla

paziente di focalizzarsi sulla sensazione di indebolimento elicitata e di restarvi in contatto, per prenderci confidenza, imparare a tollerarla e verificarne la sua natura innocua e transitoria.

### **Valutazione di esito**

L'intervento incentrato sulla sensazione di indebolimento del senso di sé (sia tramite l'utilizzo dell'Esposizione Enterocettiva sia tramite l'induzione della medesima sensazione) ha favorito la riduzione dello stato depressivo (problema secondario) della paziente poiché tollerando la sensazione di indebolimento del senso di sé, è riuscita a stare maggiormente da sola (sia a casa che fuori) ed a generalizzare i risultati ottenuti con l'esposizione enterocettiva alle situazioni di vita quotidiana. In tal modo si è ridotto allo stesso tempo il suo bisogno di ricercare la vicinanza dell'Altro (con questo è anche diminuito il suo bisogno di doversi sempre autodeterminare per mantenere il proprio valore personale e la percezione di sé come autonoma). La riduzione dello stato depressivo e di svilimento ha anche diminuito il senso generale di inutilità e di demotivazione che a sua volta poteva facilitare la comparsa di sensazioni di inconsistenza di sé.

Se ci fosse stato ulteriore tempo sarebbe stato opportuno fare un intervento per ampliare i criteri di attribuzione del valore personale. La paziente valuta se stessa esclusivamente sull'essere Autonoma (immagine di sé come positiva, forte, competente, agentiva) o Dipendente (fragile, debole) e non prende affatto in considerazione altri criteri su cui invece può valutare sé stessa. Avrei definito con lei quali sono i suoi valori, gli scopi per lei importanti, le qualità in base alle quali vorrebbe essere valutata, le cose che è in grado di fare in modo da spostare su altri criteri la valutazione di sé della paziente. Questo avrebbe ridotto in parte il suo bisogno di autodeterminazione e la sua necessità di voler gestire e controllare le situazioni e le relazioni. In proposito sarebbe stato opportuno fare un intervento per spostare il "locus of control" delle proprie azioni più verso l'esterno, facendole "abbassare la guardia" circa la possibilità di volersi sempre autodeterminare aumentando la fiducia della paziente verso gli altri. Utile verso questa direzione sarebbe la promozione di un comportamento assertivo per migliorare il comportamento di Martina in ambito relazionale in modo da imparare a negoziare i propri bisogni con quelli dell'Altro.

**Irene Massetti**

**Psicologa-Psicoterapeuta, Grosseto**

**Specializzata a Grosseto, training Gragnani-Capo**

e-mail: [irenemassetti@virgilio.it](mailto:irenemassetti@virgilio.it)

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:*  
[psicoterapeutiinformazione@apc.it](mailto:psicoterapeutiinformazione@apc.it)

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su [www.psicoterapeutiinformazione.it](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)