

Il caso di Francesca: Disturbo di Panico e Senso di Colpa del Sopravvissuto

Vittoria Bottelli¹

¹Psicologa/Psicoterapeuta, Milano

Riassunto

Nel presente articolo viene discusso il trattamento cognitivo comportamentale di una paziente con Disturbo di Panico con Agorafobia. Il lavoro è stato mirato alla ristrutturazione cognitiva della pervasiva credenza di fragilità e debolezza fisica, che caratterizzava la cognitivtà della paziente. Alla conclusione di questa fase di terapia, la paziente pone una nuova domanda, riguardante il senso di colpa che prova nei confronti dei componenti del nucleo d'origine, venuti tutti a mancare a breve distanza di tempo, a causa di patologie organiche. Ciò che viene rilevato nella paziente e che diviene nuovo oggetto di lavoro è la credenza di sentirsi dannosa anche rispetto eventi che non dipendono da lei e l'emozione di colpa, che assume le caratteristiche del senso di colpa del sopravvissuto.

Summary

The present article discusses the cognitive behavioural treatment of a patient with Panic Disorder with Agoraphobia. The main therapeutic goal pertains the cognitive restructuring of the pervasive beliefs of physical frailty and weakness, characterizing the patient's cognition. After the remission of panic disorder, the patient requests help for the sense of guilt experienced towards her sister and parents, who died in a short amount of time because of organic pathologies. The patient describes the belief of being an harmful person, affecting negatively events that are not under her control, feeling the survivor guilt. These belief and emotion become the new therapeutic targets.

Descrizione del problema

La paziente, a cui è diagnosticato Disturbo di Panico con Agorafobia secondo i criteri del DSM-IV, mi viene inviata dalla psichiatra curante, per una presa in carico psicoterapica nel dicembre 2009. Al tempo, la paziente assume 20 mg/die di dropaxin.

A partire da aprile 2009, la paziente presenta in situazioni da lei definite inaspettate ansia e paura intensa, che si accompagnano al timore di avere un infarto e a una forte sintomatologia fisica

Vittoria Bottelli, *Il caso di Francesca: Disturbo di Panico e SdC del sopravvissuto*, N. 9, 2012, pp. 75-87

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

caratterizzata da: tachicardia, sudorazione, sensazione di capogiro, sudorazione, sensazione di oppressione toracica con mancanza di respiro e parestesie agli arti. Tale sintomatologia, dopo alcune settimane, si circoscrive a situazioni specifiche, relative all'allontanarsi da sola da casa (recarsi al lavoro, viaggi aerei, guidare l'automobile) e determina nella paziente l'instaurarsi di limitazioni condizionanti la sua quotidianità, quali il rinunciare a trasferte lavorative.

La presenza di questa intensa paura e degli evitamenti di situazioni sempre affrontate spinge la paziente a consultare il medico di base, che, riconoscendo una sintomatologia ansiosa, la invia presso la nostra struttura per una consulenza psichiatrica.

Al momento del nostro primo colloquio (dicembre 2009), Francesca non esperisce da mesi attacchi spontanei e riferisce un'attenuazione della sintomatologia ansiosa. Nonostante questo, presenta un'intensa ansia anticipatoria e attacchi di panico situazionali, quando non può attuare strategie di evitamento o comportamenti protettivi in risposta agli stimoli fobici. Tale assetto sintomatico costituisce il motivo di invio da parte della psichiatra, invio che viene condiviso dalla paziente.

Quando richiede la terapia, Francesca è una donna di 44 anni, coniugata da 12, senza figli. È laureata e lavora come dirigente.

La famiglia d'origine è di elevata estrazione socio-culturale: il padre era dirigente d'azienda in pensione, mentre la madre insegnante pensionata. Entrambi i genitori sono deceduti settantenni, nel 2008. Quattro anni prima, Francesca perde la sorella minore di qualche anno, a causa di un cancro al seno.

Riferisce di avere una salda relazione coniugale, un rapporto molto forte con il cognato e con i due nipoti di 9 e 12 anni, figli della sorella e di avere un gruppo di amici non grande, ma molto unito.

Storia anamnestica

Francesca nasce in una famiglia di estrazione borghese. Descrive le figure genitoriali come punti di riferimento sempre presenti, accudenti, che l'hanno sempre spronata a esplorare e compiere le proprie scelte, in base alle sue aspirazioni. All'età di quattro anni, nasce la sorella, con cui ricorda di aver instaurato un rapporto affiatato, dopo un periodo di frequenti liti in età adolescenziale.

Frequenta le scuole con buoni risultati, che ottiene con facilità. Conclude il suo iter scolastico con una laurea in economia. Durante gli anni dell'infanzia e dell'adolescenza si descrive come una ragazza con molti amici, alcuni dei quali frequenta tuttora.

Poco dopo la laurea, all'età di 24 anni, Francesca ha un aneurisma cerebrale, dovuto a una malformazione congenita che sino allora non ha mai dato problemi. Nonostante un'iniziale prognosi sfavorevole, Francesca si riprende completamente. Da allora fino alla comparsa degli attacchi di panico, la paziente non affronta più il ricordo dell'esperienza passata.

All'età di 26 anni, dopo aver trovato lavoro, si sposa con il marito, conosciuto durante gli anni universitari. Ricorda quegli anni come un periodo molto positivo sia in ambito familiare che lavorativo.

All'inizio degli anni 2000, Francesca affronta il percorso di cura del cancro al seno della sorella, che, nel frattempo, si è a sua volta sposata e divenuta madre di un bambino e una bambina. Nel 2004, quando la sorella viene a mancare, anche alla madre viene diagnosticato lo stesso tipo di tumore. Nel 2008, a pochi mesi di distanza, vengono a mancare entrambi i genitori della paziente.

Dalla raccolta anamnestica, non si rileva familiarità positiva per disturbi psichiatrici, né evidenze di diagnosi pregresse nella paziente. Si configurano, però, nella sua vita eventi rilevanti che hanno avuto un forte impatto sul suo decorso. Questo aspetti verranno descritti a breve.

Profilo interno del disturbo

Il pensiero che accompagna Francesca quando esperisce i primi sintomi di un attacco di panico è il timore di avere un infarto o un ictus. Quando la paziente si trova in situazioni in cui si sente costretta e senza via di fuga, teme l'insorgenza di un problema fisico, che generi un malore che conduca a morte certa e che, in quella situazione, nessuno possa accorrere in suo aiuto. In quei momenti, sono presenti in lei ricordi dell'ospedalizzazione avuta a 24 anni a causa dell'aneurisma, che l'ha costretta a letto immobile per diversi mesi. Ciò che Francesca sembra temere maggiormente, in realtà, è di rivivere nuovamente quella situazione e, questa volta, di non uscirne più e rimanere perennemente in uno stato vegetale, in cui non senta e non percepisca alcunché (vedi Tabella 1 e figura 1). Ciò che Francesca vive come estremamente catastrofico è lo scenario di una vita vissuta passivamente, senza volizione e senza essere agente di se stessa. Di qui, ogni manifestazione proveniente dal suo corpo, viene interpretata come segnale di minaccia rispetto la sua salute fisica e, di conseguenza, psichica.

Meccanismi di mantenimento

Francesca presenta alcuni dei classici meccanismi di mantenimento del disturbo di panico.

- **Attenzione selettiva:** la paziente riporta di aver sviluppato una costante attenzione ai segnali corporei, specie per quelli provenienti dalla testa e dal torace. Il continuo monitoraggio dello stato somatico determina una focalizzazione delle sue risorse cognitive sui segnali

- provenienti dal corpo, che vengono così percepiti come più frequenti, più intensi e, quindi, pericolosi.
- Anxiety Sensitivity: a partire dai meccanismi di attenzione selettiva, la paziente riporta la tendenza a interpretare in modo catastrofico i segnali somatici legati all'arousal autonomico, predisponendo all'instaurarsi al mantenimento del circolo vizioso del panico. Per esempio, segnali di affaticamento dopo uno sforzo fisico vengono interpretati da Francesca come pericolosi e indici di un imminente attacco di panico.
 - Affect as information: Francesca, a partire da segni di ansia fisiologica, interpreta quello che può essere un segnale di pericolo come pericolo tout court, facendo un'inferenza del tipo: "Se provo ansia, allora deve esserci un pericolo." Il risultato ottenuto è quello di un aumento dell'arousal nei termini di un'intensa risposta emotiva, che alimenta in modo ricorsivo il circolo vizioso dell'ansia. Tale meccanismo fomenta da un lato la tendenza della paziente a effettuare previsioni catastrofiche, mentre dall'altro, i tentativi di controllare il proprio corpo e qualsiasi sua reazione, nonché controllare qualsiasi evento esterno che possa essere ricondotto all'insorgenza di un attacco di panico.
 - Rimuginio: intrapreso come tentativo di problem – solving, Francesca comincia a figurarsi i possibili scenari da affrontare quando prova ansia: "e se mi viene un attacco di panico in auto cosa faccio? Chiamo? Prendo il farmaco o non lo prendo? Torno indietro?"; "e se partissi prima per non trovare traffico? E se spostassi l'appuntamento?"). Tali pensieri, piuttosto che rassicurarla, la spaventano ulteriormente e incrementano il suo stato d'ansia, costituendo, in realtà, un volano per il circolo vizioso dell'ansia.
 - Comportamenti protettivi: altre strategie usate dalla paziente per tentare di fronteggiare l'ansia sono sia le condotte di evitamento (aerei, viaggi all'estero, attività fisica, visite mediche) che l'attuazione di comportamenti preventivi (necessità della presenza/accompagnamento del marito, richiesta di assicurazioni, strategia della distrazione/evitamento mentale "non ci penso"). Questi comportamenti hanno come risultato un incremento dell'ansia relativa all'esposizione agli stimoli temuti e della sensazione di limitazione e costrizione dovuta alla sintomatologia ansiosa.
 - Problema secondario: la paziente prova rabbia verso di sé, legata al fatto di non riuscire a svolgere attività che ha sempre affrontato a causa degli attacchi di panico. L'ansia esperita conferma alla paziente di essere una persona debole e incapace di gestire il proprio stato emotivo.

Lo scopenso

L'esordio del disturbo di panico di Francesca è collocabile nell'aprile 2009, periodo in cui la sua vita riprende dopo le malattie e i lutti dei tre familiari. La paziente dapprima perde la sorella per un tumore al seno, dopo 5 anni di malattia, nel ottobre 2004. Lo stesso tipo di tumore colpisce, di lì a poco, anche la madre, che viene a mancare nel dicembre 2008. Mentre la paziente si prendeva cura della madre, anche la condizione fisica del padre si aggrava. Nel settembre 2008, il padre muore a causa di un infarto. Nel giro di pochi mesi, Francesca si ritrova sola e descrive una forte solitudine, nonostante la presenza solida del marito e dei nipoti, che diventano come dei figli per la paziente. La paziente sente di essere l'unica superstite del suo nucleo d'origine.

Francesca esperisce il primo attacco di panico quando torna a lavorare a tempo pieno, ovvero alla sua quotidianità, non più costituita da ospedali e medici.

La paziente ha un primo attacco di panico, mentre guida una sera sulla via di ritorno dal lavoro. Prova un'intensa paura, nello specifico teme di avere un infarto e che tali sensazioni la possano sopraffare, impedendole di rientrare con le sue forze a casa. Un secondo attacco di panico si verifica di lì pochi giorni in aeroporto: Francesca inizia a temere tutte quelle situazioni in cui si possa trovare sola e lontana da casa, pensando, anche in questo caso, di non riuscire a tollerare le sensazioni esperite. Sviluppa una forte ansia anticipatoria, che le impone di ricorrere a massicci evitamenti di riunioni e impegni lavorativi. Comincia a uscire di casa solo se accompagnata dal marito, con un conseguente senso di colpa, rabbia e senso di impotenza per la situazione creatasi. Francesca ritiene di non essere più in grado di svolgere le sue attività quotidiane, come sostenere gli usuali standard lavorativi, attribuendo tale difficoltà alla sensazione di debolezza e fragilità, mai sperimentata prima, che si è insinuata in lei e che ora guida le sue scelte. Vedersi arrancare sul lavoro, provare ansia in situazioni per lei inusuali diventa un fattore che rafforza e allo stesso tempo conferma nella paziente la credenza di essere fragile e "di non essere più come quella di prima".

Vulnerabilità

La marcata tendenza a rileggere e interpretare i segnali corporei in modo catastrofico costituisce un fattore che rende Francesca vulnerabile al disturbo. L'elevata Anxiety Sensitivity (AS) mantiene la sua attenzione focalizzata sulla componente somatica del suo stato di salute.

Due esperienze nella vita della paziente contribuiscono a determinare una vulnerabilità storica al disturbo e tra l'altro, son due eventi che finiscono per intrecciarsi, rafforzando in modo ricorsivo la sensazione di fragilità.

All'età di 24 anni, la paziente ha un aneurisma cerebrale. Al tempo, la prognosi è poco promettente: Francesca rimane immobilizzata a letto, paralizzata nella parte destra del corpo; i medici, in prima istanza, non prevedono grandi margini di recupero funzionale. Fortunatamente, dopo mesi di riabilitazione, dapprima, ricomincia a parlare e poi, lentamente, a muovere braccia e gambe. Nel giro di un anno

e mezzo, riacquista un ottimo grado di autonomia. La sua vita riprende a pieno ritmo, dopo l'università, comincia a lavorare nell'ambito marketing di un'azienda, dove lavora tutt'ora e di cui è diventata una delle dirigenti. Francesca, da allora, comincia a vivere come se non avesse mai avuto alcun problema di salute, investendo ogni sua risorsa nella relazione con il marito e sul lavoro. La paziente dice di non aver mai menzionato l'esperienza dell'aneurisma con alcuna persona, ma dopo l'insorgenza del disturbo, il timore che possa vivere nuovamente un'esperienza del genere è tornato alla ribalta, facendola sentire estremamente fragile, nonché vulnerabile.

Lo stesso tipo di coinvolgimento/impegno dedica alla sorella e, in seguito, ai genitori quando cominciano il loro iter medico, mettendo in secondo piano la sua persona, i suoi bisogni. Quest'esperienza risveglia in Francesca la sensazione di impotenza e debolezza, nonché un ulteriore vissuto doloroso: la paziente si vive come una sopravvissuta rispetto i suoi familiari, risparmiata sia dal cancro, che dall'aneurisma. Ritiene di aver avuto la fortuna di ristabilirsi, al contrario della sorella e dei genitori. La paziente, durante questi anni, si è sentita molto responsabile dello stato di salute dei familiari e della loro gestione, come se l'esito delle cure dipendesse dai suoi sforzi. Di qui, il senso di fallimento e colpa nel non aver salvato la sorella e la madre e, quindi, di essere ingiustamente sopravvissuta.

La terapia

La terapia comincia nel dicembre 2009, con frequenza di una volta ogni due settimane.

L'obiettivo concordato riguarda la riduzione dell'ansia e degli attacchi di panico.

La prima fase della terapia di Francesca è costituita dall'assessment: sono state somministrate scale di autovalutazione della sintomatologia ansiosa (PASS¹, FQ², Tabella 2.), di due costrutti rilevanti nel disturbo di panico, quali AS (ASI³) e alessitimia (TAS – 20⁴, vedi Tabella 2.). Infine,

¹ Panic Attack Symptom Scale (Argyle et al., 1991): scala eterosomministrata per la quantificazione dei sintomi occorsi negli ultimi 7 giorni.

² Fear Questionnaire (Marks & Mathews, 1979): questionario autosomministrato che quantifica il grado di evitamento di stimoli fobici (agorafobia, sangue, ansia sociale).

³ Anxiety Sensitivity Index (Reiss et al., 1986): scala autosomministrata per la valutazione dell'AS (timore delle sensazioni legate all'arousal neurovegetativo, legato alla credenza che queste sensazioni possano determinare conseguenze negative al soggetto stesso).

sono stati fatti compilare gli di ABC (Allegato 2) e un diario dei comportamenti protettivi. Tale materiale, unitamente ai primi colloqui conoscitivi, ha permesso di ricostruire il funzionamento del disturbo, che è stato condiviso con la paziente.

Al fine di costruire la relazione terapeutica e motivare la paziente, inizialmente spaventata dalla sintomatologia e dalla possibile riuscita del trattamento, ho effettuato un intervento psicoeducativo sulla natura dell'ansia, del panico e delle relative misure preventive.

Nonostante Francesca identifichi le sue emozioni, spesso non riconosce il legame che intercorre tra i suoi pensieri e la sua reazione emotiva. Conseguentemente, gli esercizi di auto-osservazione e i diari ABC hanno aiutato la paziente a prendere consapevolezza dell'esistenza di un nesso tra la sua ansia e le previsioni di pericolo, mettendo così in discussione l'assunto di avere una patologia organica incurabile, da un lato e di vivere una condizione emotiva incontrollabile e ingestibile, dall'altro. La consapevolezza di questo collegamento ha aiutato Francesca a depotenziare il circolo vizioso dell'ansia e a prestare minor attenzione ai segnali di arousal.

Terminate queste due fasi, si è proceduto al modificare le credenze patogene della paziente, attraverso la ristrutturazione cognitiva delle credenze legate all'ansia e al panico, l'accettazione dell'ansia e del rischio di panico e, infine, attraverso esercizi di esposizione a stimoli ansiogeni, nonché esercizi di esposizione enterocettiva, data la spiccata tendenza della paziente a interpretare in modo catastrofico i segnali provenienti dal proprio corpo.

L'intervento di ristrutturazione cognitiva delle credenze patogene è stato mirato a modificare la credenza di fragilità psicofisica e debolezza della paziente. Dopo aver acquisito la consapevolezza del ruolo giocato dalle credenze nell'elicitare ansia, la validità di tali pensieri è stata messa in discussione. Sono state utilizzate tecniche quali: dialogo socratico, analisi delle prove a sfavore delle interpretazioni catastrofiche e il confronto dei sintomi. Questo lavoro ha permesso di decatastrofizzare le situazioni ansiogene e le relative conseguenze temute, con relativo decremento del grado di evitamento degli stimoli temuti.

L'accettazione dell'ansia e del rischio di panico è stato raggiunto tramite il riconoscimento da parte della paziente del suo bisogno di esercitare un controllo assoluto su ciò che accade dentro e fuori di lei, al fine di escludere con certezza l'evenienza di qualsiasi pericolo. Tale illusione di controllo viene vista come intrinsecamente fallimentare e fonte di maggiore ansia, piuttosto che meccanismo di assicurazione. Questo passo ha permesso di modificare la sensazione e la credenza di essere una persona debole e incapace, accettando l'idea di avere dei limiti nella possibilità di

⁴ Toronto Alexithymia Scale 20 Items (Bagby et al., 1994): scala autosomministrata per la valutazione del costrutto dell'alestitimia.

prevedere e prevenire eventi (temuti) futuri. Infine, si è analizzata l'evenienza di ritrovarsi in una situazione fobica e si è lavorato sul decatastrofizzare l'effetto delle conseguenze temute, modificando gli scenari di irrimediabilità e intollerabilità.

Sono stati concordati esercizi di esposizione enterocettiva, dapprima eseguiti in seduta e poi a casa, al fine di tollerare tutte quelle sensazioni associate all'insorgenza di un attacco di panico senza mettere in atto comportamenti protettivi. Tali esercizi hanno permesso alla paziente di sperimentare la transitorietà e l'innocuità di queste sensazioni. Successivamente, una volta decatastrofizzate le sensazioni somatiche temute quali il fiatone e la tachicardia, sono stati concordati esercizi di esposizione in vivo, come la ripresa graduale dell'attività fisica e il riprendere a guidare da sola (per es., dapprima per strade del paese, per poi arrivare alla tangenziale e all'autostrada).

Al fine di prevenire le ricadute, è stato rivisto il percorso svolto dalla paziente ed è stata analizzata la storia di apprendimento dei costrutti disfunzionali. È stata, per la prima volta, nominata e accettata la paura che la paziente ha provato durante il periodo di ospedalizzazione in seguito all'aneurisma, ovvero la paura di non farcela e di rimanere allettata per tutto il resto della vita. In seguito a questo passaggio, l'immagine di lei allettata si è lentamente dissolta. È stato effettuato un intervento di validazione delle esperienze emotive vissute e rilette come reazione naturale a un evento così dirompente, slegandolo da un significato di debolezza e incapacità. Tale interpretazione dell'emotività negativa ha permesso alla paziente di mettere in discussione il senso di colpa che provava verso il marito e la rabbia verso se stessa a causa del fatto di avere gli attacchi di panico, rilette come difetti che avrebbero determinato da un lato l'abbandono da parte del marito e dall'altro la percezione di essere invalida.

Nell'attualità, il disturbo di panico non costituisce più un problema per Francesca. La paziente non presenta evitamenti, non interpreta come catastrofiche le sensazioni somatiche: si sente libera di affrontare la sua quotidianità. La risoluzione della sintomatologia ansiosa ha lasciato spazio a una nuova domanda da parte di Francesca: durante la fase di ricostruzione della storia personale, ma anche durante precedenti colloqui, la paziente riferisce una difficoltà nel poter concedersi di godere della propria vita. Si sente in colpa nei confronti dei genitori e soprattutto della sorella, quando vive momenti piacevoli, di gioia. Ritiene di non essere meritevole di godere di questo benessere e di non capire come mai sia toccata a lei la "sciagura" di sopravvivere alla sua famiglia d'origine. Spesso ripete di non aver fatto abbastanza per loro e che da un momento all'altro possa toccare a lei, in quanto nella sua vita sono avvenute solo disgrazie.

A partire da questa nuova richiesta (maggio 2011), riformuliamo il contratto, gli obiettivi da perseguire e decidiamo di lavorare sulla credenza di Francesca di sentirsi dannosa anche rispetto

eventi che non dipendono da lei e sull'emozione di colpa, che sembra avere le caratteristiche del senso di colpa del sopravvissuto.

Il lavoro inizia con ristrutturazione cognitiva, analizzando i bias di pensiero del tipo assolutizzazione, astrazione selettiva, pensiero dicotomico, che supportano Francesca nel mettere in atto comportamenti oblativi, ritenersi immeritevole di ciò che quotidianamente vive e nel temere di essere la prossima a pagare dazio.

Un primo importante passo raggiunto è stato quello che ha permesso a Francesca di prendersi cura di sé: tre anni fa, la paziente scopre di avere un fibroma all'utero. Francesca, dicendosi occupata nel seguire le cure mediche dei genitori, trascura la sua salute. A settembre 2011, dopo un lavoro di decatastofizzazione del possibile esito della visita ginecologica, vista come l'incontro che avrebbe sancito la sua fine, la paziente decide di sottoporsi a un intervento di isterectomia. Dopo aver superato questa paura, si sottopone nel novembre 2011 all'esame per più difficile: la mammografia, test che da anni ha evitato. Nonostante la forte ansia vissuta con l'approssimarsi dell'appuntamento, che ha rievocato i ricordi delle esperienze della sorella e della madre e il timore di un sicuro esito positivo, Francesca effettua il test con assenza di riscontri. Quest'ultima esperienza permette alla paziente di rivedere la credenza di essere "sempre la prossima sulla lista".

Inoltre, durante l'estate, si prende cura della casa dei genitori, luogo che non aveva più visitato dalla loro morte e gode della compagnia dei nipoti, andando in vacanza insieme, non sperimentando senso di colpa verso la sorella. Ciò che sembra alleviare il vissuto della paziente è la nuova consapevolezza di non usurpare il posto della sorella agli occhi dei nipoti, che ricercano la sua figura, pur mantenendo il ricordo della madre.

Ad oggi (dicembre 2011), la paziente ha ottenuto un buon grado di distanziamento rispetto gli scenari relativi al senso di colpa del sopravvissuto. Questa consapevolezza nonché il fatto di aver subito un'isterectomia hanno portato la paziente ad affrontare un suo desiderio, che per anni è stato accantonato, ovvero quello di avere un figlio. Francesca e il marito stanno decidendo di iniziare un percorso di adozione.

Supervisione

Nonostante si sia instaurata una buona alleanza terapeutica con Francesca, la credenza di ritenersi poco meritevole d'aiuto e, soprattutto, la necessità di dover essere sempre forte, autonoma e indipendente ha, talvolta, rallentato il lavoro con la paziente, che spesso chiama disdicendo a poche ore dalla seduta. Questa difficoltà, divenuta oggetto di riflessione, è comparsa nel momento in cui siamo passate nella seconda fase della terapia. Francesca prova paura nel affrontare le

tematiche legate alla sua famiglia, nonostante senta e riconosca il bisogno di provare a farvi fronte. Da un lato, è spaventata dall'idea di affrontare il lutto legato alla perdita dei familiari e si sente fragile nel chiedere aiuto per gestire questa situazione. A partire da questi spunti, Francesca nota come per lei sia fondamentale dover essere sempre efficiente, presente a se stessa e autonoma nel risolvere i problemi. L'aspettativa che nutre nei suoi confronti è sempre molto elevata e non ammette la presenza di una persona a cui poter far riferimento, pena la svalutazione, il senso di colpa e di fallimento per non essere riuscita nello scopo prefissato. L'entrare in contatto con emozioni spesso negate ha, dunque, generato in Francesca un moto di fuga ed evitamento, rispetto i nostri incontri, che le facevano sentire debole e fragile nel gestire tali sentimenti. Riconoscere questo pattern ha permesso a Francesca di non concludere anticipatamente la terapia e anzi, di modularsi rispetto la sua tendenza ad accentrare su di sé qualsiasi incombenza, che come altro lato della medaglia è caratterizzato dalla sensazione di costrizione e debolezza.

Durante le supervisioni, sono stata aiutata a comprendere il funzionamento del senso di colpa del sopravvissuto provato dalla paziente, soprattutto nei confronti della sorella. Infatti, spesso ripete frasi del tipo: "non me lo merito; io sono la prossima". La paziente percepisce una discrepanza tra la sua fortuna, ricevuta in dose sproporzionata, rispetto a quella toccata in sorte alla sorella. Francesca pensa di essere sopravvissuta immeritatamente all'aneurisma e non riesce a capacitarsi perché la sorella, a lei vicina di età, nonché moglie e madre, dunque persona assai meritevole, non abbia avuto la stessa possibilità. Dice di essere stata risparmiata ingiustamente e, anzi, descrive una sensazione per cui, talora, sente che la sua dose di fortuna sia stata pagata, sottratta a quella della sorella e, in seconda istanza, dei genitori. Nonostante sappia di non aver causato alcun danno alla sorella e che la causa della sua morte sia indipendente da ciò che è stato in suo volere e potere, la paziente si ritiene, in parte, responsabile della morte della sorella.

Il senso di colpa non le permette di godersi la vita in qualsiasi sia sfaccettatura, dall'esperienza più piccola ai grandi eventi del quotidiano. Vivere una vita di privazioni viene interpretato come un tentativo di espiazione, che le possa permettere di ripristinare un equilibrio tra la sua sofferenza (o di converso, fortuna) e quella dei familiari. Ciò che ne esita, invece, è un incremento della colpa e della percezione di ingiustizia subita.

Infine, Francesca esprime la sua sensazione di ineludibilità rispetto un evento catastrofico (per es. cancro). Tale probabilità viene rinforzata dal continuo rievocare l'esperienza della sorella, come se la vicinanza/condivisione di alcune caratteristiche con lei possa rendere la probabilità di avere un tumore molto più certa. Condotte, quali evitare esami medici (mammografia e visita ginecologica), rinforzano il grado di certezza soggettiva di andare incontro a un esito infausto.

Il confrontare la paziente con questo suo funzionamento ha permesso, in primo luogo, di abbandonare quei tentativi di soluzione fallimentari, che piuttosto che darle una sensazione di equilibrio e giustizia ripristinata, aumentano la sua frustrazione e colpa. Ridimensionare anche il suo grado/aspettativa di controllo rispetto gli eventi ha fatto sì che Francesca non si percepisse più come dannosa rispetto a eventi che non dipendessero da lei. Infine, è stato anche osservato come la stima soggettiva di poter avere un cancro fosse, in lei, distorta e determinata da deduzioni arbitrarie, nonché bias cognitivi (per es. vicinanza di casi noti aumenta la probabilità, “se è capitato a loro, certamente toccherà anche a me”).

Un’ultima preziosa supervisione mi è servita a notare come Francesca, da un lato, non riconosca di aver in qualche modo “già pagato” in primis con l’aneurisma e ora con la sterilità, mentre dall’altro, non riesca ancora ad accettare l’idea che, sì, un giorno toccherà anche a lei, come è toccato ai suoi cari e come tocca al genere umano tutto.

A	B	C
Traffico in tangenziale	Sono bloccata, non posso uscire	➤ Ansia ➤ Sudorazione, tachicardia, sensazione di soffocamento
A'	B'	C'
Ansia/sensazioni somatiche	Mi sto sentendo male, potrei avere un infarto, sto per morire	➤ Paura/panico ➤ Ricorso a 5 gtt xanax, chiama il marito
A''	B''	C''
Immagine ospedalizzazione	Se rimango un vegetale per sempre, non sento più niente, non sono più io	➤ Paura

A	B	C
All'imbarco di un volo internazionale	Sono sola, se mi sento male, l'aereo non può atterrare.	➤ Ansia ➤ Sudorazione, vertigini, senso di soffocamento
A'	B'	C'
Ansia	Mi sto sentendo male, potrei avere un ictus, sto per morire e nessuno può fare niente per aiutarmi.	➤ Paura/panico ➤ Evitamento

Tabella 1. Esempio di ABC riportato da Francesca nelle situazioni ansiogene

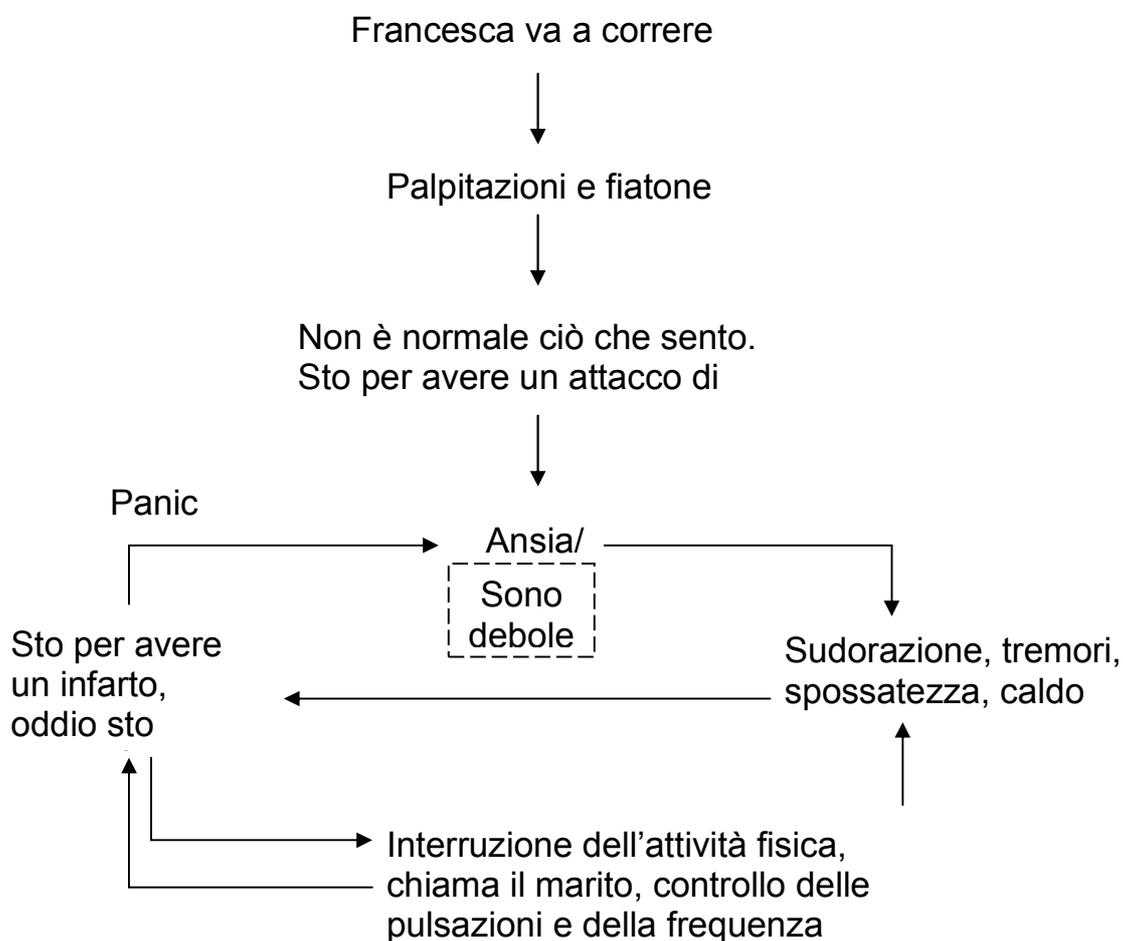


Figura 1. Esempio di circolo vizioso cognitivo descritto dalla paziente

Dicembre 2009

TAS – 20	Difficoltà a identificare le emozioni	13
	Difficoltà a comunicare le emozioni	12
	Externally oriented thinking	8
	Totale	33 (<51)
	ASI	39 (22.1 ± 9.8)
	FQ	67 (0 – 80)*
	PASS	21 (0 – 28)*

Gennaio 2011		
TAS – 20	Difficoltà a identificare le emozioni	11
	Difficoltà a comunicare le emozioni	13
	Externally oriented thinking	6
	Totale	30 (<51)
	ASI	25 (22.1 ± 9.8)
	FQ	15 (0 – 80)*
	PASS	4 (0 – 28)*

Tabella 2. . Punteggi alle scale ASI, TAS– 20, PASS, FQ di Francesca

*In letteratura, non sono riportati i dati di validazione su un campione italiano di queste due scale.

Vittoria Bottelli

Specializzata a Roma, training R. Lorenzini e A. Semerari

Psicoterapeuta, Milano

bottelli.vittoria@gmail.com

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:

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