

**NEUROLOGIA
PSICHIATRIA
SCIENZE UMANE** **N.P.S.**

Rivista della Fondazione "Centro Praxis,."

Ammissa al premio per i periodici di elevato valore culturale

Diretta da: Raffaello Vizioli
e Severo Puoti

Espresso della Rivista N.P.S. Neurologia Psichiatria Scienze umane
Volume XIII - N. 1 - Gennaio - Febbraio - 1993

Coerenza sistemica e cambiamento terapeutico in un'organizzazione cognitiva di tipo fobico

Salvatore Bianco

*U.S.L. 16 - Iglesias (Ca)
Servizio Materno-Infantile*

Introduzione

Il modello sistemico-processuale (Reda, 1986; Guidano, 1988, 1990, 1991; Bianco et al., 1990) può diventare una promettente e utile cornice teorica per comprendere come un individuo, all'interno di un processo terapeutico, pur mantenendo la propria coerenza interna, raggiunga degli specifici obiettivi adattivi all'ambiente: in che modo, quindi, le "perturbazioni strategicamente orientate" del terapeuta (Mahoney, 1988, 1991) aumentino la complessità nelle modalità di costruzione della realtà da parte di un soggetto e come le trasformazioni vengano "integrate" all'interno di un processo di mantenimento dell'identità personale.

Un'analisi di tale processo può venire meglio esemplificata esponendo le procedure di cambiamento terapeutico avvenute in un caso di organizzazione cognitiva personale di tipo fobico. Al fine di evitare delle confusioni, è bene precisare che il nostro atteggiamento nosografico considera gli aspetti multiformi con cui possono manifestarsi fobie e alcuni disturbi di tipo ansioso come l'espressione di una sindrome unitaria derivante da meccanismi etiopatogenetici simili (Guidano e Liotti, 1983; Reda, 1986; Guidano, 1988, 1990, 1991).

La coerenza organizzativa, che sottende tale modalità di costruzione dell'identità personale e della realtà è basata su un equilibrio dinamico fra due polarità emotive antagoniste: il bisogno di libertà ed indipendenza all'interno di questo stesso mondo. La caratteristica più rilevante in ambito clinico è la tendenza a rispondere con paura e ansia a qualsiasi perturbazione dell'equilibrio affettivo come perdita di protezione e/o perdita di libertà e indipendenza, con una

conseguente marcata riduzione dell'autonomia personale.

L'itinerario di sviluppo di tale organizzazione è caratterizzato da una limitazione diretta o indiretta del comportamento esploratorio autonomo del bambino: almeno una figura genitoriale esercita un attaccamento ansioso finalizzato a mantenere uno stretto contatto con il piccolo, limitandone l'autonomia, spaventandolo con la descrizione di un mondo esterno pieno di pericoli e frenandolo con continue minacce di abbandono (Bowlby, 1969, 1973, 19980; Parker, 1979, 1983); contemporaneamente si insiste su una sua presunta debolezza che lo renderebbe pericolosamente vulnerabile a qualsiasi difficoltà. Tali figure di attaccamento, non prestandosi ad essere percepite come una "base sicura" per l'esplorazione, rendono il bambino piuttosto insicuro fuori dall'ambiente familiare. Mentre da un lato la continua protezione ed attenzione ricevute da genitori iperprotettivi gli consentono di elaborare un senso di sé come persona amabile e di valore, dall'altro la limitazione dell'autonomia, modulata dal ricordo del panico sperimentato durante le occasionali sortite autonome, producono un senso di sé debole e incapace, difficilmente integrabile con il precedente. Questo continuo oscillare produce un repertorio di attività diversive e di meccanismi di autoinganno finalizzati a mantenere la vicinanza fisica delle persone significative, senza dover modificare la percezione della propria autostima e amabilità personale (nel senso che a tali variazioni emotive viene attribuita una connotazione "esterna" di malattia). La limitazione nell'esplorazione riguarda anche i domini emotivi e ciò porta ad una riduzione della capacità di discriminazione e di deco-dificazione della gamma delle emozioni: sovente i comportamenti emotivi ed i sentimenti vengono equiparati al temuto senso di debolezza e fragilità e quindi esclusi dall'ambito del proprio vissuto. Il senso di autostima e di competenza personale si identifica con il controllo che si è in grado di esercitare sulla continua modulazione in-terna della paura che rimane la tonalità emotiva di base di questa organizzazione. Ciò conduce ad un ipercontrollo sulle proprie emozioni e sensazioni che vengono vissute come eventi esterni al Sé. Questi soggetti utilizzano procedure basate sulla prevenzione e sull'evitamento continuativo delle emozioni, piuttosto che su una loro comprensione in termini di vissuto personale. Giova ricordare, tra l'altro, che quando esistono delle difficoltà nella decodifica delle proprie esperienze emotive, queste vengono di solito avvertite come spia-cevoli e del tutto estranee (Marshall e Zimbardo, 1979; Maslach,

1979). Lo stile affettivo "fobico" è perciò caratterizzato dal tentativo costante di avere sempre a disposizione una figura di attaccamento, evitando al tempo stesso un coinvolgimento stabile e definito; una sorta di discrepanza tra la propensione a cercare rapporti affettivi capaci di offrire una protezione adeguata e stabile ed una scarsa abilità, centrata su un ipercontrollo su di sé e sulla realtà, nel padroneggiare aspetti emotivi ed esistenziali connessi a tali rapporti. Naturalmente ciò porta questi soggetti a notevoli difficoltà nel riconoscere come proprio l'emergere di un coinvolgimento affettivo. Gli eventi di vita capaci di innescare oscillazioni e perturbazioni tali da produrre uno scompenso in senso psicopatologico sono di solito legati a situazioni, reali o immaginarie, che si prestano ad essere percepite come perdita di protezione che, attivando intense paure di solitudine, alle volte compaiono come crisi di panico; anche variazioni nell'equilibrio di un rapporto affettivo si prestano ad essere percepite come perdita di libertà ed indipendenza attraverso intense ed incontrollabili sensazioni di costrizione.

L'affiorare alla coscienza di tali oscillazioni emotive violente ed incoercibili può essere percepito dal soggetto come una paura pervasiva e quindi una perdita di controllo (si possono sviluppare immagini relative a perdita di coscienza, svenimenti, disturbi cardiaci, etc. oppure l'immagine della pazzia incombente, in cui il soggetto si vede completamente in balia di impulsi intollerabili ed incontrollabili). Un individuo con una simile organizzazione della conoscenza si considera debole, ma non per questo non amabile ed inferiore, solo a causa di una malattia e non per mancanza di competenza personale; introducendo il concetto di malattia nell'immagine di sé, riesce a generare una spiegazione coerente con le sensazioni perturbanti ed incontrollabili che lo pervadono senza dover modificare il livello di autostima.

Caso clinico

Gianna cominciò la terapia che aveva 48 anni; sposata da circa 18, era madre di due figlie (una di 17 ed una di 11 anni) e, come professione, svolgeva piccole attività di contabilità; si presentava trasandata, poco curata nell'aspetto e nel vestire, lo sguardo e l'espressione del viso comunicavano una forte tensione ed il corpo era sempre come abbandonato in una posizione di costante chiusura: le spalle erano curve, lo sguardo rivolto al pavimento e le braccia spesso incrociate rigidamente sul davanti. Pur avendo un modo di relazionare dimesso, sembrava continuamente cercare nel rapporto con il terapeuta una sorta di tacita protezione; pur non guardando mai

negli occhi, spesso rideva ed ironizzava sui propri problemi: gli atteggiamenti di "seduzione", espressi nel primo periodo in modo elevato, andarono accentuandosi nel prosieguo della terapia. I sintomi che presentava erano di natura sia psicologica che neurovegetativa: raccontò di avere paura di una grave malattia ogni qualvolta sentiva un dolore e di essere in preda all'ansia quando le capitava di dover affrontare una situazione sociale come fare la fila negli uffici, andare in luoghi affollati, stare in gruppo etc.; in quei momenti la sensazione che avvertiva era quella di svenire o di perdere il controllo e più si concentrava su questo più stava male; l'ansia si attenuava in compagnia di una figura significativa. Queste "terribili sensazioni" erano accompagnate da varie manifestazioni somatiche: cali pressori con indebolimento generale, tachicardia, affanno, tensione alle mascelle e alle tempie, cefalea e colite spastica; quando si esponeva alle situazioni temute, questi fenomeni la costringevano a letto anche per alcuni giorni. Si era sottoposta, precedentemente, a varie terapie farmacologiche senza nessun esito e, nonostante continuasse ad assumere ingenti quantità di farmaci, la sintomatologia diventava sempre più invalidante per la sua vita di relazione. La preoccupò un episodio in cui era stata molto male e le era sembrato di poter impazzire: il cuore aveva cominciato a battere molto forte, non riusciva a respirare, aveva un tremore diffuso in tutto il corpo che non riusciva a controllare ed ebbe improvvisamente un impulso irrefrenabile ad andare verso la finestra e a buttarsi di sotto.

Gli insuccessi farmacologici ed il ricordo di questo episodio la convinsero ad intraprendere una psicoterapia. Durante i colloqui emerse che il primo attacco di panico si era manifestato alla morte del padre avvenuta improvvisamente anni prima per un attacco cardiaco. Ebbe in quell'occasione la sensazione di perdere il controllo e di poter impazzire e sviluppò tutta una serie di distonie neurovegetative. Tale quadro andò via via peggiorando tanto che, nella prima fase della terapia, l'idea di poter impazzire era così martellante e continua che Gianna non riusciva a parlare d'altro. Negli incontri successivi emersero dei dati importanti riguardo le figure genitoriali: con il padre, che era quella emotivamente più significativa, si era instaurato un forte "attaccamento ansioso"; durante tutta la vita le aveva ostacolato qualsiasi tentativo di autonomia: era iperprotettivo e mediava qualsiasi situazione fra Gianna e il mondo esterno. A questo proposito è esemplificativo un episodio: quando Gianna prese il diploma di insegnante di scuola materna, espresse il desiderio di lavorare; dovendo viaggiare da sola per raggiungere la sede di destinazione, il padre ostacolò talmente questa decisione che la convinse ad occuparsi di un'attività commerciale familiare. Anche quando divenne adulta e si sposò, il padre continuò ad esercitare un costante controllo su tutte le attività della figlia: non accettò di buon grado il matrimonio, ma divenne il mediatore del rapporto fra lei ed il marito: quando litigavano Gianna ricorreva sempre al padre, il quale successivamente componeva la soluzione con il genero.

Abitavano sullo stesso pianerottolo per cui vivevano praticamente in simbiosi. Durante le sedute, quando ricordava il padre, assumeva un atteggiamento molto infantile; lo sguardo diventava più dolce, il tono della voce più morbido e tutto il corpo improvvisamente si rilassava; abbandonava lo stato di tensione e di impatto che di solito aveva e accentuava col terapeuta l'atteggiamento di dipendenza e sottomissione, quasi cercando protezione. La figura materna non compariva quasi mai nei racconti di Gianna e, anche quando la si stimolava a parlarne, le informazioni che emergevano segnalavano che, nel vissuto della paziente, la madre era emotivamente

poco significativa: non c'era stata tra loro nessuna comunicazione e Gianna la descrisse come una persona fredda che non la capiva e non la proteggeva. Altri dati di rilievo, per comprendere lo sviluppo di questa organizzazione, furono quelli emersi dalla storia affettiva: dopo una delusione d'amore da parte di un uomo a cui era stata legata per 6 anni e dal quale era stata lasciata in procinto delle nozze, cominciò a fare delle considerazioni riguardo al fatto che aveva 30 anni e "doveva" farsi una famiglia (specificò che per lei la famiglia era una grande sicurezza); questi pensieri in quel periodo erano costantemente nella sua mente. Per dimenticare l'uomo che l'aveva lasciata partì per un viaggio e durante il soggiorno conobbe il futuro marito; si sposò nel giro di 6 mesi, non perché "ne fosse innamorata" ma per il fatto che rappresentava la "sicurezza per il futuro", specificando che desiderava avere un nucleo familiare proprio. Il padre rimase, in ogni caso ed in ogni circostanza, la figura di riferimento privilegiata anche perché il marito, oltre ad essere più giovane di lei, non dava nessuna sicurezza essendo descritto come "una persona immatura" che spesso le creava momenti di delusione e di instabilità (cambiava sovente lavoro etc.); in tali occasioni era lei che risolveva i problemi sia economicamente che confortandolo psicologicamente. Nonostante non lo amasse, la paura di perderlo le faceva sopportare qualsiasi cosa: raccontò che quando un'amica del palazzo rimase incinta, sebbene vi fossero dei forti indizi che facevano sospettare che il marito avesse una relazione extracongiugale con la vicina, non disse niente né pensò di lasciarlo. Continuava a vivere con lui qualunque non provasse più nessuna attrazione: da sette anni non aveva rapporti sessuali, né provava interesse per altri uomini. La cosa per lei più importante era la sicurezza di avere un uomo accanto e di tenere compatto il nucleo familiare. Riteneva ottimo il rapporto con le figlie, lo descriveva basato sul dialogo e sull'amicizia, ma chiedeva continuamente protezione e sostegno e, quando stava male, erano loro che la accudivano.

Alla morte del padre, quando le venne a mancare il fattore di maggior stabilità, la percezione di sé, immersa in un mondo pericoloso, fu rapidamente neutralizzata con un vissuto di malattia.

Strategia terapeutica e conclusioni

Alla luce dell'organizzazione di personalità di Gianna, il terapeuta instaurò una relazione avvertita dalla paziente come sicura ma collaborativa al fine, tenuto conto della tendenza alla dipendenza, di evitare di confermarle gli assunti alla base dei disturbi. La strategia era quella di produrre una riorganizzazione del significato personale per condurla ad una comprensione più precisa del proprio funzionamento e delle "spiegazioni" che la paziente dava ai propri vissuti emotivi. Si evitò di costringere Gianna a modificare le proprie convinzioni a tutti i costi, ma si cercò di renderla più consapevole del suo modo di elaborarle. Attraverso tecniche di autosservazione e l'analisi e la comprensione della storia affettiva (Guidano, 1988, 1990, 1991), si cercò di ottenere un maggior livello di distanziamento e di decentramento nei confronti di certi schemi

emozionali e cognitivi connessi al senso di sé e ai suoi disturbi. Una volta stabilita con la paziente una prima meta terapeutica che riguardava una migliore comprensione e gestione della paura ed una graduale esposizione alle situazioni temute, si introdussero delle tecniche di autosservazione sulle immagini e sul dialogo interno al fine di rendere consapevole la paziente della sequenza: situazione-elicitante → sistemi di rappresentazione → paura → comportamenti di evitamento. Pian piano Gianna cominciò a discriminare meglio le proprie emozioni, a capirne il senso e quindi a non temerle più tanto. Si esclusero le tecniche di rilassamento a causa di alcune risposte paradossali che i pazienti con questa organizzazione hanno: la necessità di un controllo continuo sulle emozioni, porta questi soggetti ad attribuire un significato di pericolosità e perdita di controllo alle sensazioni connesse ad un diminuito tono muscolare con conseguente reazione di allarme e spesso senso di depersonalizzazione e/o derealizzazione (Blanco et al., 1984; Blanco & Mahoney, 1986; Reda et al., 1986; Reda et al., 1988). Il terapeuta lavorò per alcune sedute sulle emozioni e sulla consapevolezza delle medesime. Quando Gianna cominciò ad osservare che l'ansia e gli attacchi di panico non erano sintomi di una qualche grave malattia, ma semplicemente emozioni legate al suo "sentirsi debole" e alle immagini con cui si rappresentava la realtà, cominciò ad affrontare gradualmente le situazioni evitate precedentemente. Spesso in terapia diceva di avere affrontato di propria iniziativa anche delle situazioni non programmate nella seduta precedente. Cominciò a recarsi nello studio del terapeuta a piedi (cosa che precedentemente non aveva mai fatto in quanto l'automobile rappresentava "una base sicura e protettiva"). Cambiò anche l'atteggiamento verso il marito diventando sempre più affermativa e facendo valere le sue ragioni. In passato per paura di perderlo si era sempre adeguata passivamente alle sue richieste; ora non si addossava più tutti i problemi legati all'"immaturità" del marito e alle incombenze familiari (problemi con le banche, far quadrare i conti, etc.); in queste occasioni lo metteva di fronte alle sue responsabilità. Per es. non le era mai piaciuto andare a lavorare nella rosticceria del marito e solo ora riusciva a non andarci dicendogli semplicemente che non le piaceva, senza il bisogno inconsapevole di nascondersi dietro ad un vissuto di malattia. Cominciò a non preoccuparsi se tutto ciò che aveva pensato di fare durante la giornata non poteva essere portato a termine e anche l'abbigliamento mutò: ora andava sovente dal parrucchiere, si truccava

ed in generale aveva molta cura della propria persona.

Dopo circa 6 mesi di lavoro arrivò in seduta "raggiante": era riuscita ad andare dal dentista per farsi estrarre un dente, cosa che non riusciva a fare da anni neanche per una banale otturazione. Era quasi stupita dei risultati che andava ottenendo. Aumentando la propria consapevolezza, anche grazie all'analisi della propria storia affettiva, si sentiva meno debole e tutto sommato il mondo cominciava a sembrarle meno pericoloso. Quando iniziò a stare bene, Gianna portò in seduta la paura di staccarsi dal terapeuta. Alla luce dei risultati che lei aveva raggiunto, del fatto che era riuscita a smettere di assumere i farmaci dai quali era stata dipendente per molti anni, cominciò a capire che più sarebbe stata meglio e meno avrebbe avuto bisogno del terapeuta. Si stabilì un distacco graduale, portando, in base ai suoi successi, le sedute prima a cadenza quindicinale, poi mensili e successivamente si decise concordemente di interrompere definitivamente.

Dopo circa dodici mesi di terapia, nel salutarla il terapeuta diede la sua disponibilità per essere chiamato in qualsiasi momento. Non si fece sentire per parecchi mesi e quando chiamò lo fece per ringraziare e dire che era contenta e stava bene. A distanza di due anni telefona occasionalmente per salutare e dice che continua a stare bene e che riesce ad affrontare la vita con più energia ed entusiasmo.

I maggiori livelli di consapevolezza che erano andati man mano emergendo, hanno portato Gianna ad una riorganizzazione anche dei dati del passato e, innescando contemporaneamente ulteriori processi di comprensione del presente, ad un riordinamento degli eventi di vita in nuove cornici teoriche, pur mantenendo la propria coerenza interna e gli assunti di base del proprio significato personale. Attraverso la ricostruzione dei modelli rappresentativi riguardanti il Sé e la realtà ed una maggiore comprensione dei significati personali, era arrivata all'assimilazione delle oscillazioni emotive critiche; ciò identificando e modificando gli assunti impliciti delle procedure di pensiero che regolavano il suo modo disfunzionale di assimilare le esperienze nell'ambito del proprio significato; il tutto, accompagnato dalla comprensione del modo con cui andava ordinando l'esperienza, le aveva facilitato l'elaborazione di strategie volte a permetterle di affrontare le discrepanze affiorate.

Nel caso di Gianna è avvenuto un "cambiamento superficiale" consistente soprattutto in una riorganizzazione dell'attitudine del-

la paziente verso la realtà; si è trattato di un cambiamento che ha consentito un miglioramento reale, anche se limitato, nell'adattamento all'ambiente ed una eliminazione dello stress emotivo. Non si è ritenuto opportuno, considerato il "contratto terapeutico", forzare la paziente ad un "cambiamento profondo", intendendo per questo quella riorganizzazione dei modelli di attitudine verso di sé che conduce gradualmente ad una ristrutturazione dell'identità personale. Il terapeuta ha guidato la paziente ad assimilare lo squilibrio emotivo che ostacolava i suoi tentativi di raggiungere un livello di consapevolezza più integrato. L'obiettivo è stato quello di mettere Gianna in grado di elaborare modelli alternativi di sé e del mondo che le consentissero di riconoscere e ordinare in modo più adeguato quei processi emotivi che, seppure al di fuori della consapevolezza, influenzavano il suo pensiero.

In generale possiamo dire che l'aumento della consapevolezza che la paziente ha sviluppato del proprio funzionamento le ha permesso, proseguendo nel suo equilibrio dinamico e progressivo, di assimilare gli squilibri prodotti spostandosi verso una conoscenza di sé e del mondo più articolata ed integrata.

□ RIASSUNTO

Lo scopo del lavoro è quello di evidenziare, attraverso l'esposizione di un caso clinico, come un individuo, pur mantenendo la propria coerenza interna, possa raggiungere specifici obiettivi adattivi all'ambiente.

L'Autore evidenzia in che modo le "perturbazioni strategicamente orientate" del terapeuta, incrementando la consapevolezza del paziente, possano aumentare la complessità nelle sue modalità di costruzione della realtà e come tali trasformazioni vengano integrate all'interno di un processo di mantenimento dell'identità personale. Tale consapevolezza facilita infatti la comprensione dei propri schemi emozionali e, di conseguenza, una migliore gestione dei propri scompensi emotivi e una maggiore capacità di assimilazione degli squilibri adattivi.

□ SUMMARY

The aim of the present work consists in pointing out, through the analysis of a clinical case, how a person can reach specific adjustment to his environment maintaining his own inner coherence.

The author puts in evidence how perturbations, strategically driven by the therapist, to enlarge the patient's self-consciousness, may increase the complexity of his way in constructing reality and how the patient himself can integrate such changes into a process aiming to keep his own personal identity.

As a matter of fact, thanks to such awareness, he can more easily understand his emotional schemes, better manage his emotional disorders and get a larger ability in assimilating them.

□ BIBLIOGRAFIA

- Blanco S., Marchi E., Reda M.A.: *Risposta paradossale dei pazienti agorafobici all'EMG-BFB training*. In *Terapia in Medicina Comportamentale*, (a cura di Pancheri P.), Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1984.
- Blanco S., Mahoney M.J.: *Il "Mirror Time": un approccio alla comprensione del Sé (aspetti psicofisiologici)*. Atti 3° Congr. Naz. Soc. Ital. di Ter. Comport. e Cognitiva, Milano, 17-18 ott. 1986, Ed. Unicopli.
- Blanco S., Guidano V.F., Palomba M., Porcu S., Reda M.A., Zorcolo G.: *Un approccio sistemico processuale all'organizzazione cognitiva di soggetti caratteropatologici*. *Neurologia Psichiatria Scienze Umane*, Vol. X, 3, 447-463, 1990.
- Bowlby J.: *Attaccamento e Perdita*. Trad. It., 3, Voll. (Borinigheri, Torino, 1969-80), Vol. 1. *L'attaccamento alla madre*, (1969); Vol. 2. *La separazione dalla madre*, (1973); Vol. 3. *La perdita della madre*, (1988).
- Guidano V.F.: *Selfhood processes and life span development*. Guilford, New York, 1987, (trad. It.): *La complessità del Sé*. Borinigheri, Torino, 1991.
- Guidano V.F.: *The Self in Process (toward a post-rationalist cognitive therapy)*. Guilford, New York, 1991, (Trad. It.): *Il Sé nel suo divenire: verso una terapia cognitiva post-razionalista*. Bollati Borinigheri, Torino, 1992.
- Guidano V.F., Liotti G.: *Cognitive processes and emotional disorders*. Guilford, New York, 1983.
- Mahoney M.J.: *Personal change processes: notes on the facilitation of human development*. Basic Books, New York, 1988.
- Mohoney M.J.: *Human change process (the scientific foundations of psychotherapy)*. Basic Books, New York, 1991.
- Marshall G.D., Zinbardo P.G.: *Affective consequences of inadequately explained psychological arousal*. *J. Personality Soc. Psychol.*, 9, 978-988, 1979.
- Maslach C.: *Negative emotional biasing of unexplained arousal*. *J. Personality Soc. Psychol.*, 6, 953-969, 1979.
- Parker G.: *Reported parental characteristics of agoraphobics and social phobics*. *Br. J. Psychiat.*, 135, 555-560, 1979.
- Parker G.: *Parental overprotection a risk factor in psychosocial development*. Grune & Stratton, London, 1983.
- Reda M.A., Arciero G., Blanco S.: *Organizzazioni cognitive, strutture psicofisiologiche e diagnosi di schizofrenia*. *Riv. di Psichiatria*, 21, 142-148, 1986.
- Reda M.A.: *Sistemi complessi e psicoterapia*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1986.
- Reda M.A., Blanco S., Guidano V.F., Mahoney M.J.: *Physiological deregulation and psychological disorders: data from the clinical use of Mirror Time*. 22nd Annual AABT Convention, New York, 17-20 nov. 1988.