
Trattamento breve con l'uso dell'esposizione enterocettiva in un caso di disturbo di panico con agorafobia

Andrea Gagnani, Teresa Cosentino, Antonella Bove e Francesco Mancini

Associazione di Psicologia Cognitiva (APC) e Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Roma

Riassunto

Nell'articolo si descrive un trattamento cognitivo-comportamentale breve centrato sul sintomo in un paziente con disturbo di panico con agorafobia. L'intervento si è avvalso di tecniche di esposizione enterocettiva per modificare l'interpretazione erronea dei sintomi temuti. Al termine del trattamento, il paziente ha riportato una remissione della sintomatologia e una generalizzazione a situazioni di vita quotidiana. I risultati sono mantenuti a un follow-up a un anno e confermano che anche un trattamento breve focalizzato su sintomi specifici può rivelarsi efficace.

Parole chiave: *disturbo di panico, agorafobia, esposizione enterocettiva, accettazione, anxiety sensitivity.*

Summary

Brief therapy centred around interoceptive exposure in a case of panic disorder with agoraphobia

In this article a brief cognitive-behavioural therapy centred around symptoms in a patient affected by panic disorder and agoraphobia is illustrated. The intervention comprised interoceptive exposure techniques, carried out in order to modify the misinterpretation of the feared symptoms. By the end of the therapy, the patient reported the remission of symptomatology and the generalization of achieved results to everyday life's situations.

The achieved results were maintained at a one-year follow-up and suggest that also a brief form of treatment centered around specific symptoms can prove itself successful.

Keywords: *panic disorder, agoraphobia, interoceptive exposure, acceptance, anxiety sensitivity.*

INTRODUZIONE

In questo articolo si presenta un caso di disturbo di panico con agorafobia trattato secondo un protocollo breve focalizzato sulla riduzione del timore specifico d'indebolimento del senso di sé caratteristico dell'agorafobia, come proposto da Gragnani e Mancini (2004; 2008; 2010) e qui di seguito sintetizzato.

Ad oggi il modello cognitivo di riferimento per la comprensione e il trattamento del disturbo di panico con o senza agorafobia è quello di Clark (1986) che, pur avendo accumulato molteplici prove di efficacia, presenta tuttavia limiti esplicativi. Esso, infatti, si mostra aspecifico non discriminando, di fatto, tra le sensazioni e valutazioni catastrofiche che caratterizzano le esperienze di panico in soggetti con agorafobia, senza agorafobia o con, ad esempio, fobia sociale. Altro limite risiede nel fatto che esso considera l'agorafobia come uno dei tanti comportamenti protettivi e di evitamento che contribuiscono al mantenimento del primario disturbo di panico.

Una serie di riflessioni ha portato, invece, Gragnani e Mancini (2004; 2008; 2010) a proporre un perfezionamento del modello di Clark che consentisse di superare i limiti dello stesso e di considerare l'agorafobia come un quadro clinico unitario e specifico.

La considerazione di partenza è che tutti i pazienti agorafobici presentano il timore di impazzire e/o morire e dai loro resoconti si evince che tendono a rappresentarsi l'impazzimento come una trasformazione in una sorta di zombi, intesa come perdita della coscienza di sé e dell'agentività, e il timore di morte è incentrato sul dissolvimento di sé piuttosto che sulla sofferenza o sul degrado fisico, peculiare degli ipocondriaci. Gli autori intravedono, perciò, dietro tali timori una catastrofe specifica caratterizzante la sindrome agorafobica: la perdita del controllo percepita come dissolvimento del senso di sé, perdita della coscienza di sé e della percezione di sé come agente. La tipologia specifica di tale catastrofe rende ragione dell'effetto rassicurante della vicinanza di figure familiari e anche del perché siano temute proprio le situazioni di solitudine, costrizione e spazi aperti. Secondo il modello di Clark, la solitudine è temuta dagli agorafobici perché hanno paura di ritrovarsi senza aiuto e protezione in caso di attacco di panico. Di fatto, dai racconti dei pazienti emerge che essi tendono a preferire la familiarità, di persone e di luoghi, al senso di protezione. Ad esempio, spesso è preferita la vicinanza del proprio bambino (anche di soli 3-4 anni) a quella di un adulto non ben conosciuto, ma in grado di fornire aiuto; accade di frequente, inoltre, che i pazienti che temono l'infarto preferiscano la vicinanza del partner piuttosto che di un cardiologo sconosciuto. Gli autori spiegano tale apparente paradosso affermando che la solitudine è temuta dall'agorafobico per la riduzione del senso di sé, causata dall'assenza di figure dalle quali sa di essere conosciuto e solo secondariamente per assenza di protezione. In questa prospettiva spiegano anche l'effetto rassicurante dell'accompagnatore che avrebbe la funzione di incrementare il senso di sé attraverso la consapevolezza di una relazione in cui ci si riconosce reciprocamente.

La costrizione, invece, secondo Clark è ansiogena perché viene valutata dall'agorafobico come ostacolo alla fuga in caso di pericolo. Se così fosse, osservano gli autori, tale sensazione dovrebbe sperimentarsi solo in situazioni fisicamente costrittive, mentre dai racconti dei pazienti emerge che essi percepiscono come tali anche situazioni in cui la

costrizione è la risultante di valutazioni soggettive o di conflitto tra scopi. Spesso, infatti, l'agorafobico considera costrittive le relazioni lavorative e affettive in cui percepisce limitata la propria libertà di agire, ritenendo che il potere sia in mano ad altri.

Riguardo all'ultima tipologia di situazioni temute, gli autori fanno osservare che il modello di Clark non spiega come mai gli agorafobici considerino gli spazi aperti così avversivi. In base a quanto riferito dai pazienti, questi comportano l'impressione di mancanza di punti di riferimento percettivi, di vuoto e di disorientamento. Ciò sembra evocare sensazioni di «evanescenza, inconsistenza, sentirsi persi e disorientati» che, nel complesso, gli autori definiscono «indebolimento del senso di sé», percepito dai pazienti come una vera e propria disgregazione del senso di sé.

Infine, l'ipotesi sostenuta dagli autori consente di comprendere alcuni fenomeni clinici rilevanti come l'influenza che il livello di motivazione percepita ha sull'ansia: uno stato di demotivazione facilita la comparsa di sensazioni di inconsistenza e vuoto che vanno a incidere sul senso di sé e quindi sull'ansia. Normalmente le persone attribuiscono a questi sintomi transitori di indebolimento del senso di sé una spiegazione situazionale (ad esempio stanchezza, stress, paura di una specifica situazione) e ritengono che scompariranno dopo pochi minuti o al variare delle circostanze. Gli agorafobici, invece, temono la condizione di indebolimento del senso di sé identificandola con una sorta di «punto di non ritorno».

In sintesi, il modello esplicativo dell'agorafobia di Gragnani e Mancini prevede la presenza di una specifica classe di sensazioni temute, quelle legate all'indebolimento del senso di sé, e una peculiare valutazione catastrofica delle stesse. Essa si manifesta apparentemente sotto forma di timori di morte e impazzimento, ma cela, in realtà, la paura di perdere il controllo rappresentato come dissolvimento del senso di sé, perdita della coscienza di sé e della percezione di sé come agente.

CASO CLINICO

Luca, 49 anni, è l'ultimo di cinque fratelli, di cui tre femmine e un maschio. Attualmente vive da solo, con il suo cane (Fuffi) che considera «al pari di un figlio», in un'abitazione poco distante da quella dei genitori. Luca è un infermiere professionale che svolgeva attività di assistenza domiciliare, sospesa per potersi occupare dei genitori in condizioni di salute precarie. Luca è affetto da tiroidite autoimmune e da una lieve insufficienza alla valvola aortica, diagnosticate di recente. Assume da 25 anni una compressa di Tavor da 1mg al dì, aumentando il dosaggio secondo il livello di ansia.

Luca si è rivolto all'Unità Operativa per la Ricerca ed il Trattamento dei Disturbi d'Ansia e dell'Umore della Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) di Roma dopo aver intrapreso in passato diverse psicoterapie, interrotte dopo qualche seduta. Chiede di iniziare una terapia per liberarsi degli attacchi di panico e degli invalidanti evitamenti che limitano la sua vita da ormai 25 anni.

Nel corso dei colloqui di assessment, puntualizza di essere motivato a intraprendere una terapia breve, centrata sui sintomi, che lo aiuti a condurre una vita più autonoma e soddisfacente, riducendo i numerosi evitamenti che condizionano da tempo le sue scelte.

Attraverso i colloqui di assessment e la somministrazione della *Structured Clinical Interview for DSM-IV – Asse I (SCID I)* si è potuto accertare che Luca presentava, secondo i criteri del DSM-IV-TR, un disturbo di panico con agorafobia (APA, 2000).

ASPETTI SALIENTI DELLA STORIA DI VITA DEL PAZIENTE

Luca è nato in un piccolo paese del sud Italia e all'età di 8 anni si è trasferito a malincuore a Roma con la famiglia. Ricorda che, come avveniva di solito, i genitori non lo consultarono su tale decisione e che, anche quella volta, ebbe l'impressione che il suo punto di vista non avesse alcun peso (invalidazione della propria soggettività). Riferisce di aver avuto in quel periodo un calo nel rendimento scolastico che attribuisce alle difficoltà d'inserimento nel gruppo classe (scarsa identificazione con i coetanei) e a un profondo senso d'inadeguatezza personale.

Conseguito il diploma di scuola secondaria di primo grado, sotto la spinta delle pressioni del padre, che tentava sistematicamente di instradarlo piuttosto che esplorare con lui possibili alternative, Luca decise di non proseguire gli studi e trovò lavoro in un laboratorio di pellicceria. Dopo cinque anni si licenziò, giudicando tale lavoro incompatibile con il suo amore per gli animali e s'iscrisse, senza particolare convinzione, a un corso per infermiere professionale.

Luca riferisce che all'età di 18 anni divenne consapevole del proprio orientamento omosessuale, ma di aver deciso di non parlarne in famiglia e di mascherare le proprie preferenze sessuali «per evitare loro un inutile dispiacere». La «scoperta» lo sconvolse e spaventò («Chi sono veramente? Non capisco più nulla di me!»), rinforzando la percezione di non possedere un concetto di sé chiaro e stabile, un progetto di vita relativamente definito e, in ultima analisi, la possibilità di autodeterminarsi. A 22 anni intraprese con un coetaneo una relazione sentimentale che descrive come molto conflittuale: «Mi sentivo un carcerato con tutta quella gelosia!». Dopo circa dieci anni decise di metterle fine e attribuisce tale decisione al non ritenersi più in grado di tollerare i forti sentimenti di responsabilità che l'eccessiva dipendenza del compagno gli generavano e al profondo timore di vedere ulteriormente compromessa la possibilità di autodeterminarsi.

L'anno dopo si sposò con una donna molto più grande di lui, conosciuta quando lei fu ricoverata nella clinica presso la quale lui lavorava. Descrive quel rapporto come «una relazione piena» nella quale si sentiva a suo agio ed esprime sentimenti di gratitudine verso di lei: «mi ha tirato fuori dal nulla». Dopo sette anni di matrimonio, rimasto vedovo, riprese le sue frequentazioni omosessuali. Riferendo delle proprie vicende sentimentali, Luca sottolinea quanto poco chiare ai suoi occhi siano ancora oggi le proprie preferenze sessuali e sentimentali.

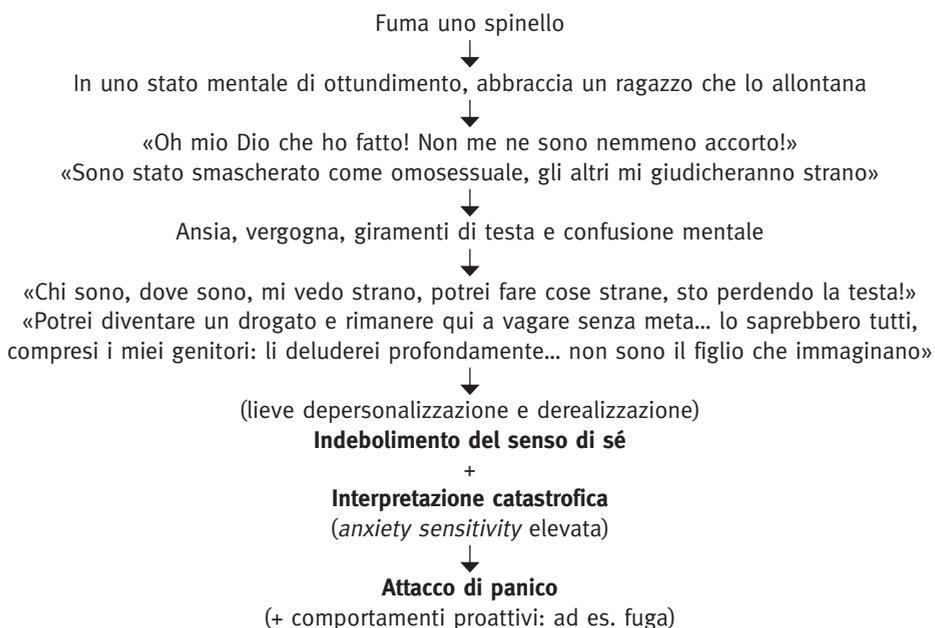
SINTOMATOLOGIA ATTUALE ED ESORDIO DEL PROBLEMA

Luca riferisce frequenti attacchi di panico e una profonda insoddisfazione per la qualità della sua vita, limitata dai numerosi evitamenti che mette in atto nel tentativo di prevenire le crisi d'ansia. Racconta, inoltre, di sentirsi costantemente nervoso, agitato e preoccupato al pensiero degli impegni che lo attendono nel corso della giornata.

Dall'indagine riguardo all'esordio s'individua l'episodio scatenante, risalente a quando Luca aveva 21 anni e si trovava in America con una delle sorelle a casa di amici, per la prima volta lontano dai genitori, da ambienti e ruoli sociali identificanti. Essendo molto legato ai suoi genitori e fortemente influenzato da loro nelle sue scelte, preferenze e scopi, la lontananza da casa innesca in lui sgradevoli sensazioni di ansia (timore di non sapersi adeguatamente autogestire), disorientamento e angoscia: «Non sapevo bene perché avevo detto di sì a mia sorella per quel viaggio... vagavo senza meta o mi facevo guidare da lei... mi pareva di essere un pesce fuor d'acqua».

Racconta che una sera, durante una cena con amici, fumò uno spinello «per provare le esperienze della vita» e che in quell'atmosfera piacevole, per effetto dell'ottundimento mentale prodotto dallo spinello, si avvicinò senza piena consapevolezza a un ragazzo e lo abbracciò e che questi reagì con freddezza, allontanandolo. Luca ricorda di essersi improvvisamente ripreso dallo stato mentale oniroide, scosso dalla profonda paura («Oh mio Dio, che ho fatto?!») e vergogna derivanti dalla percezione di essere stato «smascherato» in quanto omosessuale. La consapevolezza di aver agito senza averne piena coscienza e le intense emozioni provate favorirono in lui la percezione di essere sul punto di «perdere la testa». Racconta che la sua mente, in quel momento, era affollata da pensieri del tipo «chi sono, dove sono, adesso che succede, mi vedo strano... mi immagino qui, lontano da casa, drogato da anni.. tutti lo sapranno... anche i miei genitori... che delusione per loro... non sono il figlio che avevano immaginato!». Ricorda il terrore che provò per le sensazioni di barcollare e di confusione mentale; ebbe il timore di svenire, di dissolversi psicologicamente e un incontrollabile desiderio di allontanarsi da lì e fuggire.

Le sensazioni d'indebolimento e dissolvimento del sé riferite da Luca fanno pensare a un episodio di lieve depersonalizzazione.



Dallo schema dell'esordio ricostruito, riportato di seguito, si suppone che per scatenare l'attacco di panico siano stati necessari e sufficienti due elementi: la sensazione di indebolimento del senso di sé e l'interpretazione da lui data catastroficamente come segnale dell'imminente dissolvimento di sé.

CONCETTUALIZZAZIONE E MODELLO DI MANTENIMENTO DEL DISTURBO

Diverse sensazioni fisiche, emotive o situazioni particolari, suddivisibili in attivanti (*triggers*) interni ed esterni, scatenano in Luca un senso di inconsistenza, evanescenza e disorientamento. Nel complesso queste sensazioni possono essere definite come indebolimento del senso di sé, inteso come lieve depersonalizzazione e derealizzazione.

Tra i triggers interni particolare rilevanza hanno le sensazioni di sbandamento e vertigini, di stanchezza/confusione mentale, di rilassamento e di inconsistenza associata all'assenza di scopi attivi (demotivazione) che scatenano il timore di svenire e perdere il controllo di sé.

Altre sensazioni temute sono l'aumento della frequenza cardiaca e il fiato corto, da lui interpretate come segnali di infarto imminente che evocano la paura di morire, temuta non tanto per la sofferenza fisica quanto per la conseguente disgregazione di sé.

Tra gli attivanti esterni si individuano: la solitudine e le nuove conoscenze, per l'assenza di figure familiari che rassicurano Luca circa la possibilità di rispecchiarsi all'interno di una relazione (solo secondariamente come assenza di protezione); la lontananza da casa, intesa come luogo familiare e conosciuto; gli spazi aperti, a causa del disorientamento per la mancanza di punti di riferimento percettivi; le situazioni di costrizione e sovraccarico di impegni, riducendo la percezione di poter esercitare la propria volontà e agentività (autodeterminazione).

Tutti i triggers descritti, interni ed esterni, attivano una sensazione di indebolimento del senso di sé, interpretata catastroficamente da Luca come segnale dell'imminente perdita della coscienza e della percezione di sé come agente, cioè il timore di perdere completamente, definitivamente e in modo irrecuperabile il senso di sé. Questo timore specifico provoca ansia, i cui sintomi fisici e cognitivi vanno a confermare e avvalorare, rendendo ancor più credibile, la prossimità del temuto dissolvimento generando così l'attacco di panico (figura 1).

Come ipotizzato da Gragnani e Mancini (2004; 2008) è dunque l'esperienza d'indebolimento del senso di sé il fattore cruciale e discriminante del disturbo agorafobico di Luca.

EVITAMENTI E COMPORTAMENTI PROTETTIVI

Per scongiurare la catastrofe temuta, il dissolvimento del sé, Luca mette in atto una serie di evitamenti e comportamenti protettivi che, pur riducendo nell'immediato l'ansia, a lungo andare mantengono il disturbo e influiscono negativamente sulla qualità della sua vita.

Per effetto di un graduale processo di generalizzazione, Luca è arrivato a temere di sperimentare la sensazione di indebolimento del sé, sperimentata nell'episodio scatenante,

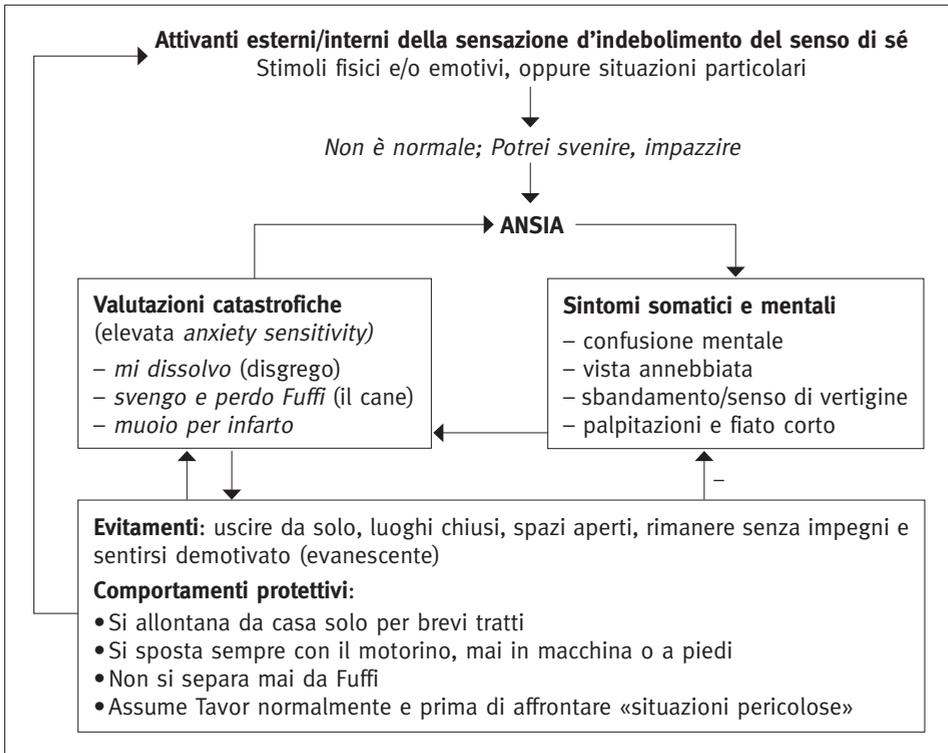


Figura 1 Modello di organizzazione e mantenimento del disturbo di panico con agorafobia di Luca.

in varie altre situazioni della vita quotidiana. Evita di allontanarsi da solo a piedi oltre i cinquanta metri da casa, i luoghi chiusi da cui giudica difficile allontanarsi (cinema, negozi, supermercati, ristoranti, musei, autobus, metro, treno, aereo e ascensore), stare in fila presso un qualsiasi sportello, rimanere da solo e le situazioni troppo rilassanti (fare un bagno caldo).

Per eludere la sensazione temuta, mette in atto anche una serie di comportamenti protettivi, come muoversi in città esclusivamente in motorino; parcheggiarlo per strada di fronte casa, anziché in garage, per averlo sempre a disposizione; circondarsi di persone affidabili; organizzarsi ogni momento della giornata, per non ritrovarsi demotivato e senza impegni (scopi); avere il Tavor a portata di mano; portare Fuffi sempre con sé, poiché la sua presenza rafforza la percezione di sé.

Infine, si è osservato che l'andamento della sintomatologia varia anche in funzione dello stato di salute dei genitori, di cui si sente responsabile, e dalla vicinanza da loro in termini di tempo necessario per raggiungerli.

FATTORI DI MANTENIMENTO

Come mai Luca non riesce a rassicurarsi circa la minaccia percepita di dissolvimento di sé, nonostante abbia più volte sperimentato che quanto temuto non si era verificato? Diversi sono i fattori che contribuiscono al mantenimento del suo disturbo attraverso una serie di circoli viziosi.

La tendenza a spaventarsi (elevata *anxiety sensitivity*) per sensazioni quali l'aumento del battito cardiaco, il senso di sbandamento, la confusione mentale (Clark, 1986; Casey, Newcombe e Oei, 2005; Hunt, Keogh e French, 2006), e la tendenza a inferire la presenza di un pericolo dal proprio stato affettivo-emotivo negativo («Se sono così ansioso vuol dire che sta per succedere qualcosa»), conosciuto come *affect as information* (Arntz, Rauner e Van Den Hout, 1995), attivano in Luca la percezione della minaccia di dissolvimento. Egli assume, allora, un orientamento cognitivo di tipo prudenziale nella verifica delle ipotesi di pericolo, caratteristico della persona che, percependo una minaccia, tenta di prevenirla, divenendo più prudente sia sul piano comportamentale che sul piano cognitivo, privilegiando le ipotesi di pericolo nelle sue rappresentazioni della realtà, piuttosto che quelle di sicurezza, e focalizzando le informazioni congrue con esse che lo porteranno inevitabilmente alla loro conferma (Mancini, Gangemi e Johnson-Laird, 2007; De Jong, Mayer e Van Den Hout, 1997). A ciò contribuisce il *mood congruity effect* (Bower, 1981) che rende disponibile nella mente di Luca pensieri e credenze coerenti con l'emozione che avvalorano ancor di più la minaccia, rendendo più frequente e intensa l'ansia anticipatoria e, dunque, più probabile l'attacco di panico. L'investimento nella prevenzione della minaccia da un lato produce in Luca falsi allarmi e reazioni ansiose che, alla luce del meccanismo a circolo vizioso del panico, sono valutati come minacciosi, scatenando l'ansia anticipatoria che favorisce l'attacco di panico; dall'altro, lo porta a focalizzare l'attenzione sulle sensazioni somatiche e cognitive alla ricerca di quelle ritenute pericolose, meccanismo che produce un abbassamento della soglia di percezione di esse, con il risultato che saranno percepite più facilmente e con maggior intensità (Wells, 1997; De Silvestri, 1999).

L'orientamento cognitivo di tipo prudenziale sul piano comportamentale, infine, si traduce nell'adozione dei comportamenti protettivi e di evitamento elencati che gli impediscono di fare esperienze in grado di disconfermare le proprie credenze catastrofiche e contribuiscono al loro rafforzamento (Salkovskis, Clark e Gelder, 1996), inducendolo a ritenere erroneamente di aver scampato la minaccia di dissolvimento del sé per effetto dei provvedimenti presi.

In linea con quanto riportato in letteratura (Salkovskis, Clark, Hackmann, Wells e Gelder, 1999), taluni comportamenti protettivi di Luca hanno un effetto *rebound* sull'ansia e gli attacchi di panico, producendone l'aumento. Ad esempio, l'organizzarsi la giornata per evitare di sentirsi demotivato e privo di scopi produce un caotico accavallarsi di impegni; al pensiero della giornata frenetica che lo attende consegue uno stato di forte apprensione, letto come prodromo di un'imminente disgregazione, dando così l'avvio a una nuova sequenza panica.

TRATTAMENTO

Data la cronicità del disturbo, le scarse disponibilità economiche di Luca e il suo desiderio di ottenere in tempi rapidi risultati concreti, come il potersi spostare da solo in città, si è scelto d'intervenire con un trattamento cognitivo-comportamentale breve centrato sul sintomo della durata di dodici sessioni.

L'obiettivo primario ha riguardato la promozione dell'accettazione della sensazione di indebolimento del senso di sé, giudicata da Luca come segnale dell'imminente dissolvimento, con interventi mirati a fargli sperimentare non tanto l'infondatezza dei suoi timori, quanto l'inutilità e disfunzionalità dei tentativi di sottrarsi alla minaccia, aventi per effetto un iperinvestimento sugli scopi di protezione. L'intervento si proponeva di favorire un generale *abbassamento della guardia* circa la possibilità di perdere il controllo e sperimentare la sensazione di indebolimento del sé. Da stato temuto a condizione inevitabile dell'esistenza, le cui normali variazioni la maggior parte delle persone è in grado di tollerare grazie alla consapevolezza della loro natura innocua e transitoria.

Per ottenere ciò, dato che il timore di Luca era attivato da una specifica sensazione, si è scelto di utilizzare l'esposizione enterocettiva alle sensazioni fisiche e cognitive e l'esposizione con induzione della sensazione di indebolimento del senso di sé che attivavano in lui il timore primario di dissolversi.

PRIMA FASE: RICOSTRUIRE E CONDIVIDERE IL MODELLO DEL DISTURBO

Questa prima fase aveva l'obiettivo di motivare Luca al trattamento, oltre che promuovere e favorire l'alleanza terapeutica, restituendogli la percezione che per il suo disturbo ci fossero una spiegazione e la possibilità di agire per contrastarlo.

Durante i primi incontri, terminata la fase di assessment, si è ricostruito e condiviso con lui il modello di organizzazione e mantenimento del suo disturbo di panico. Si è arrivati a ciò partendo dall'analisi dell'esordio e degli episodi di panico più recenti, analisi che ha consentito l'individuazione dei comportamenti protettivi e di evitamento e dei trigger specifici in grado di attivare la sintomatologia, sui quali è stato poi incentrato il programma di esposizioni. Per favorire una maggiore comprensione e normalizzazione del disturbo sono state fornite a Luca informazioni e materiale psicoeducativo sull'ansia, il panico e sue manifestazioni, con particolare enfasi sugli effetti controproducenti di alcuni comportamenti che tendeva a mettere in atto e che contribuivano a mantenere il disturbo.

SECONDA FASE: MOTIVARE ALL'ESPOSIZIONE ENTEROCETTIVA E MODIFICARE LE CREDENZE DISFUNZIONALI

Prima di entrare nel vivo del trattamento, si è fatto sì che Luca accettasse la possibilità di esporsi alle sensazioni fino ad allora evitate per eludere il pericolo del dissolvimento di sé. Per far questo si è operato in modo che riconsiderasse l'utilità dei tentativi di prevenire la minaccia e notasse che il prezzo pagato per i propri evitamenti, sia in termini di limitazione della propria libertà d'azione che di qualità della vita, superava di gran lunga il

guadagno che ne traeva. Sono state impiegate a tale scopo diverse tecniche, tra cui stilare con il paziente un'analisi dei costi pagati per gli evitamenti e dei benefici derivanti da essi e la tecnica delle due seggiole modificata (Mancini e Gragnani, 2005).

Successivamente, è stato ripreso il modello di mantenimento del disturbo ricostruito per evidenziare il ruolo determinante svolto dalle interpretazioni e valutazioni catastrofiche della normale sensazione di indebolimento del senso di sé. Ciò ha reso possibile passare alla discussione cognitiva di esse per arrivare a una normalizzazione e piena accettazione della sensazione fino ad allora temuta ed evitata, condizione necessaria affinché Luca diminuisse l'investimento preventivo e accettasse di correre qualche rischio in più, data l'ineludibilità della sensazione nella vita normale.

TERZA FASE: ESPOSIZIONE ENTEROCETTIVA E CON INDUZIONE DELLA SENSAZIONE DI INDEBOLIMENTO DEL SENSO DI SÉ

Una volta che Luca ha compreso il ruolo dell'interpretazione catastrofica della sensazione di indebolimento del sé nella genesi e mantenimento del disturbo di panico e accettato la possibilità di sperimentarla si è passati alla fase centrale del trattamento. Tale fase prevedeva l'impiego dell'esposizione enterocettiva con l'obiettivo di aiutare il soggetto a riconoscere le sensazioni temute, imparare a tollerarle, constatare che non sono pericolose e che si estinguono dopo qualche secondo, senza la necessità di mettere in atto comportamenti di protezione e/o evitamenti.

Inoltre, data la presenza nel disturbo di una sensazione specifica come attivante, si è ideata, appositamente per questo caso, una particolare forma di esposizione enterocettiva con induzione della sensazione di indebolimento del senso di sé che aveva l'obiettivo di innalzare la soglia di tollerabilità di Luca alle normali fluttuazioni del senso del sé.

Lo scopo dell'esposizione enterocettiva è consentire al paziente di confrontare le sensazioni indotte da esercizi fisici con quelle causate dall'ansia e dal panico per modificare le credenze e le interpretazioni erranee che generalmente le accompagnano. L'impiego della tecnica prevede quattro fasi: definizione di una gerarchia di sensazioni temute e progettazione, assieme al paziente, di esercizi fisici in grado di suscitare; esecuzione degli esercizi in seduta; assegnazione degli esercizi eseguiti come compito da svolgere a casa; esecuzione degli esercizi in contesti naturali. Riguardo alla procedura, al termine di ogni esercizio al paziente è richiesto di riferire i sintomi percepiti, la loro spiacevolezza e l'ansia ad essi correlata (su una scala da 0 a 8). Dopo questa breve intervista, dovrà continuare a rimanere focalizzato sulle sensazioni percepite finché non si estinguono. La durata dell'esercizio sarà incrementata gradualmente, secondo quanto concordato (ad esempio di 5 secondi), ogniqualvolta l'ansia registrata alla fine dell'esercizio sarà stata valutata uguale o inferiore a 2 per almeno due esercizi consecutivi. Nel caso specifico, i sintomi dell'ansia individuati come più temibili per Luca erano la sensazione di sbandamento, la tachicardia e il fiato corto. Per scatenare tali sintomi sono stati concordati con Luca tre tipi di esercizi che consistevano in: iperventilazione, rotazioni stando seduti su una sedia girevole e corsa sul posto. In tabella 1 sono riportati gli esercizi effettuati con relative sensazioni somatiche evocate e rispettivi livelli di spiacevolezza e di ansia registrati al termine di ciascuno.

Tabella 1 – Esempi di esercizi effettuati impiegando l'esposizione enterocettiva e sensazioni elicitate con relativo livello di spiacevolezza e ansia sperimentato

Iperventilazione				
Sensazione	Spiacevolezza		Ansia	
	<i>Iniziale</i>	<i>Finale</i>	<i>Iniziale</i>	<i>Finale</i>
Sbandamento	7	4	6	2
Tachicardia	4	3	5	2
Fiato corto	4	3	5	2

Giri sulla sedia				
Sensazione	Spiacevolezza		Ansia	
	<i>Iniziale</i>	<i>Finale</i>	<i>Iniziale</i>	<i>Finale</i>
Sbandamento	5	3	5	2
Tachicardia	2	0	5	0
Fiato Corto	2	0	5	0

Corsa sul posto				
Sensazione	Spiacevolezza		Ansia	
	<i>Iniziale</i>	<i>Finale</i>	<i>Iniziale</i>	<i>Finale</i>
Sbandamento	5	3	5	1
Tachicardia	8	4	5	0
Fiato Corto	5	2	5	0

Affinché l'utilizzo di tali tecniche conducesse ai risultati auspicati è stato importante far comprendere e ribadire costantemente al soggetto che lo scopo ultimo dell'esercizio era imparare a tollerare le sensazioni temute e non aspettarsi che scomparissero dalla propria vita. Durante l'esecuzione degli esercizi, inoltre, particolare attenzione è stata rivolta all'eventuale comparsa di comportamenti protettivi (ad esempio il sorreggersi) e/o di evitamento (ad esempio distogliere l'attenzione dalla sensazione) che ne avrebbero vanificato l'esecuzione.

Lo scopo dell'esposizione con induzione della sensazione di indebolimento del senso di sé era quello di aiutare il paziente a confrontarsi direttamente con le normali fluttuazioni del senso di sé, senza prendere le consuete precauzioni, per favorirne la reale e piena ac-

cettazione, con l'attesa che da ciò sarebbe derivato un minor investimento prudenziale e, dunque, una riduzione della sintomatologia stessa. In sostanza, mentre con le procedure di esposizione enterocettiva classica si sono utilizzati esercizi fisici e mentali per riprodurre i sintomi somatici e cognitivi coinvolti nell'esperienza di panico del paziente, con questa procedura si puntava a elicitare direttamente, tramite una immaginazione guidata, la sensazione di indebolimento del senso di sé, considerata in questo caso l'attivante primario del timore di perdita del controllo.

Per ottenere ciò è stato chiesto al paziente di rievocare avvenimenti specifici in cui aveva sperimentato la sensazione di indebolimento del senso di sé, come ad esempio l'episodio dell'esordio in cui un ragazzo lo allontana dopo un suo tentativo di avvicinamento, oppure situazioni più recenti come le domeniche trascorse senza programmi o impegni (tabella 2). Una volta individuate le situazioni attivanti congrue, Luca è stato guidato, attraverso domande mirate del tipo «Cosa vedi? Cosa sta accadendo intorno a te? Che rumori e odori senti? Cosa stai facendo? Cosa senti fisicamente? Che emozioni provi? Che sensazioni provi?», nel rivivere l'esperienza più vividamente possibile con la prescrizione di focalizzarsi sulla sensazione di indebolimento elicitata e restarvi in contatto, per prendervi confidenza, imparare a tollerarla e verificarne la natura innocua e transitoria.

Tabella 2 – Esempi di situazioni rievocate per l'esposizione alla sensazione di indebolimento del senso di sé

Situazioni attivanti →	Attivanti emotivi →	Sensazione di indebolimento evocata
Episodio del ragazzo che lo allontana	Sensazione di rifiuto e di essere stato «smascherato»	Confusione mentale e sensazione di dissolversi
Domenica senza programmi	Demotivazione	Senso di vuoto, inconsistenza per assenza di scopi, perdita delle coordinate spazio-temporali
Smarrimento di Fuffi	Disorganizzazione	Sensazione di non riconoscersi

QUARTA FASE: PREVENIRE LE RICADUTE

L'ultima fase del trattamento è stata incentrata sulla vulnerabilità al disturbo e la prevenzione delle ricadute, individuando con Luca i fattori che potrebbero provarle, come eventi di vita stressanti o stati dell'umore negativi, e le possibili strategie per fronteggiarle.

RISULTATI E CONCLUSIONI

Allo scopo di misurare e monitorare la sintomatologia ansioso-depressiva e l'efficacia del trattamento, al paziente sono stati somministrati, all'inizio, a conclusione della terapia e a 12 mesi dal suo termine (pre/post/follow-up), i seguenti test: *Beck Depression Inventory*

II (BDI-II, Beck, Steer e Brown, 1996); *State Trait Anxiety Inventory – Forma Y* (STAI, Spielberger, 1983); *Anxiety Sensitivity Index* (ASI, Peterson e Reiss, 1987); *Panic Attack and Anticipatory Anxiety Scale* (PAAAS, Sheehan, 1983); *Self-report Symptom Inventory-Revised* (SCL 90-R, Derogatis, Lipman e Covi, 1976).

Nella tabella 3 sono riportati i punteggi ottenuti dal paziente alle somministrazioni dei test prima e dopo il trattamento. I dati dimostrano la piena remissione del disturbo di panico (ASI pre-trattamento > 38,4, post-trattamento < 18,8; PAAAS da 2 attacchi di panico nell'ultimo mese al pre-trattamento a 0 a conclusione della terapia; ansia anticipatoria da 90% del tempo speso nella paura di avere un attacco di panico al pre-trattamento a 0% al termine di esso), una riduzione significativa dell'ansia generalizzata (SCL90-R da 3,03 a 1,30) e dei sintomi fobici (SCL 90-R da 3,40 a .80) e un'assenza di ricadute a un anno di distanza. Anche la sintomatologia depressiva, l'ansia di stato e l'ansia di tratto hanno registrato una diminuzione, pur rientrando nei valori normativi già prima dell'inizio del trattamento.

Tabella 3 – Punteggi ai test nella somministrazione pre-trattamento, post-trattamento e al follow-up a distanza di un anno

Test	Assessment	Fine trattamento	Follow-up
BDI-II	8	0	0
ASI	52	12	10
PAAAS (n. attacchi panico settimanali)	2	0	0
PAAAS (ansia anticipatoria)	90%	0%	0%
STAI stato (Y-1)	45	29	32
STAI tratto (Y-2)	55	25	26
SCL 90-R ansia generale	3,03	1,30	1,24
SCL 90-R sintomi fobici	3,40	.80	.78

Dal punto di vista clinico, Luca al termine del trattamento si mostrava molto soddisfatto dei risultati raggiunti, avendo conseguito notevoli miglioramenti sintomatologici (assenza di attacchi di panico) e nella qualità della vita. Tutto ciò in conseguenza del fatto che era diventato capace di tollerare e accettare le normali fluttuazioni del senso di sé che non attivavano più in lui il timore primario di dissolvimento. In conseguenza del minor investimento prudenziale, faceva sempre meno ricorso a comportamenti protettivi e riferiva una generalizzazione spontanea dei risultati ottenuti con l'esposizione enterocettiva alle

situazioni di vita quotidiana, riducendo progressivamente anche gli evitamenti. Percorreva, ad esempio, con il motorino tratti sempre più lunghi; frequentava luoghi chiusi, come ristoranti e cinema; non evitava di affaticarsi nelle pulizie di casa; era in grado di restare da solo a casa e di tollerare le giornate senza programmi. Tali risultati si sono mantenuti globalmente stabili a distanza di un anno dal termine del trattamento.

La terapia si è conclusa, alla scadenza delle dodici sessioni previste, con un evidente miglioramento del quadro sintomatologico che si è mantenuto nel corso del tempo (follow-up a 12 mesi). Si ritiene, dunque, alla luce dei risultati raggiunti, che questo trattamento breve centrato sulla sensazione di indebolimento del senso di sé si sia rivelato efficace nell'agire sul timore di perdere completamente, definitivamente e in modo irrecuperabile il senso di sé, centrale nel caso clinico presentato.

L'utilizzo dell'esposizione enterocettiva (Fava et al., 2001; Ito et al., 2001; Arntz, 2002; Andrews, Crino, Hunt, Lampe e Page, 2003; Funayama e Furukawa, 2006) e di quella con l'induzione della sensazione specifica di indebolimento del senso di sé ha prodotto una massiccia riduzione della sintomatologia, oltre che una spontanea generalizzazione a situazioni di vita quotidiane. Il paziente, infatti, ha imparato ad accettare e tollerare le sensazioni temute a prescindere dal contesto in cui le sperimenta.

In conclusione, il trattamento illustrato si è rivelato efficace e, data la sua brevità, economico per il paziente. In particolare, si ritiene che il modulo di esposizione con l'induzione della sensazione d'indebolimento del senso di sé sia stato determinante nel modificare la credibilità della convinzione condizionale che la sensazione di indebolimento possa causare una perdita completa e definitiva del senso di sé, cioè sulla *anxiety sensitivity* specifica del paziente agorafobico.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders* (4th edition). Washington, DC: American Psychiatric Association. Trad. it. *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Masson, 2001.
- Andrews, G., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L., & Page, A. (2003). *The treatment of anxiety disorders. Clinician's guide and patient manuals* (2nd edition). Cambridge, UK: Cambridge University Press. Trad. it. *Trattamento dei disturbi d'ansia. Guide per il clinico e manuali per chi soffre del disturbo*. Torino: Centro Scientifico Editore, 2003.
- Arntz, A., Rauner, M., & Van Den Hout, M. (1995). «If I feel anxious, there must be danger»: Ex-consequentia reasoning in inferring danger in anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 917-25.
- Arntz, A. (2002). Cognitive therapy versus interoceptive exposure as treatment of panic disorder without agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 325-341
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bower, G.H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Bowlby, J. (1973). *Separation: Anxiety & anger*. Attachment and Loss (vol. 2). London: Hogarth Press. Trad. it. *Attaccamento e perdita: la separazione dalla madre* (vol. 2). Torino: Bollati Boringhieri.
- Casey, L.M., Newcombe, P.A., & Oei, T.P.S. (2005). Cognitive mediation of panic severity: The role of catastrophic misinterpretation of bodily sensations and panic self-efficacy. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 187-200.
- Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- De Jong, P.J., Mayer, B., & Van Den Hout, M. (1997). Conditional reasoning and phobic fear: Evidence for a fear-confirming pattern. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 507-516.
- De Silvestri, C. (1999). *Il mestiere di psicoterapeuta. Manuale pratico di psicoterapia cognitivo-emotivo-comportamentale*. Roma: Astrolabio-Ubaldini Editore.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., & Covi, L. (1976). Self-report Symptom Inventory: An outpatient psychiatric rating scale: Preliminary report. In W. Guy (Ed), *ECDEU Assessment manual for psychopharmacology – revised* (pp. 76-338). DHEW Publication.
- Fava, G.A., Ravanelli, C., Grandi, S., Conti, S., Ruini, C., Mangelli, L., & Belluardo, P. (2001). Long-term outcome of panic disorder with agoraphobia treated by exposure. *Psychological Medicine*, 31, 891-898.
- Funayama, T., & Furukawa, T.A. (2006). Interoceptive hypersensitivity and interoceptive exposure in patients with panic disorder: Specificity and effectiveness. *BMC Psychiatry*, 6, 32.
- Lee, K., Noda, Y., Nakano, Y., Kinoshita, Y., Funayama, T., & Furukawa, T.A. (2006). Interoceptive hypersensitivity and interoceptive exposure in patients with panic disorder: Specificity and effectiveness. *BMC Psychiatry*, 16, 6-22.
- Gragnani, A., & Mancini, F. (2004). *L'indebolimento del senso di sé e la sindrome agorafobia*. Atti del XII Congresso Nazionale SITCC, Verona, ITALIA, 10-12 ottobre, pp. 46-47.

- Gragnani, A., & Mancini, F. (2008). Il disturbo di panico e l'agorafobia. In C. Perdighe & F. Mancini (Eds), *Elementi di psicoterapia cognitiva* (pp. 85-108). Roma: Giovanni Fioriti Editore s.r.l.
- Gragnani, A., & Mancini, F. (2010). Il disturbo di panico e l'agorafobia. In C. Perdighe & F. Mancini (Eds), *Elementi di Psicoterapia Cognitiva* (2nd edition) (pp 91-114). Roma: Giovanni Fioriti Editore s.r.l.
- Hunt, C., Keogh, E., & French, C.F. (2006). Anxiety sensitivity: The role of conscious awareness and selective attentional bias to physical threat. *Emotion*, 6, 418-428.
- Ito, L.M., Da Araujo, L.A., Tess, V.L.C., De Barros-Neto, T.D., Asbahr, F.R., & Marks, I. (2001). Self-exposure therapy for panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Psychiatry*, 178, 331-336.
- Mancini, F., & Gragnani, A. (2005). L'esposizione con prevenzione della risposta come pratica della accettazione. *Cognitivismo Clinico*, 2, 38-58.
- Mancini, F., Gangemi, A., & Johnson-Laird, P.N. (2007). Il ruolo del ragionamento nella psicopatologia secondo la hyper emotion theory. *Giornale Italiano Di Psicologia*, XXXIV, 763-793.
- Morgan, C.A., Southwick, S., Hazlett, G., Rasmusson, A., Hoyt, G., Zimolo, Z., & Charney, D. (2004). Relationships among plasma dehydroepiandrosterone sulfate and cortisol levels, symptoms of dissociation, and objective performance in humans exposed to acute stress. *Archives of General Psychiatry*, 61, 819-25.
- Peterson, R.A., & Reiss, S. (1987). *Test manual for the anxiety sensitivity index*. Orland Park, IL: International Diagnostic Systems.
- Salkovskis, P.M., Clark, D.M., & Gelder, M.G. (1996). Cognition-behaviour links in the persistence of panic. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 453-8.
- Salkovskis, P.M., Clark, D.M., Hackmann, A., Wells, A., & Gelder, M.G. (1999). An experimental investigation of the role of safety-seeking behaviours in the maintenance of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 559-74.
- Sheehan, D.V. (1983). *Sheehan Anxiety and Panic Attack Scale (PAAAS)*. Upjohn, Kalamazoo, MI.
- Spielberger, C.D. (1983). *State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Tooby, J., & Cosmides, L. (1990). The past explains the present: Emotional adaptations and the structure of ancestral environments. *Ethol Sociobiol*, 11, 375-424.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorder: A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley.

Presentato il 12 novembre 2009, accettato per la pubblicazione il 10 novembre 2010

Corrispondenza

Andrea Gragnani
Associazione di Psicologia Cognitiva
viale Castro Pretorio 116
00185 Roma, Italy
e-mail: gragnani@apc.it