

IL DISTURBO DI PANICO

Filippo Petruccelli

Riassunto. Una crisi di panico può esprimere un'intensa reazione emotiva che si riferisce o a un pericolo reale o a tensioni interne avvertite come minacciose. Tende ad esaurirsi spontaneamente lasciando un senso di marcata prostrazione. Nell'articolo viene presentato un caso esemplificativo di psicoterapia strategica sull'argomento.

Parole chiave. Psicoterapia, panico, paura..

Summary. A panic crisis can express a emotive intense reaction for a real risk or a internal tension. This tension are concepted as threatening. Panic finished spontaneously but with a big prostration. In this article is presented a clinical case of strategic approach.

Key words. Psychotherapy, panic, fear.

1. Introduzione

Il DSM-IV definisce il Disturbo di Panico come quella patologia caratterizzata dai seguenti criteri diagnostici: episodi di panico, intesi come periodi discontinui di intensa paura ed angoscia, seguiti da almeno un mese di preoccupazione per un possibile ritorno degli stessi, in cui si manifestano almeno quattro dei seguenti sintomi, i quali entro dieci muniti dall'inizio del disturbo crescono di intensità fino ad arrivare all'apice, respiro affannoso o senso di soffocamento, vertigini o debolezza, palpitazioni o tachicardia, tremito, sudore, nausea o dolori addominali, depersonalizzazione o derealizzazione, formicolio o sensazione di torpore, paura della morte, paura di diventare pazzo, brividi o rossore al viso, dolori al petto o angoscia (AA.VV., 1994).

Questo senso di paura, angoscia e panico viene definito diversamente a seconda dell'approccio teorico di riferimento. Secondo la psicoanalisi questo disturbo può rappresentare un trauma infantile non risolto, secondo il cognitivismo una reazione alle modalità di attaccamento e separazione del soggetto, per il comportamentismo l'Attacco di Panico è una forma di apprendimento e condizionamento sociale, mentre, per la terapia familiare è definibile come una disfunzione nelle relazioni familiari e secondo l'approccio esistenzialista potrebbe rappresentare l'espressione della paura di esistere.

Seppure con definizioni diverse, tutti questi modelli teorici partono dal presupposto di una causalità lineare del disturbo, basando la teoria e l'intervento psicoterapeutico sul rapporto deterministico di causa-effetto di un evento (l'evento A causa sempre l'evento B).

L'approccio strategico, invece, non si sofferma molto su queste definizioni, concependole come pure e semplici interpretazioni, che non aiutano nella risoluzione del problema (Watzlawick, 1976) ma che, il più delle volte, creano confusione. Il modello strategico si basa sulla concezione di causalità circolare, introdotta dagli studiosi di Palo Alto (Bateson, 1980), che applicata al campo clinico ha determinato una vera e propria rivoluzione nelle discipline psicologiche e psichiatriche. Per causalità circolare si intende la concezione della realtà come un sistema circolare di interazioni reciproche tra variabili, senza un inizio o una fine, basato su influenze interdipendenti tra i fattori che lo compongono. Da qui lo studio della realtà nella sua globalità, con la convinzione che la somma delle singole parti non è uguale all'insieme stesso e che ogni variabile si esprime in base al suo rapporto con le altre e con il contesto (Nardone, Watzlawick, 1990).

In pratica, a livello clinico, questo costrutto fa sì che non ci si soffermi sul ricercare l'evento-causa per comprendere l'evento-effetto, perché in realtà un singolo episodio non può essere determinato da un'unica causa.

È solo attraverso la rilevazione della dinamica interattiva tra le variabili che si può ottenere un'analisi precisa dei fenomeni e della loro matrice. (Nardone, Watzlawick, 1990).

Il successo ottenuto dalle definizioni dei vari modelli teorici è stato determinato dal fatto che l'abitudine a etichettare o interpretare un problema rappresenta molto spesso una sicurezza, l'unica a volte che si ha davanti a certe problematiche. Al contrario per un approccio breve e pragmatico come quello strategico può essere definita un "ostacolo". Proprio per questo l'approccio strategico focalizza l'attenzione sul "come" funzione il problema e non "perché" esso esiste. In pratica, si concentra sul concreto funzionamento del problema nelle sue dinamiche e nei processi, sullo studio e lo svelamento delle funzioni che gli sono proprie nel sistema percettivo-reattivo del soggetto

· Docente di Psicologia dello Sviluppo, Università degli Studi di Cassino.

(cfr. cap.2) e sulla creazione di soluzioni rapide e precise. Ci si interessa su come questo sistema di percezione e reazione disfunzionale funziona nella realtà nel “qui ed ora” della persona. Tutto questo permette, così, di accorciare i tempi perché non intenti a scoprire le “cause” del problema, la parte forse più unga in un intervento psicoterapeutico (Nardone, 1993).

Certo, si potrebbe obiettare la necessità dell’analisi delle cause passate per lo sradicamento totale del problema o comunque il piacere intellettuale di un’analisi di questo tipo. In realtà, secondo l’approccio strategico, un’analisi con queste modalità non risulta attendibile per due motivi. Innanzitutto, il resoconto del passato per la scoperta delle cause originarie è determinato dal paziente stesso, il quale non potrà mai raccontare i fatti in maniera oggettiva, poiché la sua è una traduzione della realtà mediata dalle sue idee, emozioni e convinzioni rispetto al passato. In secondo luogo, l’interpretazione del racconto che viene eseguita dal terapeuta e che porterà a spiegare le cause del problema è filtrata da una seconda traduzione del clinico, operata attraverso le sue teorie di riferimento. Ogni persona è a sé, quindi lo stesso evento viene vissuto diversamente da ognuno, a seconda del proprio sistema di relazioni con il mondo, con gli altri e con se stesso, conducendo ad esperienze totalmente diverse che non possono essere unificate in un’unica causa scatenante (Andolfi, 1991).

Come notato, nell’approccio strategico si preferisce parlare di “problema” e non di “malattia”, anche nella comunicazione col paziente, al fine di esprimere una visione positivizzante e non patologizzante. Utilizzare questa manovra comunicativa significa impostare il discorso su un percorso di risoluzione e creare, molte volte, un effetto terapeutico immediato per la depatologizzazione del sintomo che viene a crearsi (Nardone, 1993).

2. I disturbi d’ansia

Un’analisi attenta e dettagliata nel corso degli anni sul “come” si sviluppano disturbi di questo tipo ha portato molto spesso alla presa in considerazione di una dinamica isomorfa. In pratica, si è notato come disturbi del genere appaiano e gradualmente peggiorino a casua dei dubbi e dei pensieri del soggetto di potersi sentire nuovamente male, anche senza apparente motivo. In questo modo i pensieri “Chi mi aiuterà?” o “Posso sentirmi male fuori da casa o in mezzo alla gente” diventano fissazioni per l’individuo, che innescano comportamenti di fuga ed evitamento da tutto quello che può creare pensieri ed emozioni del genere. Oppure lo stesso effetto si determina perché, a causa di un iniziale leggero episodio di paura il soggetto è portato ad aver continuamente paura di stare male di nuovo, creando uno stato di allerta continuo nei confronti delle proprie reazioni. In entrambe le situazioni, il problema nasce da eventi iniziali ridotti, ma sono le reazioni che si innescano che portano alla complicazione e all’aggravamento dei sintomi. Questo significa che sono le “tentate soluzioni” (cfr. 2) che il soggetto opera per sfuggire alla paura che aggravano la sintomatologia e che portano alla generalizzazione delle percezioni e delle reazioni sintomatiche alla realtà.

Salvini (1991) parla di *learned helplessness*, traducibile in “impotenza appresa”, come della convinzione del soggetto di non poter più controllare gli eventi. Infatti, spesso, la complessità e la gravità del sintomo si sviluppa maggiormente quando il soggetto è convinto che la causa del disturbo è “interna”, derivante cioè da incapacità personali, piuttosto che “esterna”. Questa condizione può portare a tre reazioni, depressione, il ricorso a rituali col fine di cercare di controllare la situazione, una reazione di paura acuta e persecutoria, che si insidiano o si alternano a seconda delle caratteristiche personali del soggetto.

Rifacendosi all’approccio cibernetico (Keeney, 1985) è possibile spiegare come la persistenza di un problema, sia causata molto spesso dalle tentate soluzioni per risolvere il problema stesso. Per esempio, la persona che ha paura di sentirsi male fuori di casa cercherà di uscire il meno possibile da sola per evitare possibili sintomi e sarà, conseguentemente, portata a cercare compagnia anche dentro casa. Si arriverà alla fine ad evitare quasi tutto. Questa condizione, paradossalmente, porterà, però ad un aumento delle situazioni di paura, perché il concentrarsi ad evitare ogni minimo allontanamento o momento di solitudine, creerà il panico. Come si può comprendere questo tipo di soluzione retroagisce sul problema complicandolo. Ancora, la forte paura della sintomatologia porta le persone a chiedere continuamente aiuto e a creare intorno a loro una fitta rete di individui pronti ad intervenire in stato di necessità. E’ facile capire come questa patologizzazione della situazione porti ad un graduale aggravamento del problema, perché aiutando qualcuno, pur con le buone intenzioni, si comunica implicitamente che lo si reputa “malato”.

Da questa prospettiva i disordini di questo tipo non appaiono il prodotto di una specifica causa ma il frutto di complesse retroazioni tra soggetto e realtà, innescate da un evento che spesso non ha niente a che fare con la sintomatologia. Conseguentemente le tentate soluzioni rappresentano il mantenimento della rigidità del sistema percettivo-reattivo disfunzionale del soggetto, venutosi a creare con lo sviluppo del disturbo (Nardone, 1993).

Ci si potrebbe chiedere cosa può fare insistere un individuo nell’utilizzo di soluzioni che non appaiono vantaggiose. In realtà la risposta è duplice. Da una parte, secondo la visione costruttivista, l’essere consapevoli di qualche cosa non sempre comporta l’essere capaci di fare quella cosa. In secondo luogo, le tentate soluzioni hanno un effetto di momentanea riduzione del sintomo e di senso di protezione, funzionano prima di tutto come metodo per sfuggire alla paura e, seppur senza effetti a lungo termine, sono utili in quel momento per il soggetto spaventato (Skorianec, 2000).

2. 1. Il Disturbo di Panico

In maniera specifica il Disturbo di Panico, si rileva un primo episodio, reale o immaginario, di forte ansia che si esprime attraverso svenimento, tachicardia, blocco respiratorio, ecc., o di paura di sentirsi male. Dopo questa prima esperienza si innesca il tentato controllo della sintomatologia somatica. Per esempio, il soggetto per paura può cominciare a controllare il proprio battito cardiaco, ma puntualmente controllando sistematicamente il battito, questo si altera per il principio della “profezia che si autoavvera”. Lo stesso controllo si cerca di effettuarlo per la paura del disturbo, ma anche in questo caso la situazione si complica fino a creare un circolo vizioso, della paura della paura. Ancora una volta ad alimentare il problema è la tentata soluzione. A questo si associano le tentate soluzioni di protezione familiare che, come accennato in precedenza, confermano al soggetto la “gravità” del disturbo.

A differenza dell’agorafobia, le cui tentate soluzioni sono caratterizzate da evitamento e richiesta d’aiuto, il Disturbo di Panico si basa sul tentativo ossessivo di tenere tutto sotto controllo, vedendo con difficoltà la richiesta di supporto familiare e medico. La prima mossa dell’intervento strategico per questo tipo di disturbo si basa proprio sulla rottura di questo circolo vizioso, come leva del cambiamento del sistema percettivo-reattivo basato sul panico (Nardone, 1993).

La cosa interessante è che quando il sistema percettivo-reattivo rigido e disfunzionale entra nelle concezioni di vita del soggetto tutta la sua percezione della realtà viene mediata dal filtro della paura, tutto viene tradotto nel linguaggio della paura. In questo modo la realtà si conforma alla rigida organizzazione del sistema dell’individuo.

A questo punto l’intervento psicoterapeutico per determinare un cambiamento deve possedere le seguenti caratteristiche: la capacità di rompere il circolo vizioso tra problema e tentate soluzioni, la capacità di aggirare le resistenze del soggetto, la capacità di rendere la persona, dopo il cambiamento, capace di recuperare le proprie risorse emotive e la propria autostima.

Alcuni casi clinici possono farci comprendere meglio quello che provano i pazienti affetti da questa patologia durante gli episodi di panico.

R. è un giovane di 24 anni che arriva in terapia per crisi di panico. Il paziente è già stato visitato da due neurologi ma, a livello fisico, non si è riscontrato nulla. Gli attacchi di panico si manifestano sia in compagnia che quando è solo. La manifestazione della crisi di panico viene così raccontata dal giovane “Si manifesta con delle palpitazioni, prima di tutto mancanza di aria, non riesco a respirare....che poi è sembrato però...palpitazioni, vampate di calore, quindi non so come definirlo....alla fine mi restava una tachicardia e un tremolio alle gambe”.

F. è una donna di 30 anni che si presenta in terapia per problemi dovuti ad attacchi di panico. Viene in terapia sotto consiglio di un collega. Racconta così le sue crisi: “Stavo mangiando la carne, che a me piace tanto, e non riesco ad inghiottire...ho pensato ‘Mio Dio cosa mi succede’ poi mi è venuta tutta un’agitazione, io sono molto paurosa delle malattie, io poi ho un senso....e niente non riesco ad inghiottire, ho detto ‘Oddio, che mi prende’. Mi sono sentita strana. Una altra volta mi è successo mentre guidavo verso Pescara e da quel giorno non ho più voluto guidare”.

In entrambi i casi la focalizzazione sulla sintomatologia, che ha colto i soggetti all’improvviso, spaventandoli, li ha portati a concentrarsi solo su questa. In questo modo hanno limitato molto il loro campo d’azione quotidiano e la troppa attenzione sui sintomi li ha portati a generalizzare il disturbo anche in altri contesti, trovandosi alla fine limitati nelle loro attività. Il meccanismo che determina questa “generalizzazione” è quello della “profezia che si autoavvera”, citata precedentemente.

3. L’intervento psicoterapeutico strategico

Il modello di intervento psicoterapeutico strategico è stato già ampiamente discusso nei capitoli precedenti. Quello che ci preme sottolineare qui è la consapevolezza che la cosa più difficile da ottenere per raggiungere la risoluzione del problema è aggirare le resistenze del soggetto, resistenze al cambiamento percettivo-reattivo del panico. Detto questo, il fine dell’intervento psicoterapeutico si basa sull’indurre il soggetto ad esperienze concrete, sotto la guida del terapeuta, attraverso l’uso organizzato di strategie come suggestioni o paradossi. Il tutto allo scopo di proporre e far provare realtà alternative e determinare così, attraverso delle successive ristrutturazioni, cambiamenti cognitivi e relazionali. I padri dell’arte di ingiungere ai pazienti prescrizioni di comportamento e successive ristrutturazioni sono stati Milton Erickson, Jay Haley, Paul Watzlawick.

Interessante è però capire, ora, le altre metodologie terapeutiche e il perché l’approccio strategico abbia preferito proporre delle alternative a queste.

Le prime strategie adottate per questi disturbi furono quelle della tradizione comportamentista, non particolarmente vantaggiose perché permettevano una riduzione delle reazioni comportamentali non intervenendo, però, minimamente sulle percezioni o le elaborazioni cognitive che davano vita ai disturbi stessi (Watzlawick, 1979).

Successivamente, si passò ad utilizzare con pazienti con problematiche del genere tecniche di rilassamento come il training autogeno, che però ottenevano dei risultati paradossali. Infatti insegnare ai soggetti ad ascoltare

maggiormente le proprie reazioni interne conduceva ad un aumento della sintomatologia da panico, riproponendo in pratica il meccanismo delle tentate soluzioni precedentemente accennate.

In seguito venne sperimentata la tecnica di intervento sulle interazioni familiari dei pazienti colpiti da Attacchi di Panico. Ma anche qui gli effetti non furono vantaggiosi perché ci si interessava prevalentemente delle relazioni interpersonali tralasciando quelle del soggetto con se stesso, *focus* dei problemi di panico.

Un altro approccio utilizzato fu quello cognitivo-comportamentale, basato su cambiamenti comportamentali per un aumento graduale della consapevolezza e del cambiamento dell'organizzazione cognitiva del soggetto, che ebbe buoni risultati ma con una procedura troppo estesa nel tempo. Un periodo di terapia che durava dagli uno ai tre anni non poteva collimare con un approccio breve e focale come quello strategico.

Dal canto suo il modello strategico-costruttivista alla terapia breve è derivato da una sintesi di diversi approcci: l'approccio strategico di Erickson ed in particolare la sua terapia basata sulla comunicazione suggestiva e l'influenza interpersonale e la terapia breve sistemico-strategica (Watzlawick, Weakland, 1974), come sintesi degli studi sulla comunicazione umana di Watzlawick (1985, 1981), l'esperienza e la tradizione della teoria sistemica e i contributi di Erickson (Nardone, 1988).

3. 1. L'intervento strategico e i protocolli

L'intervento strategico "tradizionale" al Disturbo di Panico si focalizza, come detto precedentemente, sulle tentate soluzioni del soggetto determinate dal suo sistema percettivo-recettivo disfunzionale, le quali tendono ad acuire il disturbo stesso. In pratica, solitamente, le tentate soluzioni di soggetti colpiti da questo disturbo sono sostanzialmente due: l'ossessivo tentativo di controllare le espressioni sintomatologiche del disturbo e le richieste d'aiuto.

A questo riguardo le strategie da utilizzare possono essere varie. Molto vantaggioso, secondo il modello dei protocolli, risulta, per esempio, far spostare il controllo ossessivo del paziente su una diversa direzione. In pratica, attraverso l'uso dei paradossi o di uno spostamento del sintomo, il soggetto concentra la sua attenzione, basata sempre sul controllo ossessivo, su qualcosa altro rispetto al suo disturbo. Il tutto crea nel paziente una "confusione mentale" che lo porterà alla valutazione della positività dei suoi sintomi. A questa strategia, molte volte, si aggiunge l'utilizzo di prescrizioni basate su metafore per "ristrutturare" il paziente, il quale confuso dalla strategia precedente si attacca al valore della metafora, che sovverte la logica di tentato controllo delle reazioni (Nardone, 1993).

Molte volte, verso la fine dell'intervento terapeutico, il terapeuta ingiunge paradossalmente delle ricadute, le quali puntualmente descritte non avverranno, proprio per la logica del paradosso stesso (incentivando una reazione ossessiva si tende ad annullarla).

Il modello appena descritto di intervento basato sui protocolli riscuote un discreto successo nell'ambito della psicoterapia strategica. Le critiche maggiori che vengono fatte a questo approccio riguardano la possibile rigidità nell'applicazione dello stesso. In realtà, gli stessi protocolli partono dal presupposto che non sia vantaggiosa una metodologia rigida ed immutabile e per questo si propongono come strumento flessibile che orienta sistematicamente il terapeuta verso la soluzione del problema e che si adatta creativamente alle caratteristiche del paziente (personalità, linguaggio, contesto). Quello che cambia è l'interazione tra terapeuta e paziente, lo scheletro dell'intervento rimane lo stesso (Nardone, 1993).

3. 2. Nuovi elementi nell'intervento psicoterapeutico strategico

Il modello dei protocolli può essere affiancato anche ad altre metodologie nella risoluzione dei casi di Attacchi di Panico.

Infatti, molte volte il racconto nelle prime sedute da parte dei pazienti, svela la crisi di panico come punta di un iceberg, sotto il quale si "nascondono" problematiche di altro genere, ma non meno importanti. Anzi, spesso è proprio la risoluzione di queste che porta all'eliminazione della sintomatologia del "panico".

Riprendiamo i casi citati precedentemente.

R. durante nelle prime sedute racconta molto di sé non soffermandosi solo sulle crisi di panico. Da questo escono molti argomenti interessanti da prendere in considerazione che il terapeuta decide di indagare nel corso degli incontri. Particolari sono i rapporti che R. ha instaurato in famiglia, che vede solo nel fine settimana lavorando in un'altra città. Il giovane ha due fratelli che studiano con profitto all'Università mentre lui ha deciso di intraprendere la carriera militare perché non amante dello studio nella sua città non aveva altre alternative. In realtà ama molto suonare e vorrebbe fare questo nella vita, anche se questa scelta non è mai stata accettata dai genitori. R. si percepisce "inferiore" ai fratelli e sente che i genitori con il suo lavoro attuale si sentono tranquilli per il suo futuro. Decide di andare avanti così, ma proprio questa insoddisfazione di fondo nella sua vita lo porta crisi di panico nel posto di lavoro, un luogo dove non vorrebbe essere. Racconta infatti che durante i turni sogna spesso di andare via per studiare musica e suonare. Allo stesso la mancanza di desiderio di vedere i genitori, la cui presenza gli ricorda ogni volta il motivo delle sue scelte, lo porta a crisi di panico anche quando si trova verso la

strada di casa. Questo senso di inadeguatezza e di agitazione influenza anche la sua vita sessuale, poiché racconta di soffrire di eiaculazione durante la penetrazione.

F. quando parla di sé sembra un fiume in piena. Vicino al racconto degli episodi di panico comincia a raccontare la sua attuale storia con un collega. Il legame che la unisce a questo ragazzo è da parte sua di attrazione mentale e sessuale mentre il partner sembra interessato solo a rapporti sessuali. Questo non corrispondeva al centro dei pensieri di F. che concentra tutta la sua vita e i suoi impegni su questo uomo. Accetta le sue richieste, si diverte con lui, ma nel momento in cui lui “sminuisce” la situazione sta male. La cosa interessante ma, forse, prevedibile, è che F. fa di tutto dopo per vendicarsi, lasciando credere a questa persona di essere una “sciupauomini” non interessata a livello sentimentale. Questa situazione si ripercuote su molti aspetti emotivi e psicologici della vita e ricalca molto anche la modalità relazionale generale della donna, sia a livello sentimentale che amicale e familiare. La crisi di panico potrebbe essere intesa come un campanello d’allarme, come un avviso che la vita fino ad ora attuata, molte volte basata sull’acceptare anche le piccole cose o gli “scarti” senza chiedere altro forse non va più bene.

In entrambi i casi è risultato vantaggioso l’utilizzo delle tecniche strategiche sopra descritte, non solo alla sintomatologia presentata ma anche ad altri aspetti della vita del soggetto, che risultavano collegati al problema.

Nel caso di F., in una seduta, venne utilizzata una induzione ipnotica con l’obiettivo di permetterle di visualizzare bene il problema da lei portato in terapia.

La visualizzazione da parte del paziente permette, infatti, di rendere lo stesso più consapevole della problematica presentata. Molte volte, infatti, i soggetti arrivano in terapia parlando di un “qualcosa” che li fa stare male, danno una definizione di questo in base alle loro “conoscenze psicologiche” ma, poiché non lo concretizzano bene, non riescono ad entrare in contatto con il loro problema per cercare di risolverlo. E’ sicuramente molto più complicato combattere e modificare qualcosa che rimane ignoto rispetto a qualcosa di conosciuto. Per questo fine, in molti casi, l’ipnosi risulta molto utile.

Terapeuta: “Vorrei che tu con gli occhi chiusi immaginassi di vederla un po’ questa ansia. Sai, l’ansia può essere positiva, quando ci crea quello stato di attivazione e di intelligenza sveglia, a volte può essere negativa, quando è un po’ troppa e diventa poco funzionale. Io vorrei che tu immaginassi quella che in modo generico, impreciso e forse anche non scientifico chiamiamo ansia, quella che tu chiami ansia, che quando dici ho l’ansia o semplicemente sono nervosa o...vorrei che immaginassi di vederla come se fosse un oggetto, un animale, una persona, qualcosa di tangibile, di reale, di concreto e vorrei che tu immaginassi adesso...mentre il tuo corpo diventa sempre più pesante mentre tutta la tua pesantezza reale, concreta perché da’ la forza di gravità, ti tira aumenta, per il fatto che sei sdraiata e hai l’impressione di sprofondare nel materasso, un po’ come se vedessi in qualche modo la tua orma diventare sempre più infossata, sempre più...sempre più grande e quindi la tua sensazione di essere pesante aumenta, ma aumenta per il semplice fatto che la forza di gravità è più forte perché ti stai un po’ rilassando fisicamente...mentre fai questo immagina di vederla in qualsiasi oggetto, qualsiasi pianta, qualsiasi animale, qualsiasi persona, qualsiasi...purché sia una forma, può essere anche una forma indefinita ma purché abbia...sia sensibile alla tua vista, sia quindi qualcosa di visibile...qualcosa che può appartenere allo stato gassoso, allo stato solido, allo stato liquido, non ha importanza purché abbia una qualsiasi consistenza materiale, purché sia un ente per lo meno visibile...vorrei che tu la vedessi, che la toccassi se è toccabile, la analizzassi completamente...lasciati andare ancora di più, sprofonda in una sorta di mondo immaginario nel quale è possibile materializzare gli oggetti, le persone, gli animali, le cose e anche le sensazioni, per cui la sensazione di ansia...io non parlerò per qualche minuto e tu l’avrai davanti a te, guardala, toccala, poi sentirai di nuovo la mia voce...ti immagini che questa ansia si faccia conoscere, ti parli come se si volesse presentare, che si vuole far conoscere, che si vuole aprire a te, qualsiasi tipo di parola tu possa ascoltare va bene, qualsiasi tipo di descrizione, è l’ansia che si descrive, che si fa conoscere...ma devi immaginare solo di ascoltarla senza sforzarti di farla parlare, ascolta come parla, quali parole usa per descriversi, ascolta per tre-quattro minuti...ascoltala e poi sentirai la mia voce...il tuo corpo è sempre più pesante...molto bene, adesso immagina che sia tu a descriverti, per pochi minuti a parlare con l’ansia, a risponderle quello che ti ha detto, quello che lei ha fatto, quello che lei ha espresso di se stessa, vorrei che tu le dicessi sempre immaginandoti di dirle tre o quattro frasi, qualcosa che ha che fare sul vostro rapporto, non solo su te o lei...molto bene, adesso per qualche minuto immagina che tu e lei vi parliate, tu e quella che immagini sia l’ansia, immagina che vi parliate, dicendovi cose che non vi siete mai dette in vita vostra perché non avevate avuto l’occasione che ora avete, un piccolo di pochissimi minuti...e poi sentirai di nuovo la mia voce...”

Una induzione ipnotica di questo tipo permette di aprire nuove questioni da poter analizzare in psicoterapia, in base alla presentazione da parte del paziente dell’ansia. Permette di analizzare il modo in cui il soggetto la immagina, il modo in cui si descrive, le cose che gli vorrebbe dire e la modalità di dialogo, dicendo a questa “ansia” quello che non ha mai avuto la possibilità di dire. Le risposte del soggetto a queste indicazioni non sono mai casuali, il rilassamento creato dall’induzione elimina i filtri cognitivi e permette una espressione “pura” di quello che lega il soggetto alla sintomatologia di cui soffre.

Non a caso F. immagina la sua ansia come una persona indefinita che, però, nella sua descrizione rappresenta molto le modalità relazionali che ora la fanno soffrire. Questo può essere una questione su cui lavorare, ponendosi degli obiettivi strategici per la risoluzione.

4. Conclusioni

La valutazione dell'intervento psicoterapeutico è senza dubbio difficoltosa. Infatti ogni modello teorico e ogni scuola di psicoterapia utilizzano parametri diversi per la loro analisi dei successi. Ad esempio, per uno psicoanalista il successo si ottiene nel momento del superamento del complesso edipico; per una terapia della famiglia il successo si ha con la ristrutturazione del sistema familiare; per un comportamentista il successo è determinato dall'annullamento dei sintomi comportamentali del disturbo (Watzlawick, 1976).

Secondo l'approccio strategico il successo è rappresentato dalla soluzione del problema presentato e dal raggiungimento degli obiettivi prefissati all'inizio del trattamento.

Sempre secondo questo modello l'efficacia del trattamento viene dimostrata sulla base di due fattori: l'efficacia durante il trattamento stesso e quella nel tempo, quest'ultima misurabile attraverso dei *follow-up*.

Bibliografia

- AA. VV., 1994, *DSM- IV Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Washington, DC, tr.it., *DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Masson.
- Andolfi, M., 1991, "Tre generazioni in terapia", in M. Malagoli Togliatti, T. Telfner, *Dall'individuo al sistema*, Torino, Boringhieri.
- Bateson, G., 1980, *Mind and nature*, New York, Bantam Books, tr.it., *Mente e natura*, Milano, Adelphi, 1984.
- Keeney, B., 1985, *L'estetica del cambiamento*, Roma, Astrolabio.
- Nardone, G., Watzlawick, P., 1990, *L'arte del cambiamento. Manuale di psicoterapia strategica. Ipnoterapia senza trance*, Firenze, ponte alle Grazie.
- Nardone, G. (a cura di), 1988, *Modelli di psicoterapia a confronto*, Roma, il Ventaglio.
- Nardone, G., 1991, *Suggestione, ristrutturazione, cambiamento*, Milano, Giuffrè editore.
- Nardone, G., 1993, *Paura, panico, fobie*, Firenze, Ponte alle Grazie.
- Salvini, A., 1991, "La paura è semplicemente un'emozione", *Rivista di Scienze sessuologiche*, 4, 1:9-16.
- Skorianec, B., 2000, *Il linguaggio della terapia breve*, Firenze, Ponte alle Grazie.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., Fisch, R., 1974, *Change: principles of problem formation and problem solution*, New York, W. W. Norton and Co., tr.it., *Change: la formazione e la soluzione dei problemi*, Roma, Astrolabio, 1974.
- Watzlawick, P., 1985, "Hypnotherapy without trance", in J. Zeig (ed), *Ericksonian psychotherapy*, vol.I, New York, Brunner/Mazel.
- Watzlawick, P., 1976, *How real is real?*, New York, Fandom House, tr.it., *Realtà della realtà: confusione, disinformazione, comunicazione*, Roma, Astrolabio 1976.
- Watzlawick, P., 1979, *Il linguaggio del cambiamento*, Milano, Feltrinelli.
- Watzlawick, P. (a cura di), 1981, *Die Erfundene Wirklichkeit*, Munchen, Piper und Co. Verlag, tr.it., *La realtà inventata*, Milano, Feltrinelli, 1988.