



ALETEIA

*Scuola di Specializzazione in Psicoterapia
ad orientamento Cognitivo- costruttivista*

Amore e Psiche

Un caso di ansia e attacchi di panico secondo
l'ottica cognitivo-costruttivista
orientata alla logica dei sistemi complessi

Tesi di specializzazione
Dott. Daniela Lopiano
Psicologo

Indice

Introduzione3

Cap.1

Processi della mente e organizzazione della conoscenza6

Cap.2

**Psicopatologia generale: un approccio costruttivista e
complesso per Disturbo da attacchi di panico12**

Cap.3

DEDALO

**Un protocollo, cognitivista e complesso, per il trattamento di
ansia, panico, agorafobia26**

Cap. 4

Il Caso Clinico: Amore e psiche60

Bibliografia69

Introduzione

Gennaio 2004, in quell'anno mi trovai a dovere fare una scelta, iscrivermi presso una scuola di specializzazione in psicoterapia che rispondesse sia alle mie aspettative di formazione professionale che personale. Era già da qualche tempo che partecipavo a seminari di presentazione delle varie scuole a diverso indirizzo, e nessuna mi convinceva. Al rientro da ogni incontro provavo una certa insoddisfazione, per alcuni riconoscevo l'incoerenza del modello di pensiero per altri l'incompatibilità con i miei pattern personali.

Questa mia indecisione mi faceva perdere tempo prezioso perché ad ogni inizio di anno accademico rimandavo la scelta della scuola al successivo.

Riconoscendo l'importanza di tale evento nella mia vita non volevo accontentarmi. La svolta rivoluzionaria avvenne in quell'anno quando mi arrivò l'invito per partecipare al seminario di studi presso la scuola Aleteia di Enna.

L'impatto fu emotivamente coinvolgente, quell'uomo con i baffetti, con le orecchie aperte, con il suo fare deciso e accogliente, professionale e allo stesso tempo promotore di se stesso, del suo modello teorico e della sua scuola mi colpì enormemente. La moglie, molto composta in grado di potere trasmettere con garbo la sua esperienza, ricca di un "sapere essere"

che, insieme al marito, ha saputo costruire nel tempo, con tanti anni di sperimentazioni nel laboratorio di psicofisiologia presso l'università degli studi di Catania, rappresentava per me l'accoppiata vincente. Un sistema "emotivo" e "cognitivo" che si integravano, un sistema di "impulsività" e "controllo" che si equilibravano, un "analogico" e un "digitale" che si interfacciavano, un "esperire" ed uno "spiegare" con cui si è sviluppato un nuovo modello teorico all'interno della psicoterapia cognitivo costruttivista.

Finalmente con fare deciso e convinto feci la mia scelta. Avevo trovato la scuola che poteva soddisfare le mie esigenze e che forse finalmente avrebbe potenziato le mie capacità offrendomi delle buone opportunità lavorative, un percorso di auto riflessione professionale e personale.

Dicembre 2007, sono passati quattro anni dal quel lontano Gennaio 2004, ed anche oggi come allora mi appresto a dovere fare una scelta, a conclusione del mio percorso di studi presso la Scuola Aleteia, devo individuare un caso clinico da presentare in occasione della proclamazione, tra i vari scelgo quello che più, almeno per l'inizio, mi ha destato attenzione, sia per l'età del paz. sia per il contesto culturale e sociale di provenienza. Oggi a distanza di due anni posso dire che è una delle situazioni in cui più che mai, il mio modello teorico cognitivo- costruttivista orientato alla logica dei sistemi complessi, si è rivelato efficace ed

efficiente, promuovendo, grazie ad una relazione terapeutica di base sicura, la rivoluzione di un sistema di conoscenza di una persona adulta che da più di 20 anni sembrava spacciata, con un “destino” infelice a cui nessuno credeva che lo stesso protagonista potesse sottrarsi. Non c’è nessuna ricompensa migliore per uno psicoterapeuta di vedere felice e sereno un proprio paziente che dapprima ti sperimenta come nuova figura genitoriale accudente e che poi, ahimè, si allontana come un figlio adulto e maturo in grado di potere continuare la rivoluzione del proprio stile di vita, che ha avuto origine all’interno della relazione terapeutica, e che proseguirà per sempre al di fuori della stessa, nella vita.

Cap.1

Processi della mente e organizzazione della conoscenza

In questi quattro anni, il nostro percorso di studi è stato molto faticoso e intenso, per poterci formare in maniera completa senza creare “manovali della psicoterapia”, la scuola è stata strutturata sia in momenti di crescita personale con la storia di sviluppo in gruppo con i colleghi, sia in lezioni a carattere teorico- pratico per acquisire informazioni, pratiche e metodiche in ambito clinico nella risoluzione dei vari disagi della mente dal vincolo ansioso, depressivo a quello ossessivo fino allo psicotico con la schizofrenia.

Per potere essere profondi conoscitori del modello cognitivo-costruttivista, durante questi tre anni di studi abbiamo percorso tutte le fasi evolutive principali della psicologia cognitiva e della psicoterapia, dallo scorso secolo fino ai giorni nostri con gli studi di Guidano e Liotti degli anni '80 e '90 per poi arrivare a quelli di Scrimali e Grimaldi contemporanei.

Tra i tanti approfondimenti di questi anni, sicuramente ha destato in me grande attenzione l'organizzazione della mente e i vari processi che in essa si realizzano partendo da una considerazione di fondo: l'uomo è caratterizzato da una spiccatissima *neotenia*. Ciò significa che, alla nascita il cervello ed i processi della mente non sono sviluppati. Si richiede quindi un lungo processo

evolutivo e di acquisizione di informazione dall'esterno per arrivare alle performance di un homo sapiens adulto.

Secondo il nostro modello cognitivo- costruttivista orientato alla logica dei sistemi complessi lo sviluppo del sistema di conoscenza si articola sulla base dei processi evolutivi dei singoli livelli: tacito, esplicito, procedurale e sociale.

La conoscenza tacita, si sviluppa a partire da sistemi geneticamente pre-programmati di tipo motivazionale, ciò si evolve tramite la maturazione e l'attivazione dei seguenti sistemi:

Il sistema dell'attaccamento

Il sistema della cooperazione

Il sistema della competizione

Il sistema sessuale e della riproduzione

Il sistema di accudimento

I due sistemi motivazionali dell'accudimento e dell'attaccamento costituiscono oggetto di una branca recente della etologia che è la ***Teoria dell'attaccamento.***

I sistemi motivazionali della cooperazione e della competizione sono oggetto di studio della Psicologia sociale, nell'ambito della quale si è, di recente, sviluppata una attiva corrente cognitivista.

Il sistema motivazionale della sessualità e della riproduzione sono oggetto della sessuologia che comprende attualmente una robusta componente cognitivista.

La conoscenza tacita si svolge al di fuori della consapevolezza e non è comunicabile, di per sé, se prima non subisce un processo di digitalizzazione, tipico della conoscenza esplicita.

Lo sviluppo della conoscenza esplicita rappresenta la forma più evoluta di intelligenza. L'evolversi della conoscenza esplicita si svolge quindi attraverso un processo evolutivo che inizia alla nascita e si articola fino alla adolescenza, allorché si raggiunge la compiuta capacità di astrazione e le competenze logiche tipiche dell'uomo.

Tale processo di evoluzione della intelligenza sembra ripercorrere le tappe evolutive filogenetiche.

La conoscenza procedurale è costituita da una serie di piani che controllano una ampia varietà di sequenze comportamentali, le quali costituiscono il mezzo per la realizzazione degli obiettivi sia tattici e coordinati che strategici e orientati alla soluzione di problemi.

Le attività procedurali, le competenze esecutive e le tattiche di problem solving vengono finalizzate al perseguimento di obiettivi strategici che scaturiscono dallo sviluppo di un progetto generale dell'esistenza che si dispiega e si articola nella dinamica coalizionale del Sé.

La conoscenza machiavellica consiste nell'attuare, mantenere ed ottimizzare le transazioni con i propri consimili. Nell'ambito delle attività di base della intelligenza sociale o machiavellica, il

linguaggio costituisce una topica di fondamentale importanza. Altro aspetto cruciale della intelligenza sociale è il dover interpretare il comportamento degli altri in termini di una serie di teorie rispetto a variabili non direttamente osservabili quali le emozioni, le motivazioni, le convinzioni, le intenzioni ed i piani, tattici e strategici. Questo aspetto comporta lo sviluppo di una vera e propria teoria della mente secondo la quale ogni essere umano, con cui si ci trova ad interagire, costruisce una sua personale visione della realtà che non aderisce direttamente alla realtà fisica. L'intelligenza machiavellica si articola in una serie di abilità e competenze che possono essere divise in due grandi categorie: quelle necessarie per emettere comportamenti sociali, per attivare processi di interazione, e quelle relative alla comprensione, decodificazione ed utilizzazione delle istanze relazionali degli altri simili.

Le tematiche di fondo di un orientamento cognitivo basato su una approccio costruttivista ed informato alla logica dei sistemi complessi tentano di delineare un modello di funzionamento della mente, informato all'ottica cognitivista costruttivista, per collegarlo poi, in una dimensione complessa, al funzionamento del cervello.

Ogni attività di conoscenza comporta l'acquisizione di informazioni, la loro selezione, la elaborazione delle stesse, la utilizzazione di strutture deputate alla memoria e la utilizzazione

finale dei quanti di informazione, all'interno di piani e strategie, ai fini della interazione con l'ambiente e con i consimili.

Tutto ciò consiste nell'istanza unificante della mente. Con cui l'uomo avverte **una percezione di Sé definita, unica e stabile nel tempo**.

Il senso di Sé, specifico e unico, di ciascun essere umano, scaturisce da un processo di continua dinamica tra *esperire e spiegare*. Le peculiari modalità di percezione della realtà, e le altrettanto idiosincratiche attitudini e competenze esplicative, costituiscono la specifica connotazione di ogni diverso Sé.

Psicopatologia generale:

*un approccio costruttivista e complesso per Disturbo da attacchi
di panico*

Partendo dalle indicazioni precedenti, il nostro modello teorico cerca di dare una chiave di lettura alle diverse problematiche relative ad un cattivo funzionamento dei processi della mente, in particolare, per il disturbo di ansia e di attacchi di panico ripercorrendo più di un secolo di studi, propone un approccio multidimensionale che prende in considerazioni più variabili.

Il nostro è comunque un punto di arrivo, seppur sempre in evoluzione, che nasce da una serie di approcci unidimensionali, nell'ambito della Psicopatologia dei disturbi di panico e di agorafobia.

I principali orientamenti unidimensionali, si sono sviluppati in una dimensione riduzionista, nell'arco di questo secolo, per giungere, in modo organico ed argomentato, a proporre un approccio complesso alla psicopatologia dei disturbi a prevalente connotazione ansiosa.

Nella nostra dimensione, costruttivista e complessa, la variabile biologica viene integrata nell'ambito di una dinamica epistemica. Tale nuovo approccio, in Psicofisiologia costituisce una componente importante del modello bio-psico-sociale attuale.

Nel disturbo da attacchi di panico e agorafobia, le variabili prese in considerazione sono le seguenti:

Vulnerabilità biologica

Studi familiari e sui gemelli hanno dimostrato una certa vulnerabilità biologica, sia per il panico che, per la agorafobia.

Parenting

Numerosi studi hanno evidenziato la possibilità che il determinismo di una organizzazione disfunzionale della personalità che costituisca il background della sindrome conclamata possa essere ricondotto ad un accudimento disfunzionale.

In particolare è stato sottolineato il potenziale ruolo dell'attaccamento ansioso-resistente caratterizzato da un atteggiamento della madre apprensivo e di blocco della esplorazione.

Life events

E' stato chiaramente individuato il ruolo di life-events idiosincratici nel determinismo dello scempenso clinico. Tali eventi sono collegati ai cambiamenti importanti nello stile di vita (il matrimonio, l'inizio di un nuovo lavoro, trasferimento in una città differente, et cetera).

Decorso

Il decorso del disturbo di panico e dell'agorafobia sembra essere cronico ma caratterizzato da periodi di remissioni e periodi di riesacerbazioni.

Studi di follow up suggeriscono che 6-10 anni dopo un trattamento farmacologico circa il 30% dei pazienti stanno bene, il 40-50% sono migliorati ma hanno ancora dei sintomi e dal 20% al 30% stanno ancora molto male.

In questa dimensione, costruttivista e complessa, la variabile biologica viene integrata nell'ambito di una dinamica epistemica.

Il trattamento psicoterapico non deve perseguire l'obiettivo di un impossibile e illusorio ritorno ad una condizione di ordine, *astratto e pregresso*, imposto dalla saggezza o dalle conoscenze del terapeuta, ma, piuttosto, il dispiegamento evolutivo di equilibri innovativi e non deterministici, secondo itinerari, sempre teleonomici e creativi, che, comunque, pur organizzando il disordine, ne rimangono sempre condizionati, per l'inevitabile tendenza all'incremento della entropia, all'interno del sistema di conoscenza e del suo supporto fisico, il sistema nervoso centrale.

L'ordine, quindi, della mente, non è una condizione ontologica data e, pertanto, prospettabile e perseguibile secondo deterministici itinerari teleologici ma, piuttosto, una condizione dinamica di equilibrio, sempre in movimento verso nuovi esiti stocastici. Guardando il fiume, anche se esso ci sembra sempre uguale a se stesso, stiamo, in realtà, osservando un'acqua diversa.

Cenni storici

Beck ha sviluppato, nel corso del suo lavoro pionieristico, una teorizzazione, in termini cognitivisti, della problematica ansiosa. Partendo da una prospettiva biopsicosociale, egli individuò, nella dinamica emozionale della paura, l'attività di un sistema biologico predisposto per favorire la sopravvivenza, rispetto ai pericoli fisici che incombevano sull'uomo, quando era ancora un abitatore delle savane, sempre a rischio di essere sopraffatto da feroci predatori.

Beck, ponendosi in una ottica evolutiva, afferma che, in una dimensione moderna, la dinamica ansiosa sarebbe da connettersi, non tanto a pericoli e minacce reali, ma, piuttosto, a stimoli di tipo sociale che sono elaborati in termini cognitivi.

In tal modo, l'aspetto disfunzionale della sintomatologia ansiosa, non viene individuato nella dinamica emotiva, ma nella elaborazione della informazione che sarebbe afflitta da un sistematico malfunzionamento che porterebbe alcuni soggetti ad interpretare invariabilmente, come minacciosa, la realtà. Sarebbe pertanto una valutazione, in termini troppo negativi, di quanto accade a provocare successivamente l'arousal emotivo. Si formulava quindi il famoso aforisma: *As you think, so you will fill-* secondo il quale il primum movens delle emozioni disturbanti sarebbe una sistematica distorsione cognitiva.

Per quanto concerne, più propriamente, gli attacchi di panico, un modello cognitivista è stato proposto nel 1986, da Clark. Secondo

tale modello, l'aspetto nodale, di tale tipo di problema clinico, sarebbe riconducibile ad un sistematico errore nella elaborazione della informazione, in questo caso, relativa ai pattern di funzionamento somatico.

Ogni variazione dei patterns di attività di alcuni organi e sistemi, ma, in particolare, di quelli dell'apparato cardiocircolatorio (frequenza cardiaca, presenza di extrasistoli, palpitazioni) viene elaborata in termini catastrofici e tale elaborazione promuove un'ulteriore alterazione del parametro la cui modificazione funzionale viene ulteriormente categorizzata come segnale di pericolo. Si attiverebbe, in tal modo, una catena di reazioni auto-alimentantisi le quali costituirebbero, appunto, l'attacco di panico.

Oltre a ciò, la preoccupazione, per un possibile scatenarsi dell'attacco di panico, costituirebbe, spesso, il punto di partenza, e, quindi, il trigger, della sequenza di eventi che porta all'attacco di panico.

Come è facile constatare, anche in questo caso, siamo in presenza di una teorizzazione informata al classico paradigma dell'human information processing, e, peraltro, puramente descrittiva.

Ponendosi in una ottica evolutiva, Guidano e Liotti, nel loro fondamentale lavoro, *Cognitive Processes and Emotional Disorders*, affermano che la eziologia della disfunzione cognitiva deve essere prevalentemente ricercata nei pattern disfunzionali di attaccamento.

Il bambino, che ha subito un attaccamento ansioso-resistente, manifesterà dei problemi, al momento della scolarizzazione, evidenziando un atteggiamento fobico, caratterizzato da difficoltà nella esplorazione e nella socializzazione. La sua organizzazione di personalità si costruirà, progressivamente intorno al tema di una *sua presunta ed eccessiva vulnerabilità* e di una *percezione della realtà esterna come ostile e pericolosa* e dalla quale è sempre meglio tenersi in guardia.

Le madri dei bambini che dimostrano, nella strange situation, un attaccamento ansioso-resistente appaiono caratterizzate da un atteggiamento iperemotivo nei confronti del bambino, tendono ad enfatizzare i pericoli, palesano una espressione inquieta e preoccupata e, soprattutto, sono inclini, sistematicamente, a limitare l'esplorazione del bambino. Sulla base di tale atteggiamento, della madre, si comprende come il piccolo non si dimostri molto attivo nell'esplorare e non riesca a rassicurarsi al ricongiungimento con la madre che gli trasferisce, non già un senso di sicurezza, ma di ulteriore ansia.

L'attaccamento ansioso-resistente del bambino trova una perfetta corrispondenza, in una attitudine, insicura e ipercontrollante della madre.

Da quanto detto, appare abbastanza evidente che l'attaccamento sicuro si sviluppa come risultato di un problematico equilibrio tra

la necessità di sicurezza e protezione e l'istanza antagonista alla esplorazione ed alla autonomia.

Un eccesso di prossimità, di controllo e di emotività nella madre, genera insicurezza, ansia, blocco della esplorazione e dipendenza.

La importanza di una disfunzione dell'accudimento con una tendenza della madre ad inibire l'esplorazione del piccolo, è stata messa chiaramente in rapporto con l'agorafobia da Bowlby e, successivamente, da Guidano e Liotti.

Nonostante la trasmissione transgenerazionale dei patterns emotivi sia una delle topiche più interessanti della ricerca etologica contemporanea, mancano comunque, a tutt'oggi, dati sperimentali sufficienti a corroborare, in termini inequivocabili, tale ipotesi di lavoro che, sul piano euristico, appare molto elegante e convincente.

Corine De Ruiter ha effettuato, di recente, una esauriente meta-analisi degli studi sperimentali che hanno esaminato la possibile relazione tra agorafobia e attaccamento ansioso-resistente, condotti tra il 1973 ed il 1993.

Tale meta-analisi ha portato ad una evidenza, statisticamente significativa, in favore di una associazione tra attaccamento ansioso-resistente e agorafobia. Bisogna tuttavia sottolineare che gli studi effettuati si sono basati prevalentemente su strumenti di indagine retrospettiva, quali il Parental Bonding Instrument di

Parker e l' E.M.B.U. di Perris. Mancano ancora studi prospettici che potrebbero avere una valenza dimostrativa ben maggiore.

Recenti ricerche, effettuate presso il nostro Istituto, non hanno ancora confermato, in misura statisticamente significativa, l'associazione stretta e inequivocabile tra attitudine ipercontrollante ed ansiosa dei genitori e sviluppo di ansia, panico e agorafobia, anche se disponiamo di dati che suggeriscono una maggiore presenza di parenting disfunzionali rispetto a campioni di controllo, costituiti da soggetti sani.

Un filone, recente di studi e ricerche, nell'ambito dell'etologia clinica, è quello connesso allo studio del sistema e delle modalità di reciprocità nell'età adulta.

Ci sembra utile, in questo contesto, descrivere, a livello esemplificativo, i dati emersi dalla somministrazione del Reciprocal Attachment Questionnaire, in una paziente, trentaduenne, affetta da disturbo da attacchi di panico con agorafobia.

La giovane donna, trentaduenne, in modo del tutto coerente, con quanto sopra esposto, presentava uno stile di attaccamento fortemente disfunzionale, improntato alla compulsione verso la ricerca assillante di accudimento, come unica modalità di relazione utile per sedare l'ansia.

Tutte le dimensioni di attaccamento, infatti, si presentavano disfunzionali. Una particolare inadeguatezza si evidenziava nella

dimensione “timore dell’abbandono”, legata alla attitudine emotiva, mentre per quanto riguardava le dimensioni di attaccamento, inerenti all’aspetto comportamentale, particolarmente disfunzionali si presentavano la “ricerca di prossimità” e la “protesta nei confronti della separazione”.

Un altro aspetto, importante da considerare, riguardo la problematica del parenting, è quello concernente le modalità con le quali ciascun adulto si rapporta con la dinamica di accudimento esperita.

La Main ed il suo gruppo di lavoro hanno svolto, a partire dalla metà degli anni Ottanta, una serie di ricerche per investigare come le modalità del rapporto con le figure di accudimento si riflettessero, nell’età adulta, sui processi di rappresentazione taciti ed espliciti.

L’impiego della Adult Attachment Interview, nel setting clinico, dei pazienti afflitti da ansia, panico ed agorafobia, non ha solo una valenza euristica, ma, come vedremo meglio più avanti, può inserirsi, molto opportunamente, nella fase strategica della terapia, allorquando il paziente deve essere gradatamente guidato verso un processo evolutivo dei modelli operativi, interni attraverso una analisi e ricostruzione degli stessi.

Per concludere questa topica, un breve cenno alla *social learning theory*, sviluppata, negli anni Settanta da Bandura. La instaurazione di modelli operativi interni disfunzionali, attivata

soprattutto dalle transazioni emotive tra figura di accudimento e bambino si completa con l'acquisizione di un repertorio comportamentale costruito mediante meccanismi di modeling che sono stati descritti da Bandura e validati anche nell'ambito di numerose ricerche comportamentali.

I bambini dunque, non solo “sentono” le emozioni dei genitori ma, anche, ne osservano il comportamento e ne assimilano le teorie. In tal modo imparerebbero i comportamenti di evitamento e le strategie di controllo dell'ambiente proprie dei fobici.

In definitiva è possibile affermare che nel soggetto nel quale è presente il vincolo fobico la paura è l'emozione più presente e pervasiva mentre il meccanismo disfunzionale di coping adottato è l'evitamento di ogni situazione nuova.

Le emozioni sono tutte interpretate come una condizione prodromica ad un malore in quanto l'individuo si sente labile e vulnerabile.

Questi soggetti sono stati letteralmente assillati fino al soffocamento talvolta quasi fisico a causa del gran numero di indumenti, sciarpe e passamontagna che erano costretti ad indossare da bambini e le situazioni di eccessiva intimità li fanno stare subito male, le responsabilità e l'assunzione di ruoli definiti li mettono in crisi.

Per questo motivo sono persone che hanno molte storie e che non si consolidano mai, interrompendo il rapporto prima che diventi troppo serio.

Il matrimonio, con relativo viaggio di nozze a Palma di Maiorca, è l'incubo di ogni fobico, il concentrato di tutte le sue idiosincrasie.

Infatti, sposandosi, si avventura verso l'ignoto, assume responsabilità irreversibili, si accinge a vivere una intensa intimità, anche fisica e sessuale, e, quel che peggio, si reca in aereo in un'isola.

Un terribile attacco di panico rimette a posto ogni cosa. Basta sesso, perché fa star male il povero fobico vulnerabile, si torna a casa in fretta e furia.

Dal punto di vista relazionale, il fobico è a suo agio con persone a lui note e in circostanze familiari. In questi casi può essere anche un leader ma non si avventura mai fuori dalla sua nicchia ecologica.

Nei confronti degli estranei è sospettoso e insicuro. Così il suo pattern nella relazione terapeutica sarà caratteristicamente bifasica, caratterizzato da circospezione e sospettosità nelle prime fasi e successivamente da dipendenza e scarsa autonomia.

La sua compliance nel corso della terapia è sempre problematica soprattutto nei confronti della terapia farmacologica nei confronti della quale palesa i più radicati terrori.

Come vedremo, l'obiettivo del lavoro terapeutico dovrà essere focalizzato sulla ristrutturazione della concezione di Sé come fragile e sulla attivazione del sistema motivazionale della esplorazione.

Quindi il leitmotiv della psicoterapia per questo paziente sarà l'esplorazione.

Da un punto di vista strettamente comportamentale, la dinamica cruciale è costituita dalla fuga o dall'evitamento delle situazioni temute.

Tali meccanismi, se da una parte producono un sollievo sintomatologico dall'ansia, dall'altra tendono a mantenere l'atteggiamento fobico.

Occorre quindi, in ambito terapeutico programmare a livello tattico, la attivazione e l'implementazione di tattiche di coping atte a consentire al paziente di non emettere il comportamento di fuga o quello dell'evitamento.

DEDALO

**Un protocollo, cognitivista e complesso, per il trattamento di
ansia, panico, agorafobia**

Il protocollo, è improntato ad un approccio multimodale che propone passaggi tattici differenziati i quali si avvalgono di tecniche comportamentali e cognitive per attingere un obiettivo strategico di rivoluzione epistemica, relativa ai pattern emotivi idiosincratici.

Il primo passo, dunque, è la risoluzione sintomatologica che incrementa enormemente la compliance e permette di passare, con maggiori probabilità di successo, alla fase strategica di cambiamento dei patterns emotivi profondi.

Il piano di trattamento Dedalo si articola, complessivamente, in cinque passaggi, ognuno esemplificato metaforicamente da una domanda paradigmatica proposta da un ipotetico paziente.

(INPUT)

Fase N. 1:

-Ho troppa paura, evito i rischi!-

Si stabilisce ed inizia a crescere la collaborazione terapeutica

(TRATTAMENTO)

Fase N. 2:

-Controllo la paura, mi confronto (gradualmente) con i

rischi!-

Aspetti tattici della terapia

Fase N. 3:

-Ma perché ho sempre paura?-

Aspetti strategici della terapia:

(OUTPUT)

Fase N.4:

-Anche io solutore di problemi ed esploratore del mio mondo!-

Conclusione della fase sistematica della terapia: il distacco dal
terapeuta

Fase N. 5:

-Una base sicura, finalmente!-

Counseling , monitoraggio e follow up

Fase N. 1

LA RELAZIONE TERAPEUTICA

Una topica, particolarmente interessante, del primo passo, è quella concernente la istituzione e lo sviluppo della relazione terapeutica che abbiamo definito come "patterns del terapeuta" e "del paziente".

Nella tradizione della terapia comportamentale, ma anche degli approcci cognitivisti razionalistici, il ruolo delle relazione terapeutica non veniva troppo stressato.

E' stato il contributo delle teorie di Bandura, sull'apprendimento sociale, a focalizzare, per primo, l' interesse sui fattori relazioni

nella psicoterapia cognitiva (Bandura, 1977), che si sono, successivamente, molto enfatizzati con lo sviluppo dell'approccio etologico e costruttivista (Safran & Segal, 1990).

Numerose ricerche tendono a dimostrare il ruolo fondamentale che la relazione, del paziente col terapeuta, gioca in ogni processo psicoterapico (Person & Burns, 1985). Il paziente, se afflitto da un disturbo di panico, trovandosi a vivere una situazione, nella quale si confronta con una probabile nuova figura che dovrà accudirlo, elicerà, invariabilmente, i patterns emotivi, comportamentali, cognitivi e relazionali tipici di chi ha esperito un attaccamento ansioso resistente e che, nel setting, si palesano sostanzialmente nel modo seguente. Il paziente sarà molto sospettoso e poco incline ad "esporsi" nella prima fase del colloquio, per divenire chiaramente ansioso, e, spesso, agitato, al momento della conclusione del consulto e del congedo, che diviene quasi sempre difficile da gestire.

Il terapeuta dovrà assumere un atteggiamento disponibile, empatico ma, anche, a nostro parere, abbastanza assertivo e direttivo per istituire, fin dal principio, una solida leadership. Nel prosieguo della terapia, il paziente effettuerà numerosi test sul terapeuta, per capire se può davvero fidarsi e bisogna saperli gestire con equilibrio, all'interno di una relazione che dovrà diventare di **base sicura**.

In questo caso essere una base sicura significa palesare, a livello emotivo, cognitivo e comportamentale, la assoluta fiducia nella possibilità del paziente di riprendere le competenze di esplorazione, ma, anche, un'attitudine decisa a rintuzzare le immancabili resistenze al cambiamento che il paziente metterà in atto, grazie alle sue straordinarie capacità di manipolazione e controllo dell' ambiente.

Ovviamente, anche le resistenze sono utili, in quanto forniscono informazioni preziose (anche allo stesso paziente) sui patterns di conoscenza disfunzionali, ma, devono essere, comunque, superate (Liotti, 1992).

E' osservazione frequente, per esempio, che questi pazienti, dopo aver dichiarato di essere pronti a tutto, pur di "guarire", si rifiutino, di prendere, poi, in considerazione l'ipotesi di assumere un qualsiasi farmaco o di "soportare" il suono, spesso "fastidioso", dell' apparecchio di biofeedback. E' evidente che tali comportamenti vanno fatti *auto-osservare* al paziente, come tipici della continua attitudine all'evitamento che lo caratterizza. In tal modo si realizza, sempre più efficacemente, il processo di sviluppo della autoconsapevolezza dei patterns epistemici disfunzionali.

L' ASSESSMENT DEL PAZIENTE

Il processo di assessment del paziente è molto importante, per effettuare una valutazione accurata della condizione clinica e della disabilità.

Oltre a ciò, si acquisiscono dati strutturati che consentono, attraverso periodiche misurazioni, un monitoraggio oggettivo dell'andamento del processo di cambiamento.

Per finire, grazie alla valutazione di parametri specifici, attuata attraverso strumenti validi ed affidabili, è possibile effettuare analisi accurate dell'efficacia del protocollo Dedalo, nei diversi contesti clinici e relativa alla applicazione da parte di diversi terapeuti. La scheda di assessment del paziente, afflitto da ansia, panico ed agorafobia, nel caso del protocollo Dedalo, comprende:

Diagnosi clinica, in accordo al DSM IV (A.P.A., 1994)

Scala per la valutazione della disabilità (G.A.F. Scale, A.P.A., 1994)

Gli aspetti relativi alla valutazione diagnostica e della disabilità, saranno effettuati, dal terapeuta, nel corso del primo colloquio. La seguente routine di assessment viene invece realizzata, come già accennato in precedenza, consegnando al paziente un protocollo cartaceo, comprendente i seguenti strumenti per auto-somministrazione:

Panick Attack Diary (Rathus & Sanderson, 1996).

Agoraphobic Cognitions Questionnaire (Chambless, Caputo, Bright, & Gallagher, 1984).

Body Sensation Questionnaire (Chambless, Caputo, Bright, & Gallagher, 1984).

Mobility Inventory for Agoraphobia (Chambless, Caputo, Jasin, Gracely, & Williams, 1985)

Beck Anxiety Inventory (Beck, Epstein & Brown, 1988).

Beck Depression Inventory (Beck, Steer & Garbir, 1988).

Tutti gli strumenti, appena citati, che sono stati messi a punto per la autosomministrazione autonoma, vengono consegnati al paziente al termine del primo colloquio, insieme alle istruzioni di svolgere accuratamente questo primo homework, per riportare tutto il materiale, debitamente compilato, al secondo incontro, con il terapeuta (che potrebbe essere preceduto da una seduta di assessment degli altri significativi e del funzionamento familiare, se questa fase dell'assessment viene svolta da un altro operatore). L'atteggiamento del paziente, alla assegnazione di questo primo home-work, e l'accuratezza del lavoro svolto, costituiscono una preziosa fonte di informazioni per il terapeuta e consentono di formulare una prognosi che appare tanto più favorevole, quanto maggiore sarà stata la compliance a questo primo, impegnativo homework.

L' ASSESSMENT PSICOFISIOLOGICO (Profilo di stress)

Questa topica richiede qualche breve ragguaglio. Viene effettuato il monitoraggio della attività elettrodermica exosomatica, durante un periodo di baseline, nell'ambito del quale si chiede al paziente

di restarsene tranquilli e cercare di rilassarsi (Prokasy & Raskin,1973; Scrimali & Grimaldi, 1991).

Successivamente, si somministrano, al paziente, dei brevi suoni sgradevoli per l' involuppo di frequenze contenute e si registra il comportamento del paziente e la sua attività elettrodermica. Il primo è caratterizzato, nel caso di pazienti afflitti dalle patologie di cui ci stiamo occupando, da intense reazioni emotive e dal desiderio di sottrarsi alle successive somministrazioni (come abbiamo accennato nella prima parte dell'articolo). L' aspetto relativo all attività elettrodermica, evidenzia, di solito, elevati livelli di conduttanza e risposte di allarme molto intense, alla stimolazione acustica. Il comportamento del paziente e il profilo psicofisiologico, relativo alla attività elettrodermica, costituiscono un eccellente materiale per far iniziare al paziente un processo di auto-osservazione. Successivamente, nel prosieguo della terapia, sarà molto utile ripetere la prova e confrontare le diverse performance del paziente in rapporto all'incremento delle capacità di coping progressivamente acquisite. In tal modo, si offre, al paziente stesso, una prova evidente del **cambiamento** intervenuto durante la terapia.

ALTRI SIGNIFICATIVI, FUNZIONAMENTO E CLIMA EMOTIVO FAMILIARE

Si tratta di una topica molto importante, dal momento che recenti ricerche, hanno dimostrato, anche nell'ambito dei disturbi d' ansia,

e, in particolare, nel disturbo da attacchi di panico, con o senza agorafobia, quanto importante sia il ruolo degli altri significativi nel mantenimento del disturbo. L'assessment del clima emotivo familiare e la valutazione del funzionamento familiare appare pertanto indispensabile.

Una volta individuate figure significative (quasi sempre il coniuge) ostili, ipercritiche, non supportive o che sono coinvolte in dinamiche relazionali, che si avvantaggiano della condizione di dipendenza del paziente, appare indispensabile coinvolgerle nel trattamento. Le modalità dell'approccio terapeutico, in questo caso, potrà variare da alcune sedute informative e di prescrizione di nuove condotte e nuovi atteggiamenti ad una vera e propria terapia cognitiva della coppia o della famiglia (Dattilio & Padesky, 1990).

Accanto ad un paziente afflitto da disturbi da attacchi di panico, con o senza agorafobia, troviamo spesso un coniuge ansioso, ipercontrollante, assillante e interessato a mantenere nella famiglia una condizione di leadership.

La valutazione del clima emotivo familiare viene da noi effettuata utilizzando una procedura, da tempo studiata e sviluppata nel nostro Istituto di Clinica Psichiatrica: il Five Minutes Speech Sample, mentre l'analisi del funzionamento familiare viene condotta esaurientemente tramite il Family Assessment Measure,

(Magana, Goldstein, Karno, Miklowitz, Jenkins,& Falloon,1985; Skinner, & Steinhauer,1983).

Entrambe queste procedure comportano, ovviamente, la collaborazione degli altri significativi. Uno strumento preliminare di assessment, è una versione modificata del Parental Bonding Instrument (impiega gli stessi item, però riferiti al presente ed alla persona con la quale si vuole studiare la relazione), che può essere compilata dal paziente e ci consente subito di inquadrare il partner, per come viene vissuto dal paziente stesso.

Esaurita, almeno nei termini consentiti da questa trattazione sintetica, i principali aspetti tattici del protocollo Dedalo, passiamo a discutere la parte concernente l' approfondimento della dimensione storica e strategica dell'intervento.

E' opportuno sottolineare che il livello strategico viene descritto, per comodità, come successivo a quello tattico, sul piano cronologico. E' evidente tuttavia, che, nella pratica clinica, ci si può spostare, da un piano all'altro, anche in termini di contemporaneità, fermo restando l'impegno a perseguire, nel più breve tempo possibile, la risoluzione sintomatologica.

Fase N.2

PROBLEM SOLVING E COPING

L' approccio definito "problem solving " è stato sviluppato, nell'ambito della psicoterapia cognitiva, da Thomas J. D'Zurilla (D'Zurilla, 1986). Questo Autore ha descritto, alla fine degli anni Ottanta, un modello di approccio terapeutico, articolato in una serie di passaggi tattici, che, sinteticamente, possono essere in tal modo, riassunti: orientamento sul problema, definizione e formulazione del problema, formulazione di soluzioni alternative, attuazione di quanto necessario per la messa in pratica della verifica empirica delle soluzioni individuate, messa in atto della soluzione individuata, verifica di quanto conseguito.

L' approccio *problem solving oriented*, in Psicoterapia cognitiva, si è rivelato molto efficace. La tematica del coping è stata proposta è sviluppata da Arnold Lazarus, un altro importante Autore dell' area cognitivista. Il concetto su cui si basa, relativamente empirico e semplice, è riconducibile alla concezione secondo la quale la capacità di fronteggiare una situazione temuta è proporzionale alla competenza posseduta nei riguardi della specifica situazione e agli strumenti operativi a disposizione (Lazarus, 1975).

L' ansia esperita e la tendenza ad emettere comportamenti non adattivi, quali la fuga o l'evitamento, sono invece inversamente correlabili alla specifica capacità di coping nei confronti di ogni singola situazione.

Una circostanza, quale un piccolo incendio che si sviluppa nella nostra cucina (non è una evenienza così rara come potrebbe

credersi), potrebbe essere facilmente gestita, se ci siamo premuniti di un estintore, e se abbiamo la competenza per usarlo. Se, invece, non abbiamo nulla per spegnere il fuoco, e le fiamme cominciano a farsi alte, l' ansia sarà ben più intensa e non ci resterà che allontanarci dalla cucina, sperando in un tempestivo intervento dei vigili del fuoco.

Un altro esempio molto calzante (che riportiamo, in quanto può essere utilizzato, con successo, con i pazienti, nell'ambito della applicazione del protocollo Dedalo) è quello concernente l'esercitazione di abbandono della nave, obbligatoria su tutti i natanti che effettuano crociere o le istruzioni impartite ai passeggeri prima dell'inizio di qualsiasi volo di linea. Una enorme quantità di dati dimostra che, in caso di emergenza, la competenza dei passeggeri migliora la loro gestione del panico, consentendo l'emissione di comportamenti più efficaci, ai fini della sopravvivenza.

Nel caso delle situazioni cliniche, connesse ad ansia, panico ed agorafobia, è possibile affermare che la capacità di emettere comportamenti adattivi è proporzionale alle competenze di coping del paziente, le quali sono molto basse a causa, sia di fattori strutturali, inerenti la sua organizzazione di personalità, che contingenti e relativi alla situazione attuale che il paziente concettualizza come malattia.

Per il primo aspetto possiamo ricollegarci a quanto detto nelle precedenti parti dell' articolo sulla vulnerabilità biologica di tali pazienti, costituita da una bassa sensibilità alla ricompensa, da una bassa tolleranza all' ansia e dalla facilità con cui tendono a ricorrere all'evitamento. Su questa vulnerabilità agisce poi un parenting che accentua le reazioni emotive ai presunti pericoli e costruisce una teoria di debolezza e fragilità personale.

Per finire, la medicalizzazione del problema e l' imprimatur di malattia, attribuito al disturbo, portano il soggetto ad acquisire l' "hilness behaviour" e cioè a comportarsi come una persona malata e, quindi, debole e bisognosa di cure e assistenza.

E' evidente che per costruire adeguate competenze di problem solving e di coping, è indispensabile attuare un lavoro di ristrutturazione cognitiva e di acquisizione di maggiori capacità di fornimento attivo delle situazioni temute.

Ciò è quanto viene effettuato nella fase cruciale del trattamento che coincide con il passo secondo del protocollo Dedalo.

Ci sembra utile riportare alcune schede di lavoro che utilizziamo, insieme al paziente, in questa fase della terapia (Vedi Appendice).

Le schede vengono compilate, nella prima seduta insieme al paziente. Le topiche che cerchiamo di stressare adeguatamente sono le seguenti:

Il problema fondamentale non è la crisi di panico, in sè e per sè, ma, piuttosto, la emissione sistematica di comportamenti di fuga, di evitamento e l'acquisizione dell'illness behaviour".

Proprio tali comportamenti costituiranno il target della prima fase dell'intervento terapeutico. La soluzione, adeguata, per ripristinare un livello soddisfacente di funzionamento nella vita quotidiana, è quella di sviluppare adeguate competenze di coping.

Tali competenze saranno costruite a partire dal primo gradino, costituito dal coping farmacologico (lorazepam a pronto effetto) per poi arrivare a quello psicofisiologici (biofeedback).

Il paziente deve deporre l'illusione che possa esistere una terapia che agisca *su di lui*, guarendolo, ma dovrà porsi nella prospettiva, meno confortevole, ma certamente più realistica, di dover impegnarsi e faticare per apprendere nuovi schemi, a livello comportamentale, cognitivo ed emotivo.

Il ripristino graduale della competenze, nel funzionamento quotidiano, migliorerà, progressivamente l'autostima, la sensazione di competenza personale (self-efficacy) e farà progressivamente risalire il tono dell'umore.

Il lavoro sarà focalizzato a partire dal "qui ed ora" e proiettato verso il futuro, piuttosto che impostato sulla ricerca

di eventi e cause nel passato, almeno in una prima fase del trattamento.

Il paziente deve essere ben avvertito che non rientra affatto nel razionale del protocollo terapeutico la scomparsa "automatica" delle crisi di panico ma che costituisce focus primario dell'intervento *una diversa gestione delle stesse* ed una progressiva riconcentualizzazione degli episodi critici.

Una topica molto importante della fase tattica, che stiamo descrivendo, è costituita dal trattamento farmacologico.

IL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

Il problema del trattamento farmacologico, della condizione clinica, costituita da ansia, panico ed agorafobia, rappresenta, a tutt'oggi, una tematica ancora aperta, caratterizzata dalla presenza di posizioni molto diverse e, spesso, incompatibili.

Accanto a chi sostiene la razionalità, l'efficacia e l'economicità del trattamento farmacologico, portando dati e casistiche incoraggianti, si collocano i fautori dell'approccio psicoterapico, del quale, uno dei più significativi targets dovrebbe essere proprio quello di permettere al paziente di liberarsi dalla dipendenza dei farmaci anti-ansia (le benzodiazepine, prevalentemente; Otto, Jones, Craske, & Barlow, 1994).

Numerose ricerche controllate dimostrano che l'efficacia del trattamento farmacologico e di quello psicoterapico, di tipo comportamentale e cognitivo, nel disturbo da attacchi di panico,

appare sovrapponibile. **La differenza va ricercata nel tasso di ricaduta che è significativamente più elevato nei pazienti trattati solo farmacologicamente** (Clark, Salkovskis, Hacmann, Middleton, Anatasiades & Gelder, 1994). Il trattamento integrato, nell'ambito del quale si utilizzano, contestualmente, e in modo coordinato, tecniche psicoterapiche comportamentali e cognitive, nonché sostanze psicotrope, appare significativamente più efficace delle due tipologie di intervento, quando applicate disgiuntamente. Sinteticamente esponiamo il nostro personale punto di vista, elaborato a partire dalla nostra esperienza clinica e di ricerca, al fine di inquadrare meglio la topica del coping farmacologico, compresa nel nostro protocollo Dedalo.

Un primo aspetto da chiarire è l'enorme confusione che molti effettuano tra il parametro **azione farmacodinamica** di una sostanza e quello relativo all'effetto finale del farmaco e, quindi, della sua eventuale **azione terapeutica**.

Tale confusione scaturisce dal fatto che **azione farmacodinamica** e **attività terapeutica** sono in realtà fattori del tutto diversi, anche se talvolta possono coincidere, restando invece, in molti altri casi, disgiunti.

Per quanto concerne la terapia farmacologica, delle condizioni ansiose, esistono studi sperimentali che dimostrano la scarsa utilità della somministrazione di benzodiazepine, al di fuori di un progetto di ripristino delle competenze di coping, al fine di

ristabilire l'attività di esplorazione. In questa circostanza, infatti, la modulazione dell'arousal del paziente non viene sfruttata per incrementare le capacità di esplorazione e diminuire l'evitamento fobico. Nel caso di pazienti agorafobici, una ricerca sperimentale ha chiaramente dimostrato che, mentre un gruppo di pazienti, trattati con diazepam, e senza nessun provvedimento comportamentale e cognitivo, non migliorava, un altro gruppo, omogeneo al precedente, traeva vantaggio dalla esposizione, mirata e progressiva, alla situazione fobica,effettuata durante la azione ansiolitica del farmaco (Stern, 1981).

Ricollegandoci a quanto precedentemente esposto, riguardo una concezione costruttivista dell'impiego di qualunque psicofarmaco, dobbiamo sottolineare come, l'assunzione di farmaci, in generale e di psicotropi in particolare, costituisca una performance di difficilissima attuazione per il paziente fobico.

Poiché il paziente, afflitto da panico e da agorafobia, ha un sacro terrore di qualunque provvedimento possa modificare il suo stato fisico, tenderà a rifiutare qualunque trattamento farmacologico o, convinto a prenderlo, accuserà i più terribili e fantasiosi effetti indesiderati, da lui descritti come attribuibili alla molecola assunta.

Il trattamento psicofarmacologico del paziente ansioso, afflitto da attacchi di panico e da agorafobia, deve essere, quindi inserito in

una solida alleanza terapeutica e ben preparato con una lavoro informativo e di rassicurazione.

Se ci ricollegiamo a quanto detto sulla costruzione dell'azione del farmaco, da parte di ciascuna persona, sulla base dei suoi vincoli organizzazionali, appare evidente cosa potrebbe accadere (e cosa abbiamo osservato in centinaia di casi). Le persone afflitte dal vincolo epistemico idiosincratico fobico, vivono in una dimensione di ipervigilanza e spiegano ogni diminuzione dell'arousal, prodotto da sostanze psicotrope, in termini di "perdita di controllo", con conseguente reazione di panico. D' altra parte, è presente in essi anche il vincolo idiosincratico della costrizione, quindi, il sentirsi vincolati ad un trattamento farmacologico, induce, subito, lo spettro della dipendenza.

Razionale dell' impiego di farmaci nel trattamento di panico e agorafobia

La prima domanda da porsi è cosa si debba perseguire, mediante il trattamento farmacologico, in queste condizioni cliniche. Gli obiettivi più immediati sembrerebbero il decremento dell'ansia e la rarefazione, o meglio la scomparsa degli attacchi di panico. **In realtà, a noi sembra che tali obiettivi non siano affatto importanti** in quanto, anche se conseguiti, non modificano significativamente il quadro clinico. Infatti l'aspetto più significativo di questo ultimo non è costituito, dall'ansia, e dagli attacchi di panico in sè, ma, piuttosto, dall' illness behaviour,

dall'evitamento, dalla dipendenza da persone significative e dalla disabilità e compromissione della immagine di sé che ne deriva, con conseguente inevitabile abbassamento del tono dell'umore. Pensiamo, quindi, che il miglioramento clinico vada misurato sulla base della attività di esplorazione estrinsecata dal paziente, dalla capacità di movimento che egli progressivamente riacquisisce e, soprattutto, dalla diminuzione della disabilità.

Tipologia di farmaci da impiegare

Una ormai consolidata letteratura tende a suggerire che le benzodiazepine non sarebbero efficaci nel trattamento del disturbo di panico, ma risulterebbero invece utili sostanze in grado di incrementare la biodisponibilità delle serotonina (quali fluoxetina, paroxetina, sertralina, etcetera; Muskin & Frer, 1981) oppure una specifica benzodiazepina triazolica, l' alprazolam (Chuinard, Annable, & Fontatine, 1982).

Secondo la letteratura, che concerne tali sostanze, l'impiego delle stesse sarebbe in grado di diminuire significativamente il numero di attacchi di panico o addirittura di farli cessare del tutto (Ballenger, J., Burrows G.D., Du Pont R.L., Lesser & Noyes, 1988).

Questo obiettivo può considerarsi terapeutico, se disgiunto dalla ristrutturazione dei patterns cognitivi, emotivi e relazionali? Noi pensiamo di no, anche alla luce di quanto

precedentemente discusso, sul modello di trattamento terapeutico.

Infatti, ammettiamo pure che gli attacchi di panico si diradino, non è detto che il paziente affronti nuovamente l'esplorazione delle situazioni temute. Oltre a ciò avremo costruito una vera e propria **teoria di tipo medico del problema del paziente**, come se fosse una malattia organica. In sostanza, il paziente viene indotto a pensare: *-Mi ero ammalato di panico e ora sono guarito, grazie ai farmaci.*- Il più delle volte, però, egli pensa, piuttosto, di aver semplicemente controllato un sintomo e teme di esserne di nuovo riassalito se sospenderà i farmaci.

Il farmaco quale strumento di coping

Questo punto costituisce la nostra originale proposta. Infatti nell'ambito del protocollo Dedalo negoziamo, con il paziente, l'impiego di una sostanza ansiolitica da assumere secondo le modalità attive del coping farmacologico. In questa dimensione il farmaco non serve a "curare" l'ansia ma solo a gestirla in vista della **esposizione progressiva alla situazione temuta** che costituisce, alla luce, della letteratura, il provvedimento terapeutico più efficace per modificare l'atteggiamento di evitamento fobico (Cohen, Montiero & Marks, 1987).

In tal modo, si utilizza, sistematicamente, il lorazepam, preparato secondo una formulazione particolare che, favorendone l'immediato assorbimento, e la quasi pronta biodisponibilità,

insieme alla facilità di somministrazione (si scioglie in bocca e quindi non comporta problemi di deglutizione), ne fa lo strumento di elezione per il coping farmacologico.

Il rationale terapeutico, che esponiamo al paziente, può essere così riassunto: *-Dal momento che lei evita alcune situazioni, in quanto teme di essere colto da un attacco di panico o da una crisi di ansia, utilizzeremo, almeno nella prima fase della terapia, uno strumento per la gestione attiva dell'ansia. Lei acquisterà, e porterà sempre con sé, una specifica preparazione farmacologica, formulata in modo tale da poter essere assunta in qualunque circostanza e che agisce in pochi minuti. Se dovesse essere colto dall'ansia, non dovrà fare altro che prendere un discoide, in tutta fretta, e, in pochi minuti, si sentirà meglio. In ogni caso, non sarà costretto ad interrompere ciò che sta facendo-. -D'altra parte, aggiungiamo, quando Lei si reca al Pronto Soccorso, in realtà cosa le fanno? -Mi somministrano del Valium, afferma sistematicamente ogni paziente-. -Bene, diciamo noi, se tutto ciò che le fanno in ospedale, è darle una benzodiazepina, può benissimo prendersela da solo e tenga presente che l'effetto della sostanza prescritta è veloce quanto quello del Valium iniettato in vena-.*

Le resistenze del paziente al trattamento farmacologico.

Le cose, comunque, non vanno sempre così lisce, anzi, il più delle volte, il paziente, dopo essere stato addestrato, al coping farmacologico, non lo mette in atto perchè, in realtà, ha paura dell'azione del farmaco. In tali casi può essere utile attuare una prova nella studio, alla presenza del terapeuta. Il paziente viene rassicurato dal terapeuta e indotto ad assumere il disoide, trattenendosi in studio fino alla cessazione dell'effetto ansiolitico. L'obiettivo principale della fase tattica della terapia è di ***riprendere l' esplorazione delle situazioni evitate***. Tale obiettivo andrà, dunque, perseguito solo provvisoriamente con il coping farmacologico e per il tempo necessario ad apprendere il coping psicofisiologico, costituito dal biofeedback.

Il positivo risultato che si ottiene, con tale approccio tattico, lungi dallo spingere il paziente ad interrompere la psicoterapia, incrementa invece la sua fiducia nel terapeuta e aumenta la motivazione alla prosecuzione del programma psicoterapico.

AUTOCONTROLLO E BIOFEEDBACK

L'uso del biofeedback consente di sviluppare strategie di coping. Durante il trattamento, infatti, si organizza l'esposizione del paziente a situazioni, che egli pensa siano difficili da affrontare.

Ad esempio, nei pazienti, affetti da agorafobia, è utile pianificare una esposizione in vivo a situazioni fobigene durante il monitoraggio ed il feedback dell'attività elettrodermica. Si può in tal caso, utilizzare strumentazioni portatili per rendere possibili i

movimenti e l'esplorazione. Esso diventa, anche, uno strumento di incremento della conoscenza di sé, piuttosto che una modalità di controllo delle emozioni, senza una comprensione delle medesime. Così, si ritiene che sia importante, per un agorafobico, comprendere il motivo per cui prova panico in certe situazioni, ma è, anche, importante imparare a gestire questo panico e cominciare ad emettere un comportamento di esplorazione. Infatti, solo se il paziente comincia progressivamente ad emettere comportamenti di esplorazione possono essere raccolte preziose informazioni, di prima mano, sulla interfaccia esperire-spiegare. Nel caso in cui prevalga un rigido atteggiamento di evitamento, non sarà invece facile procedere al riordino della esperienza emotiva.

Il biofeedback, secondo la nostra opinione, è un buon modo per iniziare ad effettuare esperienze di monitoraggio e auto-osservazione, della dinamica emotiva, in un clima di sicurezza.

Nel caso del paziente agorafobico, con o senza attacchi di panico, esiste un sistematica situazione di evitamento della esplorazione, intesa, sia in senso fisico, che emozionale e relazionale. Affinché possa essere attivato un processo di auto-osservazione, e di ripresa dello sviluppo ortogenetico del ciclo di vita, è indispensabile far ripristinare, nel paziente, tali competenze. Il biofeedback può costituire un ottimo strumento per sperimentare una nuova situazione di sicurezza e di self-efficacy che consente di conseguire una risoluzione sintomatologica e far uscire il paziente

dalla condizione di malattia e disabilità per dischiudere la strada ad un processo di scoperta della propria dinamica emotiva, cognitiva e relazionale, connessa all' orientamento delle strutture di conoscenza e profondamente influenzata dalla storia di sviluppo.

ESECUZIONE GRADUALE DI ESPERIENZE DI ESPLORAZIONE

La esecuzione graduale delle esperienze di esplorazione, delle situazioni temute, viene pianificata, insieme al paziente, sulla base della gerarchia, da lui compilata, nella fase di assessment. Il paziente verrà incoraggiato a svolgere, da solo, le prime, più semplici esperienze di esplorazione, non appena iniziata la fase terapeutica dell' apprendimento del coping. Ciò avviene dopo circa quattro sedute dedicate alla pratica del biofeedback della attività elettrodermica e dopo aver ben compresa e già sperimentata la dinamica del coping farmacologico. Nei casi in cui il paziente non sia in grado di superare le prime prove, a causa di una presenza di elevatissimi livelli di evitamento, si potrà ricorrere alla pianificazione di sedute in vivo nell'ambito delle quali il paziente viene assistito, nella situazione reale, dal terapeuta (in questi casi ci serviamo, in qualità di co-terapeuti, dei Colleghi Terapeuti della Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale). Ogni esperienza di esplorazione andrà descritta dettagliatamente in un apposito diario.

RICOSTRUZIONE DELLA STORIA DI SVILUPPO E DEI PATTERN DI ACCUDIMENTO

Il primo passo, di questa fase della terapia, coincide con il riprendere in esame, insieme al paziente, l'aspetto del determinismo del problema clinico, aspetto che era stato lasciato volutamente in secondo piano, per perseguire, preliminarmente, la risoluzione sintomatologica. Dopo aver imparato a gestire il problema del panico, e i comportamenti di fuga ed evitamento, ed avere lavorato al riordino della interfaccia esperire-spiegare, attraverso la presa di coscienza che qualunque manifestazione emotiva viene spiegata come segnale di pericolo e, quindi, come ansia, è ora il momento di cercare una risposta alle domande relative al perchè della presenza di questi problemi.

Le linee guida interpretative, che forniamo ai nostri pazienti, sono costituite dalla tematica della vulnerabilità biologica, da quella del parenting disfunzionale e dagli eventi di vita critici che scompensano la organizzazione di conoscenza. Gli strumenti utilizzati sono quelli di una ricerca euristica, attuata in termini abbastanza strutturati (Popper, 1959).

Vulnerabilità biologica

Il terapeuta formula l'ipotesi di lavoro che il paziente sia stato caratterizzato, fin dalla nascita, da un programma biologico,

geneticamente determinato che si è andato sviluppando nel corso del ciclo di vita, sulla base, ovviamente, della interazione con l'ambiente. L'esempio classico, che proponiamo al paziente, è quello di una patologia, multifattoriale, ma di pertinenza medica, e molto conosciuta, quale l'ipertensione.

Alla nascita, ognuno di noi è caratterizzato da un certo rischio di diventare iperteso che, per alcuni soggetti, è più basso, per altri più elevato, sulla base del genotipo ereditato. Questi ultimi soggetti, se crescono in un ambiente che propone una serie di fattori negativi, come l'abitudine al fumo di tabacco, l'assunzione di elevate quantità di bevande alcoliche, il consumo eccessivo di caffè e una dieta ipersodica e ipercalorica, vedranno incrementarsi significativamente la probabilità di diventare ipertesi. Tra i fattori che predispongono all'ipertensione non manchiamo di stressare quelli psicologici e caratteriali legati alla tematica del tipo A e del tipo B di Friedman e Rosenman (Friedman & Roseman, 1969)

Proposto e discusso, con il paziente, questo esempio, passiamo a proporre una analogia chiave di lettura per la problematica clinica, costituita dall'ansia, dal panico e dalla agorafobia. È importante sottolineare che, in questa fase della terapia, bisognerebbe evitare un atteggiamento razionalistico, in favore di una dimensione costruttivista e maieutica. Ciò può essere conseguito prospettando, quanto appena esposto, come una mera ipotesi di lavoro, rivelatasi valida, in termini di studi di popolazione (epidemiologici, cioè),

ma che deve essere validata, per quanto concerne la specifica situazione del paziente in questione.

Dovrà essere il paziente stesso, che, partendo dalla chiave di lettura, che gli forniamo, corrobora o falsifica la terapia, proprio in termini popperiani (Popper, 1959).

Gli strumenti che proponiamo al paziente, per attivare questa ricerca, sono i seguenti:

Ricostruzione dell'albero genealogico

Preghiamo il paziente di costruire un albero genealogico che risalga almeno fino ai nonni e comprendente anche gli zii. Gli proponiamo, poi, di attribuire (eventualmente, con la collaborazione dei genitori) una definizione, a ciascun parente, scegliendo tra : **Tipo 1**, cioè persona serena, controllata e indipendente, oppure, **Tipo 2**, vale a dire emotiva, apprensiva e tendente alla dipendenza sul piano relazionale.

E' del tutto frequente trovare una prevalenza di ascendenti del **Tipo 2**, che documenta un certo carico genetico.

Ricostruzione delle attitudini geneticamente determinate

In modo particolare chiediamo al paziente di ricostruire, anche con l'aiuto dei genitori e della madre, in particolare, i suoi pattern emotivi precoci che sono geneticamente determinati. Occorre far chiedere ai genitori se il paziente, da bambino, piangeva spesso e ricercava, con insistenza, il contatto fisico, oppure manifestava

curiosità per l'ambiente e tendeva con facilità ad allontanarsi dalla madre.

Un altro aspetto importante, da investigare, è quello concernente l'attività ipnica. Il paziente, nei primi mesi di vita, si addormentava facilmente e riposava tranquillamente o stentava a prendere sonno e si svegliava frequentemente?

Per finire, la condotta alimentare. Il paziente, nei primi mesi di vita, si è svezzato senza problemi e ha accettato, con curiosità e soddisfazione, i primi cibi solidi o ha mostrato difficoltà, in questa fase delicata dello sviluppo?

Ricostruzione del parenting

Utilizziamo, sistematicamente, il Parental Bonding Instrument, discutendone, poi, con il paziente lo scoring effettuato.

Di recente, anche se ancora in via preliminare, e non sistematicamente, abbiamo iniziato a sperimentare l' Adult Attachment Interview.

Utilizzando tale strumento di assessment, si evidenziano numerosi aspetti relativi a processi taciti e alla comunicazione non verbale che possono così essere fatti osservare al paziente stesso (quali, per esempio, quelli relativi ai ricordi interdetti).

La discussione, sulla intervista e sullo scoring effettuato dal terapeuta, può innescare un importante incremento delle metacognizione del paziente il quale può facilmente osservare, in azione, alcune dinamiche emotive proprie della sua organizzazione

cognitiva. Come osserva Liotti, molto di frequente, nei pazienti agorafobici, è presente una dinamica disfunzionale tra aspetti semantici (astratti e proposizionali) ed episodici (emotivi soprattutto) della conoscenza del Sè. Le informazioni ricavate dalla fase di ricostruzione del parenting esperito e, quindi, dalla discussione dei risultati del Parental Bonding Instrument e della Adult Attachment Interview, possono favorire una riduzione dei meccanismi attivi di esclusione dalla coscienza di esperienze emotive, esperite nell'ambito del parenting e attivarne una nuova elaborazione.

Ricostruzione della storia di sviluppo

Ci avvaliamo di un guideline riconducibile a quello proposto da Guidano (Guidano,1992). Nel corso di questo lavoro, il paziente ricostruisce progressivamente un affresco della suo ciclo di vita dal quale emerge, (o dovrebbe emergere, dal momento che si tratta, appunto, di un programma euristico) il quadro di una vulnerabilità biologica, già presente nei primi anni di vita, riconducibile al genoma. A questa si sarà probabilmente sovrapposto un parenting, caratterizzato da ipercontrollo ed alta emotività.

Il paziente deve essere incoraggiato a rammentare episodi e circostanze nelle quali avvertiva paura e panico e non veniva adeguatamente rassicurato. E, d'altra parte, vanno ricercate e discusse situazioni nell'ambito delle quali il paziente avvertiva una

opprimente sensazione di controllo, spesso attuata sulla base di una presunta sua "debolezza". Per finire, è importante che il paziente ricostruisca gli accadimenti recenti che hanno portato allo scempero clinico, decodificandone il significato di perdita di sicurezza o di costrizione. In tal modo, il processo di ristrutturazione compie un significativo passo avanti, sul piano della riorganizzazione del sistema di conoscenza.

Tale ristrutturazione costituisce il mezzo per attingere una sostanziale rivoluzione dei patterns emotivi profondi ma non coincide necessariamente con tale rivoluzione.

Vogliamo, infatti, affermare, che, a nostro avviso, al termine di tutto il lavoro svolto, il paziente possiede gli strumenti euristici per osservare se stesso e la realtà esterna sotto una nuova chiave di lettura, più esplicativa rispetto al modello della malattia biologica e soprattutto più adattiva. Non si posseggono, tuttavia, a tutt'oggi, dati sperimentali per rispondere alla seguente, fondamentale domanda:

come, quando e in che termini si rivoluzionano i modelli operativi interni ?

Risposte univoche non ce ne sono e, per fornirle, occorrerebbe effettuare lunghi studi prospettici. Una serie di dati, raccolti dai nostri pazienti, per periodi fino a venti anni, ci portano a pensare che si richiedano davvero tempi lunghi. La rivoluzione dei pattern emotivi (modelli operativi interni), a nostro avviso,

avviene grazie alla terapia cognitiva ma non necessariamente durante la terapia perchè, in tal caso, essa dovrebbe assumere tempi e costi proibitivi, al pari della psicoanalisi. Il vero setting del cambiamento profondo non è, a nostro parere, lo studio dello psicoterapeuta ma, piuttosto, il teatro della vita.

Un caso clinico: Amore e psiche

Paziente: Salvatore di anni 45

Diagnosi secondo il DSM III-Risposta: Disturbo da attacchi di panico con agorafobia

- Salvatore ha 45 anni.
- Vive in un piccolo paesino dell'entroterra nisseno ad alta densità mafiosa.
- Celibe, dipendente presso un ente pubblico del capoluogo nisseno dall'età di 25 anni.
- Il nucleo familiare è composto da genitori molto anziani pensionati, una sorella con una forma lieve di ritardo mentale di 35 anni, una di 38 anni nubile che lavora presso il panificio di famiglia, un fratello di 43 anni sposato con due bambini panettiere, ed una sorella di 48 anni che vive in una città del nord- italia coniugata e con due figli.

Situazione lavorativa: svolge l'attività di impiegato presso una amministrazione pubblica. La fonte di invio è la locandina di training autogeno apposta per pubblicità presso l'ufficio dove lavora S.

Durante il primo colloquio, dopo le presentazioni, e create le condizioni di un clima di rassicurazione emotiva, il paziente viene invitato ad esporre il suo "problema". S. si presenta da solo e riferisce di avere disturbi di ansia generalizzata con attacchi di

panico da circa 20 anni e che le eccessive preoccupazioni sulle sue condizioni di salute, a quanto pare precarie, gli impediscono una alimentazione variegata e di conseguenza una difficoltà ad allontanarsi da casa, anche per un giorno intero, per paura che i fastidiosi dolori allo stomaco possano manifestarsi.

S. ha già in corso una terapia farmacologica presso un famoso studio di Catania ad indirizzo biologico- riduzionista con scarsi risultati.

Sempre nell'ambito della prima seduta, veniva stipulato il contratto terapeutico. Riferisco a S. che è possibile risolvere il disturbo da lui manifestato, connotandolo sin dall'inizio, in termini di problema, prevalentemente psicologico, e non di malattia, esclusivamente somatica. Propongo, in primo luogo, di effettuare una psicoterapia cognitiva, con sedute monosettimanali, della durata di circa 45 minuti.

Illustro un programma psicoterapico, finalizzato ad una fase tattica, mirante alla risoluzione del sintomo e ad una fase strategica, tendente all'autosservazione, allo studio dell'organizzazione della conoscenza ed al cambiamento o rivoluzione cognitiva. Nell'ambito del trattamento psicoterapico, propongo l'impiego tattico, preliminare, dello strumento farmacologico, costituito dal lorazepam a pronto effetto.

In considerazione delle elevate quote d'ansia, nonché della frequenza e dell'intensità degli attacchi di panico, presentati dal

paziente, l'utilizzo del farmaco, diminuendo l'intensità delle crisi o addirittura, facendole cessare, avrebbe potuto consentire di migliorare le condizioni per un'adeguata esplorazione comportamentale ed emotiva.

Chiedo, inoltre, a S. di stilare un elenco di situazioni temute e di compilare, insieme al terapeuta, una scala di desensibilizzazione sistematica (gerarchia). Da questo processo di individuazione dei problemi emergono le seguenti situazioni problematiche: ansia generalizzata con attacchi di panico, eccessiva preoccupazione per le condizioni di salute (tratto ipocondriaco), vita metodica e abitudinaria, risvegli notturni, dolori addominali, assenza di una relazione amorosa da più di 20 anni.

Si propongono delle sedute con biofeedback come strumento di coping allo scopo di aumentare l'autocontrollo, specie dopo l'esposizione alla situazione temuta. Nelle sedute successive, si lavora con il biofeedback e con la desensibilizzazione sistematica.

Il paziente inizia ad affrontare la paura di restare al buio, in una stanza, per periodi di tempo progressivi, seguiti da rilassamento con biofeedback. Successivamente porta in seduta delle riviste di medicina e si leggono in presenza del terapeuta: ciò gli consente di verbalizzare le proprie emozioni e cognizioni disfunzionali. E' altresì affrontata la paura di guidare la macchina: la presenza del terapeuta in qualità di base sicura, consente l'esplorazione della situazione temuta, in un clima di rassicurazione emotiva.

Nelle sedute successive, sono dati i questionari di autosomministrazione: Agoraphobic Cognitions Questionnaire, Body Sensation Questionnaire, Mobility Inventory for Agoraphobia, Beck Anxiety Inventory, Dysfunctional Attitude Scale. Alla fine di questa fase si formula il progetto terapeutico: risoluzione della problematica ansiosa tramite l'uso del protocollo DEDALO che prevede: l'apprendimento del coping: farmacologico (lorazepam a pronto assorbimento) e psicofisiologico (bfb utile anche per i risvegli notturni); riconcettualizzazione dei pensieri automatici e disfunzionali circa le condizioni di salute e l'impossibilità di avere una vita sessuale ed affettiva stabile; monitoraggio della vita quotidiana e introduzione di attività di gratificazione, imprevedibili ed emotivamente attivanti.

Per quanto riguarda il lavoro con la famiglia, S. da subito si rifiuta di far partecipare la famiglia convivente, anche se informata dell'inizio della psicoterapia. Al colloquio partecipa la sorella Francesca con cui riferisce di avere un buon rapporto. Nei primi 5 min. in seduta si osserva un elevato livello di Emotività Espressa che riguarda l'intero sistema familiare, entrambi riferiscono che la madre settantenne esercita ancora una certa influenza... circa l'orario di rientro la sera che non deve mai essere più tardi delle 22:00 la madre: "in paisi è megghiu rientrari prestu picchì nun si sapi mai socchi po' capitari!!!" Vengono fornite allora delle

indicazioni comportamentali: diminuire l'ipercoinvolgimento emotivo attraverso strategie comunicative più adeguate, quali ad esempio il "messaggio io", diminuire il controllo attraverso le tecniche di negoziazione di regole condivise (quali orari, attività da svolgere in casa....), favorire l'esecuzione graduale di esperienze di esplorazione.

Si inizia così la fase tattica della psicoterapia con la pianificazione di esperienze graduali di esplorazione concordata con il terapeuta che prevede l'uso per brevi tratti della macchina, anche di sera con allontanamento graduale dal paese, frequentazione di nuovi ambienti sociali come palestra, piscina e poligono di tiro rivelatosi una grande e nuova passione, l'assegnazione di un diario strutturato a quattro colonne (evento, emozione, pensiero e comportamento) finalizzato all'auto-osservazione

S. dopo una fase iniziale di difficoltà e rifiuto, comincia ad eseguire con scrupolo gli home work. Contemporaneamente alla psicoterapia in setting individuale S. esprime il consenso a partecipare ad un gruppo esperienziale di tecniche psicocorporee ed efficacia comunicativa. Il gruppo eterogeneo per età, sesso, e livello di aspettativa tra i partecipanti rappresenta la svolta....S. comincia a "sentire" forme di attrazione e curiosità sessuale verso le donne, che da anni non provava più, e che erano stati ristrutturati a livello cognitivo ed emotivo come forme di ansia e pericolo piuttosto che di piacere. *L'aspetto strategico* della terapia

procede con l'analisi e la ristrutturazione dei pensieri automatici, dei sistemi di convinzione e degli schemi cognitivi e la ricostruzione della storia di sviluppo. Le linee guida interpretative sono: la vulnerabilità biologica e la familiarità del problema ansioso, lo stile di accudimento ricevuto nell'infanzia con una madre iperprotettiva ed un padre assente, l'individuazione di due eventi di vita scatenanti che provocano la strategia di coping disfunzionale di evitamento e fuga che S. ha completamente eliminato dal suo livello di consapevolezza. Si tratta di un omicidio di mafia a cui S. assiste, in cui un sicario a volto scoperto, uccide circa vent'anni fa nel centro del suo paese un uomo, lasciandolo morto in una pozza di sangue.

L'altro evento è la morte del cugino a soli 30 anni di un carcinoma allo stomaco.

I risultati in merito alla risoluzione del problema ansioso originario sono: gestione dell'ansia con diradamento degli attacchi di panico e riduzione del coping farmacologico, eliminazione dei pensieri automatici circa la preoccupazione per le condizioni di salute, miglioramento della qualità della vita con introduzione di contesti sociali nuovi e stimolanti, assenza di risvegli notturni e dolori addominali.

I risultati rivoluzionari sono: innamoramento e definizione di una relazione amorosa con il progetto futuro che prevede la nascita di un figlio. S., infatti, nonostante le opposizioni da parte della sua

famiglia di origine, da quasi un anno ha una relazione affettiva stabile con una coetanea del suo paese. Etichettata dal contesto sociale come una donna di facili costumi perché separata, ha rappresentato per S. una opportunità di crescita ed autonomia dalla cultura arretrata del proprio contesto, con la riscoperta felicità del suo essere uomo!

In conclusione la vita di S. appare più ricca di situazioni stimolanti.

Il trattamento terapeutico lo ha reso più emotivo e sicuro di sé, non ha più paura di rientrare molto tardi la sera, entusiasta e di maggiore iniziativa ha deciso di allontanarsi dalla famiglia di origine prendendo casa nel capoluogo nisseno e vivendo pienamente e intensamente la sua rivoluzionata... sessualità.

Attualmente è in follow up con un colloquio ogni due mesi.

Una nota a parte merita la relazione terapeutica, che rappresenta un fattore di cambiamento e di successo della terapia talmente importante da incidere in maniera spesso più decisiva delle tecniche terapeutiche stesse. Essa scaturisce da due fronti:

- i pattern del terapeuta

- i pattern del paziente

Con Salvatore è apparso inizialmente difficile instaurare una relazione di reciproca fiducia e collaborazione.

All'inizio molto sospettoso e poco incline ad esporsi è divenuto, durante le successive sedute, chiaramente ansioso ed agitato effettuando numerosi test sul terapeuta.

Immane sono state le resistenze al cambiamento che S. ha messo in atto, grazie alle sue straordinarie capacità di manipolazione e controllo dell' ambiente.

Il terapeuta con un atteggiamento disponibile, empatico ma, abbastanza assertivo e direttivo per istituire, fin dal principio, una solida leadership, ha fatto “esperire” e “spiegare” una relazione di base sicura, che ha avuto come effetto rivoluzionario la fiducia in S. di riprendere le competenze di esplorazione...

Dall'equilibrio tra Amore e Psiche ...

si sviluppa

una forte “tensione emotiva” che spinge l'uomo a vivere la

complessità della vita

Bibliografia

American Psychiatric Association, *DSM-IV-TR, Manuale Diagnostico Statistico dei disturbi mentali- text Revision*, Masson, 2002.

Bara B., *Nuovo Manuale di psicologia cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino 2005.

Benjafield Jhon G., *Psicologia dei processi cognitivi*, Il Mulino,

Guidano V., *La complessità del sé*, Bollati Boringhieri, Torino 1988.

Guidano V., *Il sé nel suo divenire*, Bollati Boringhieri, Torino 2004.

Grimaldi L., *Attaccamento e conoscenza*, Vol. I e II, ISSCO, Enna 2004.

Scrimali T., Grimaldi L., *Sulle tracce della mente*, Franco Angeli, Milano 1991.

Scrimali T., Grimaldi L., *Il biofeedback dell'attività elettrodermica*, Franco Angeli, Milano 1985.

Scrimali T., *Complessità Disagio e Cambiamento*, Vol. I Complessità, , ISSCO, Enna 2004.

Scrimali T., *Complessità Disagio e Cambiamento*, Vol. II Disagio Psicico, ISSCO, Enna 2004.

Scrimali T., *Terapia cognitiva complessa*, Vol. III, ISSCO, Enna 2004.

Scrimali T., *Processi della mente e disagio psichico*, ISSCO, Enna 2006.

Scrimali T., *Entropia della mente ed entropia negativa*, Franco Angeli, Milano 2006.

