



IL PANICO DI JANE: UN CASO DI DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS

Assessment, formulazione e trattamento del caso con approccio Cognitivo Comportamentale

INDICE:

Introduzione

Assessment: presentazione della Paziente

Il primo incontro con Jane

- Problema attuale

Psicoterapia Cognitivo Comportamentale

- Pensieri
- Emozioni
- Comportamento
- Sintomi fisici
- Background della paziente

Strumenti Psicometrici

- Modello Cognitivo del PTSD

Le reazioni post trauma di Jane in ottica Cognitivo Comportamentale

Intervento

- Programma di Trattamento
- Stile Terapeutico
- Progressi durante la Psicoterapia

Riflessioni e Valutazione

Note

Bibliografia

Introduzione

Nel 2010 mi trovavo in Regno Unito, dove lavoravo come Psicoterapeuta presso il Centro di Salute Mentale del *National Health Service* (NHS), ovvero del Servizio Sanitario Nazionale, e avevo tutte le intenzioni di soddisfare il mio Manager Clinico (ossia il Direttore Sanitario) - applicando, con grande rigore scientifico, le mie competenze cliniche con i pazienti - ed esercitare la professione "come da manuale".

La paziente, che in questo racconto chiamerò *Jane*, era stata inviata al servizio dal suo Medico di base per problemi di ansia. Il Medico di base sospettava la presenza di un Disturbo Post Traumatico da Stress, chiamato comunemente nella pratica clinica con l'acronimo inglese PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder). La paziente in particolare aveva attacchi di panico quando si trovava a essere un passeggero in auto.



Il panico di Jane

Alessia Bruno
Psicologo e Psicoterapeuta

Articolo scaricato da www.humantrainer.com

Assessment: presentazione della Paziente

Jane, una donna di 40 anni, viene inviata al Centro di Salute Mentale dal suo Medico di base in quanto lamenta sintomatologia ansiosa, comparsa in seguito a un incidente stradale in cui è stata coinvolta, occorso diciotto mesi prima.

Jane aveva riportato che, mentre guidava la macchina in autostrada, aveva avuto uno scontro frontale con il carrello auto che si era staccato dalla macchina che la precedeva. In seguito all'incidente era rimasta ferita riportando alcune fratture al braccio, ma non aveva avuto bisogno del ricovero.

Jane aveva vissuto tale evento come traumatizzante, ma aveva temporeggiato a richiedere aiuto perché convinta di riuscire a "superarlo nel tempo".

Il primo incontro con Jane

Durante il nostro incontro iniziale, mi aveva informata di non essere mai stata da uno specialista di salute mentale. Jane presentava buone competenze interpersonali, sorrideva appropriatamente e con gentilezza esprimeva le sue perplessità relative al ricevere supporto psicoterapeutico.

A volte però raccontava con pianto e agitazione il suo vissuto, particolarmente quando descriveva l'incidente stradale. Nonostante il disagio psichico conseguente al trauma, la paziente evidenziava una forte motivazione e determinazione a risolvere i suoi problemi.

Problema attuale

Al nostro primo colloquio Jane aveva riportato di provare intensa ansia, tensione muscolare e paura, specialmente quando si trovava a essere passeggero in macchina. Jane affermava di sentirsi senza fiato, nauseata e con tachicardia.

Anche se nell'incidente stradale non aveva riportato gravi lesioni, l'impatto psicologico era stato tale che lei non riusciva più a essere un passeggero e poteva solo tollerare con molta difficoltà di guidare l'automobile.

Durante il nostro colloquio aveva anche esposto situazioni che peggioravano i suoi sintomi, come guidare in strade affollate, superare le altre automobili e guidare con condizioni meteorologiche sfavorevoli.

Inoltre, nonostante avesse accennato un altro evento traumatico accaduto quindici anni prima - ovvero l'esplosione della sua casa durante la notte - Jane esprime chiaramente il desiderio di affrontare solo l'impatto che l'incidente stradale aveva avuto sul suo benessere psicologico, riportando che l'esplosione era capitata molto tempo addietro.

Jane aveva anche accennato alla stanchezza e allo stress legati al lavoro, ma aveva espresso il **desiderio di focalizzarsi in terapia solo sull'incidente stradale.**



Devo ammettere che il suo **atteggiamento di distacco verso il trauma** dell'esplosione della propria casa mi aveva lasciata perplessa.

Come poteva non aver sviluppato preoccupazione, proprio in seguito a tale evento, per possibili altri eventi improvvisi e travolgenti?

Come potevano questi eventi non aver avuto un impatto significativo sul suo equilibrio psicologico?

Ero consapevole che non tutte le persone sviluppano PTSD solo perché sono esposte a traumi e che vari fattori protettivi possono agire da "cuscinetto" (*buffering effect*), ma nel caso di Jane il suo **distacco emotivo** sembrava più una forma di evitamento.

Nonostante questi dubbi dovetti procedere con la sua richiesta di attuare un approccio psicoterapico focalizzato solo sull'incidente stradale.

Del resto - con la paziente determinata ad affrontare solo un tassello delle sue difficoltà per terminare il prima possibile la Psicoterapia e, d'altro canto, un Direttore Sanitario che premeva per pochi incontri, a causa della lunga lista d'attesa nel Centro di Salute Mentale - l'unica che sembrava volesse svolgere un lavoro psicoterapico più approfondito ero io!

Presento qui di seguito le difficoltà di Jane secondo la prospettiva Cognitivo Comportamentale, evidenziando i pensieri, le emozioni, i sintomi fisici e il comportamento della paziente.

Psicoterapia Cognitivo Comportamentale

Brevemente, la Psicoterapia Cognitivo Comportamentale è un approccio "evidence-based", ovvero **basato sulle prove di efficacia scientifica**, che deriva dall'integrazione delle Psicoterapie Comportamentali con quelle Cognitiviste.

Il modello teorico Cognitivo Comportamentale afferma che il pensiero determina le emozioni, i sintomi e i comportamenti.

Le persone sono spesso inconsapevoli dei processi cognitivi che attuano in varie circostanze, quali per esempio l'uso di distorsioni cognitive (generalizzazione, attenzione selettiva verso ciò che non va bene, catastrofizzare una situazione, saltare a conclusioni sbagliate) e dell'impatto che queste hanno sulle emozioni, sui sintomi fisici (tensioni muscolari, palpitazioni, sensazioni di soffocamento etc.) e sui comportamenti.

Gli individui ignorano spesso anche la valenza che ha il comportamento evitante (ovvero un comportamento mirato a non affrontare una situazione che causa ansia o dolore emotivo) nel rinforzare una credenza negativa e nel mantenere quindi un problema.

La Psicoterapia Cognitivo Comportamentale ha come scopo quello di ridurre il comportamento evitante e di sostituirlo con strategie di coping adattive (ovvero strategie cognitive e comportamentali che sono più funzionali come ad esempio tecniche di rilassamento, di distrazione, esercizi di respirazione). Inoltre, ha come **obiettivo** quello di supportare la persona a sviluppare una prospettiva cognitiva più realista, ovvero una **ristrutturazione cognitiva**.



Il panico di Jane

Alessia Bruno
Psicologo e Psicoterapeuta

Articolo scaricato da www.humantrainer.com

Facciamo l'esempio di una persona che deve fronteggiare un esame universitario (situazione), e pensa "*Sono un fallito*" (credenza) e "*Sono sicuro che fallirò sempre*" (distorsione cognitiva di generalizzazione).

Questi pensieri porteranno l'individuo ad avere paura, tristezza (emozioni), a provare ad esempio tensione muscolare, tachicardia, sensazione di soffocamento (sintomi), che lo porteranno a evitare la situazione (comportamento).

Nell'approccio Cognitivo Comportamentale credenze e distorsioni cognitive, emozioni, sintomi e comportamenti sono gli aspetti su cui si interviene con il trattamento psicoterapeutico.

Infine questo approccio prevede per il paziente anche l'assegnazione di compiti cognitivi comportamentali da svolgere a casa - "**homework**" - per dare continuità al trattamento psicoterapico (come il compilare diari dei pensieri e delle relative emozioni e comportamenti modificandoli, al fine di avere una prospettiva più realista e di conseguenza un comportamento più funzionale).

Pensieri

Quando chiesi a Jane di descrivermi i suoi pensieri legati al recente evento traumatico, lei riportò che il pensiero che la preoccupava era quello di essere un passeggero in macchina, perché questo significava non avere controllo.

Pensieri non adattivi e disfunzionali quali "*E se accade un altro incidente?*", "*Essere un passeggero non mi dà controllo*", associati a un pensare catastrofico, esagerando l'importanza di un evento o prevedendo la possibilità di un altro incidente, occupavano la mente della paziente.

Jane era arrivata al punto di pensare in "bianco o nero", ovvero era convinta di non essere più in grado di viaggiare e che quindi sarebbe diventata una reclusa.

Inoltre aveva sviluppato **aspettative irrealistiche** utilizzando regolarmente parole quali "*Devo*" e "*Non posso*".

L'incidente aveva cambiato la sua visione di sé come persona, vedendosi "*incapace di affrontare le avversità*". Era ovvio che quel modo di pensare metteva Jane sotto pressione creando tutte le condizioni per fallire nelle sue aspettative.

Emozioni

Quando le chiesi che emozioni provava pensando all'incidente stradale, Jane descrisse ansia, preoccupazione e imbarazzo nel sentirsi così emotiva solo al pensiero dell'evento.

La paura di catastrofi future in sopravvissuti di traumi è molto comune e Jane alternava la **preoccupazione** e la **paura** alla **rabia verso se stessa** per non riuscire a gestire le sue emozioni.

Inoltre, **si sentiva in colpa** per non essere in grado di allontanarsi dalla sua città per andare a trovare la suocera, malata terminale di tumore, e per aver influito sulla routine molto dinamica del marito, oltre che sulla qualità della loro vita coniugale.



Il panico di Jane

Alessia Bruno
Psicologo e Psicoterapeuta

Articolo scaricato da www.humantrainer.com

Comportamento

Trovarsi in situazioni che scatenavano ansia, portava Jane ad attuare un comportamento **evitante**. Per esempio, aveva smesso di viaggiare con suo marito, di andare a far visita alla suocera e la paura aveva avuto un significativo impatto nella sfera sociale e personale.

Aveva riportato litigi coniugali frequenti, spesso dettati dal panico che manifestava quando suo marito guidava con lei a bordo.

Il lavoro non ne aveva risentito solo perché la collocazione del suo ufficio era facilmente raggiungibile anche senza l'utilizzo dell'automobile.

Evitare di viaggiare in macchina stava gradualmente condizionando l'indipendenza di Jane al punto che la sua vita era confinata alla sua città e dintorni.

Sintomi fisici

I sintomi che presentava erano quelli somatici tipici dell'ansia quali:

- giramenti di testa,
- tachicardia,
- sensazione di soffocamento e nausea.

Jane aveva anche notato che quando era in macchina aveva una eccessiva sudorazione e provava tensione muscolare.

Era molto chiaro che Jane stava avendo una **risposta ansiogena** causata dalla sua percezione di essere in pericolo e senza controllo.

Background della paziente

Jane aveva descritto la sua infanzia come felice, dicendo che aveva sempre avuto un rapporto molto unito con i suoi genitori e suo fratello. Ricordava gli anni scolastici come piacevoli e positivi, aveva molti amici ed era accademicamente molto portata. Successivamente nella vita aveva frequentato l'Università per diventare Educatrice professionale.

Al termine degli studi aveva lavorato presso una Cooperativa per diversamente abili e recentemente aveva avuto una promozione ed era divenuta la Responsabile.

Aveva ammesso però che, nonostante il lavoro la gratificasse, aveva difficoltà a gestire i conflitti del personale al punto che in passato era andata in malattia per stress.

Quando ci incontrammo, Jane viveva con il marito con il quale era sposata da dieci anni. Prima di questa relazione era stata fidanzata con un ragazzo, ma quando gli fu diagnosticato un melanoma, lei non si sentì in grado di stargli vicino e terminò il rapporto.

Nonostante si sentisse in colpa, pensava di aver fatto la scelta giusta.

Era evidente la **dissonanza emotiva**, ovvero *"Dovevo fare questa scelta per non soffrire, ma mi sento comunque in colpa"*.

Sembrava che la mente razionale cercasse di convincere il cuore, *"più istintivo e senza filtri"*.



Strumenti Psicometrici

Durante l'assessment ho somministrato a Jane una serie di strumenti psicometrici quali:

- il Clinician Administered PTSD Scale - CAPS - (di D.D. Blake, F.W. Weathers, L.M. Nagy, D.G. Kaloupek, G. Klauminzer, D.S Charney & T.M. Keane, 1990);
- l'Impact of Event Scale Revised - IES-R - (D. Weiss & C. Marmar, 1997);
- il Beck Anxiety Inventory - BAI - (A.T. Beck, 1987).

Il **CAPS** è il primo test che ho impiegato. Consiste in un'intervista strutturata finalizzata a misurare i sintomi del **Disturbo Post Traumatico da Stress** evidenziati nel DSM-IV-TR (APA, 2000) incluso la loro frequenza e gravità.

È uno strumento psicometrico per la diagnosi di PTSD e misura anche sintomi associati al trauma quali **colpa e vergogna**, oltre ai sintomi più comuni d'ansia (preoccupazione, esitamento, reattività fisiologica). Per quanto riguarda il criterio A del PTSD secondo il DSM-IV, ovvero l'aver vissuto un evento traumatico, nel CAPS l'esaminato può riferire fino a tre eventi.

La **durata della somministrazione** può variare a seconda del disagio che prova il paziente. È quindi fondamentale non forzare il paziente a rispondere, ma dargli la possibilità di fornire risposte nel tempo che necessita.

L'intervista richiede un tempo di somministrazione di almeno 45 minuti.

Nel caso di Jane avevamo impiegato 3 ore.

La scelta di usare il CAPS era dovuta alla sua capacità di fornire una valutazione della presenza di PTSD, sia passato che attuale, e sull'impatto dei sintomi sul funzionamento attuale sia sociale che lavorativo della paziente. Questa valutazione si basa su punteggi che indicano il disagio psicologico della persona in seguito agli eventi traumatici vissuti.

Oltre al CAPS, avevo consegnato a Jane l'**IES-R**. Come riportato dagli autori (Weiss & Marmar, 1997), l'IES-R è un self-report (questionario compilato dal paziente) molto utilizzato per valutare i **sintomi di intrusione, evitamento e reattività fisiologica** (tremori, sudorazione, palpitazioni etc.) successivi all'aver vissuto o all'essere stati testimoni di un evento traumatico.

Nonostante misuri queste componenti del PTSD, da solo questo test è incompleto.

L'IES-R è formato da 22 item ed è un questionario **auto-somministrato**.

Non **fornisce** una diagnosi, ma **un cut-off** (ossia un punteggio soglia) al di sopra del quale risulta che l'evento traumatico ha avuto un impatto significativo.

Rispetto al CAPS, questo strumento identifica un unico evento stressante e quanto malessere ha causato solo negli ultimi sette giorni.

Pertanto è stato somministrato anche il CAPS per ottenere una visione più completa.

Infine durante l'assessment ho dato a Jane la **Beck Anxiety Inventory** - BAI - un altro questionario auto-somministrato mirato a valutare i sintomi d'ansia nell'ultima settimana. Poiché Jane appariva molto ansiosa, per la diagnosi differenziale fu importante la BAI, allo scopo di valutare se il disturbo principale era d'Ansia Generalizzato oppure PTSD.



Se Jane avesse sofferto principalmente di ansia, questo disturbo sarebbe rimasto anche dopo il trattamento psicoterapico mirato al PTSD. Essendo i sintomi di entrambi i disturbi presenti, avevo deciso di valutarli entrambi e avere dei dati che supportassero i miei dubbi, per ottenere dati obiettivi che evidenziassero un miglioramento dopo l'intervento terapeutico.

Alla **fine dell'assessment** in Jane si poteva evincere una manifestazione clinica di PTSD, caratterizzata da pensieri intrusivi e flashback sull'incidente stradale.

Jane non riusciva a ricordare aspetti importanti dell'incidente e si comportava come se stesse rivivendo il trauma attraverso sintomi di reattività fisiologica a situazioni o aspetti che le ricordavano l'evento (conversazioni, guidare, immagini televisive).

Jane manifestava **evitamento** sia nel comportamento che nel pensiero, e tendeva a evitare tutti quegli stimoli che le ricordavano il suo vissuto. Evidenziava sintomi di **derealizzazione** (sentirsi distaccata dalla realtà) e di **depersonalizzazione** (sentirsi distaccata da sé) quando si trovava in macchina.

Infine i suoi sintomi si erano manifestati per più di un mese causando un deterioramento nel suo **funzionamento** sociale, impedendole di allontanarsi dal suo piccolo paesino e quindi costringendo la coppia a rinunciare ai loro viaggi.

Per quanto riguarda il suo funzionamento lavorativo, si sentiva stanca per la maggior parte del tempo e aveva difficoltà di concentrazione. Tutto questo le causava preoccupazione e la portava a sentirsi inadeguata e sotto pressione.

A seguito di ciò che era emerso dall'assessment di Jane, decisi di adottare un **approccio Cognitivo Comportamentale** mirato a una risoluzione dei suoi sintomi.

Le "Linee Guida di Eccellenza Clinica" (2005) - sviluppate dall'ente britannico *National Institute for Health and Clinical Excellence*¹ (NICE) - raccomandano, per la cura del PTSD, anche la **Rielaborazione e la Desensibilizzazione attraverso i Movimenti Oculari** (EMDR).

A oggi, dopo aver curato numerosi pazienti con entrambi gli approcci, posso con entusiasmo confermare l'efficacia e il valore di entrambi questi tipi di interventi. Ho notato però, attraverso la mia esperienza, che la risoluzione di sintomi, quali incubi e flashbacks, avviene più velocemente applicando tecniche EMDR rispetto a quella Cognitivo Comportamentale.

Inoltre quando il paziente cerca di razionalizzare eccessivamente l'evento "*facendo dettare legge alla testa sul cuore*", la tecnica EMDR riesce a "*bypassare*" questa resistenza razionale e rielaborare l'evento traumatico in profondità. Nonostante questo, la Psicoterapia Cognitivo Comportamentale è molto efficace in tutti quei comportamenti evitanti che rinforzano il problema psicologico.

Modello Cognitivo del PTSD




Qui di seguito illustro in generale il diagramma del modello cognitivo del PTSD elaborato da *Anke Ehlers e David M. Clark* (2000), per poi illustrare lo stesso modello applicato al caso di Jane.

Questo modello permette di comprendere l'impatto dell'evento sulla persona e lo sviluppo di una sintomatologia clinica rilevando in particolare gli aspetti cognitivi, emotivi, somatici e comportamentali associati alla diagnosi di PTSD. Ho adottato questo modello di riferimento per ottenere una formulazione clinica sul caso di Jane.



**Modello Cognitivo del PTSD
(Clark & Ehlers, 2000)**

Frecce indicano le seguenti relazioni:

-  Porta a
-  Influenza
-  Previene cambiamenti nel

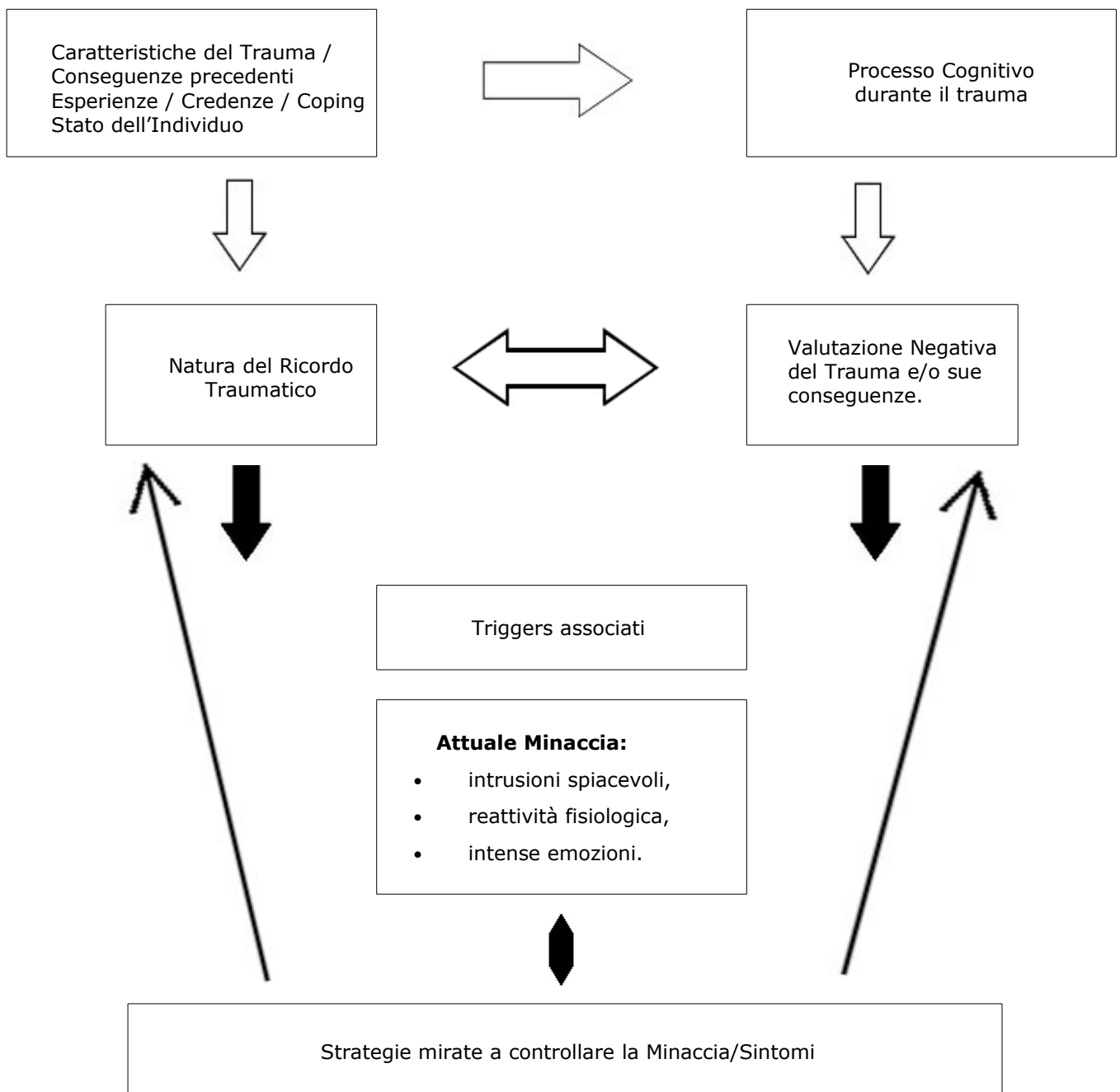


Figura 1. Modello Cognitivo del PTSD (Clark & Ehlers, 2000)



Modello Cognitivo del PTSD di Jane

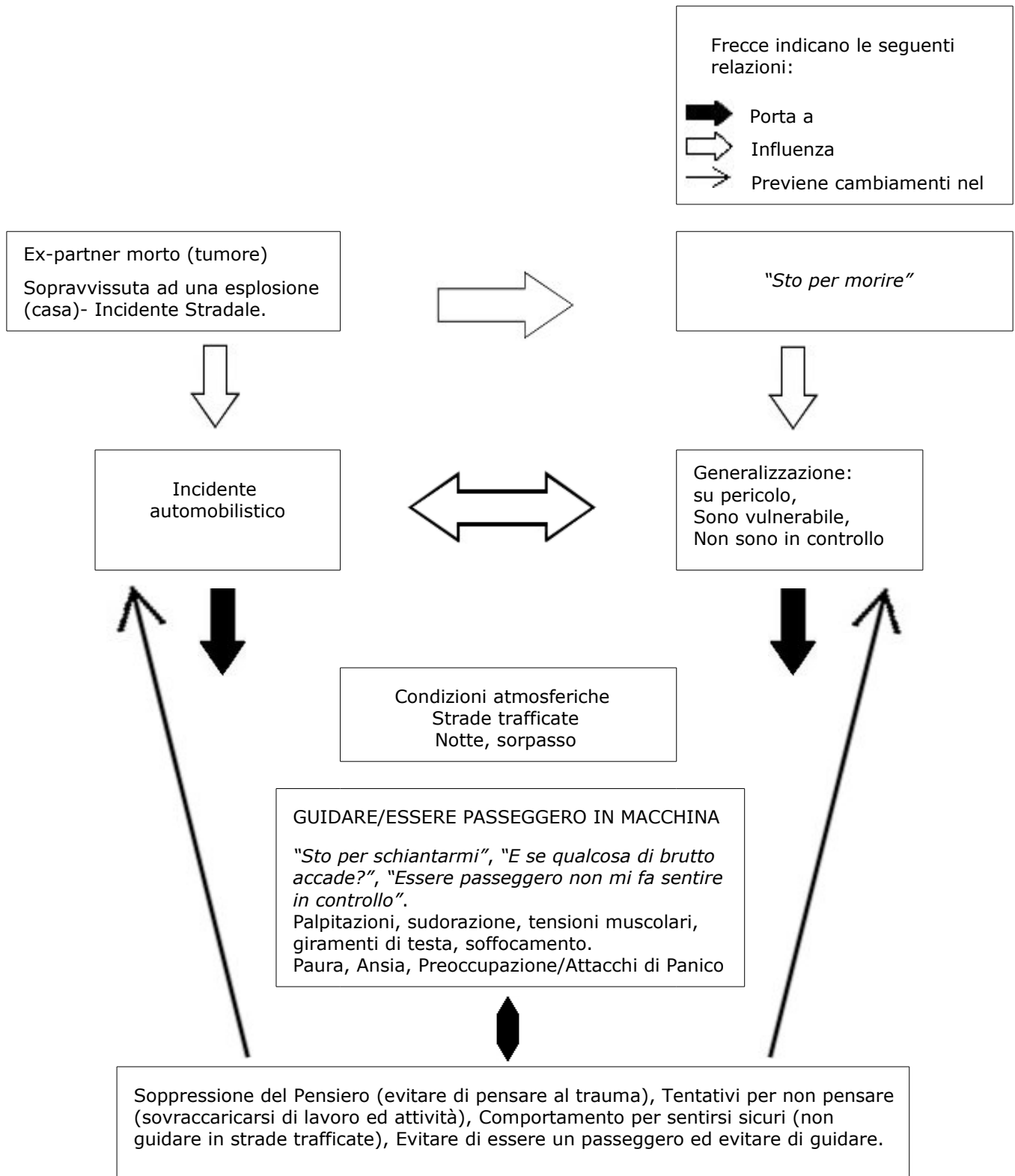


Figura 2. Modello Cognitivo del PTSD di Jane



Il panico di Jane

Alessia Bruno
Psicologo e Psicoterapeuta

Articolo scaricato da www.humantrainer.com

Come mostra la Figura 2, l'interpretazione di Jane del trauma influenzava il suo **funzionamento sociale e interpersonale**.

Questo modo di valutare gli eventi la portava a generalizzare pensando che altri ne sarebbero accaduti e pertanto lei si percepiva come vulnerabile e senza controllo nella sua vita.

Le precedenti esperienze di altri eventi traumatici e l'interpretazione relativa a questi potevano essere associate al nuovo evento traumatico, contribuendo a rafforzare un significato negativo.

Jane era stata esposta in passato all'esplosione della sua casa e quell'evento poteva averla resa più vulnerabile di fronte alla gestione di futuri eventi traumatici, come se queste esperienze avessero un effetto cumulativo.

La reazione cognitiva, emotiva e somatica veniva riattivata da **fattori grilletto** (*triggers*) quali le condizioni atmosferiche, il traffico sulla strada e dall'essere passeggero in automobile.

Le reazioni post trauma di Jane in ottica Cognitivo Comportamentale

Jane aveva vissuto diverse modalità di risposta all'incidente stradale che possono essere spiegate utilizzando un modello Cognitivo Comportamentale.

Per quanto riguarda i **sintomi fisici**, Jane riportava tensione muscolare, palpitazioni, giramenti di testa, provava sensazione di soffocamento e aveva sudorazione fredda.

Le sue **emozioni** erano paura, ansia e preoccupazione legate alla possibilità di avere un altro incidente stradale.

I suoi **pensieri** erano fortemente collegati alle sue emozioni e ai suoi sintomi fisici *"E se mi accade qualcosa di brutto?"*, *"Essere un passeggero in macchina non mi fa sentire in controllo"*.

Jane stava catastrofizzando e generalizzando eccessivamente pensando che ogni volta che avesse guidato o che fosse stata un passeggero le sarebbe capitato un incidente.

Jane faceva **errori cognitivi** quali il saltare a conclusioni prevedendo che le sarebbero capitati futuri incidenti automobilistici.

Secondo il Modello Cognitivo del PTSD di Ehlers e Clark (2000), l'**evitamento** è la strategia principale per controllare la minaccia.

Questa strategia può consistere sia in un evitamento **cognitivo**, come evitare pensieri associati al trauma, oppure **comportamentale**, per esempio evitare luoghi che ricordano l'evento traumatico.

Jane cercava di evitare di guidare, di essere un passeggero in auto e di pensare all'incidente. Tale atteggiamento stava rinforzando le sue paure, i suoi sintomi fisici e i pensieri negativi.



Il panico di Jane

Alessia Bruno
Psicologo e Psicoterapeuta

Articolo scaricato da www.humantrainer.com

L'evitamento può mantenere l'ansia in diversi modi, rende difficile testare la realtà e comprendere se la paura è davvero pericolosa come crede la persona, oppure se è solo una percezione soggettiva distorta. Inoltre, porta la persona a pensare che l'evitamento sia l'unico modo per gestire una situazione.

I fattori grilletto o scatenanti i sintomi (*triggers*) erano diventati per Jane quegli stimoli che prima dell'evento traumatico erano neutri, come guidare in strade trafficate, con macchine che la superavano, oppure essere un passeggero in automobile.

Dopo l'incidente, questi *triggers* attivavano pensieri ed emozioni che conseguentemente scatenavano altri ricordi dell'evento. Sintomi quali flashback, irritabilità e mancanza di concentrazione - normali reazioni dopo un evento traumatico - venivano interpretati da Jane come un segno che lei era **permanentemente cambiata e danneggiata** e per questo si sentiva arrabbiata e frustrata anche perché si sentiva senza controllo.

Prima dell'incidente Jane aveva vissuto diverse difficoltà quali la perdita del suo fidanzato e l'esplosione della sua casa. Queste esperienze avevano avuto un impatto sul suo benessere (ad esempio il senso di colpa) e probabilmente l'esposizione a più eventi traumatici aveva causato un **effetto cumulativo** rendendola vulnerabile a gestire lo stress legato al lavoro e all'incidente stradale.

La paziente presentava ansia legata a essere un passeggero in macchina, ansia a guidare per lunghi viaggi in strade trafficate e problemi legati allo stress.

Jane manifestava l'ansia attraverso attacchi di panico, e i suoi pensieri, le sue emozioni, il suo comportamento e i sintomi fisici, assieme agli eventi del passato, causavano in lei i problemi attuali. Inoltre, vi erano aspetti che peggioravano la sua situazione come il carico lavorativo e l'evitamento di lunghi viaggi, in particolare quando era un passeggero.

In contrapposizione a questi aspetti vi erano delle risorse nella vita di Jane che giocavano un ruolo positivo quali la soddisfazione lavorativa, una relazione soddisfacente con suo marito, un buon network sociale e buona capacità introspettiva.

Intervento

Secondo le Linee Guida di Eccellenza Clinica sviluppate dal NICE (2005), fra i trattamenti più efficaci per la cura del PTSD vi sono quello **Cognitivo Comportamentale** e quello di **Elaborazione e Desensibilizzazione attraverso i Movimenti Oculari** (EMDR).

Il NICE è un ente nazionale britannico che ha lo scopo di istituire standard di cura di qualità elevata promuovendo e incoraggiando il benessere psicofisico.

I programmi per il trattamento del PTSD, basati sulla Psicoterapia Cognitivo Comportamentale, includono elementi psicoeducativi (ovvero spiegazioni su cosa avviene a livello del benessere psico-fisiologico dopo l'esposizione a eventi traumatici).

Tali spiegazioni normalizzano i sintomi del paziente affetto da PTSD (NICE, 2005).



Il panico di Jane

Alessia Bruno
Psicologo e Psicoterapeuta

Articolo scaricato da www.humantrainer.com

Programma di Trattamento

Lo scopo principale del trattamento era ridurre i sintomi ansiosi di Jane mentre guidava e quando era passeggero in macchina. La paziente aveva come obiettivo quello di guidare lunghe distanze senza avere attacchi di panico e voleva sentirsi di nuovo in controllo.

Con Jane ci eravamo accordate che avremmo intrapreso anche un percorso comportamentale di esposizione graduale a situazioni che evitava, quali essere un passeggero in condizioni più difficili - come per viaggi a lunghe distanze (andare a visitare sua suocera) -, viaggiare in condizioni meteorologiche sfavorevoli e in strade trafficate.

Il principale componente del programma terapeutico era un approccio psicoeducativo sulla natura dell'ansia e del PTSD, sugli attacchi di panico e sulla risposta di lotta, fuga o congelamento, "*fight, flight, freeze*".

Affinché il trattamento psicoterapico Cognitivo Comportamentale fosse pienamente efficace, era stata posta enfasi sulla necessità che Jane svolgesse i **compiti a casa**.

In aggiunta, avevamo discusso l'importanza di **tecniche di rilassamento**, per esempio la capacità di controllare la respirazione e divenire in grado di attuare un rilassamento muscolare progressivo.

Abbiamo affrontato le distorsioni cognitive sulle aspettative negative che le causavano preoccupazione e paura, e abbiamo applicato altre tecniche di gestione dell'ansia, quali esposizione graduale a una gerarchia di situazioni che scatenavano l'ansia.

La gerarchia di **esposizione graduale a situazioni scatenanti ansia** variava dalla più difficile - come essere un passeggero in automobile, guidare in strade trafficate, sentirsi meno ansiosa quando gli altri automobilisti sorpassavano - alla più facile ovvero essere in grado di guidare più velocemente.

Stile Terapeutico

Siccome Jane appariva ansiosa a discutere i suoi problemi e poiché non aveva mai avuto un precedente contatto con i Servizi di Salute Mentale, lo scopo dei colloqui iniziali era quello di darle lo spazio e il tempo giusto per esprimere le sue emozioni connesse all'incidente e che aveva continuato a reprimere nell'ultimo anno e mezzo.

Inoltre, l'obiettivo all'inizio della terapia era di farla sentire al sicuro nel setting terapeutico e darle la possibilità di esprimere tutte le paure, con la consapevolezza che la terapia **non** era **giudicante**, ma di supporto, ed **empatica** verso il suo disagio psicologico.

Era stato importante assicurarsi che vi fosse collaborazione allo scopo di creare "*empowerment*" nella paziente (ovvero quella sensazione di poter affrontare, gestire e superare le difficoltà), come **strumento di cambiamento**, e promuovere ulteriormente la sua **indipendenza** nel gestire futuri problemi.



Progressi durante la Psicoterapia

Jane aveva completato il suo percorso psicoterapico in 10 incontri.

I primi tre colloqui erano stati utilizzati per la raccolta anamnestica e la somministrazione dei tre questionari.

Essendo la Terapia Cognitivo comportamentale un approccio a breve termine, inizialmente erano stati accordati tra me e Jane 6 colloqui con lo scopo di fare in seguito una revisione sui progressi e decidere se ulteriori sedute sarebbero state necessarie.

I colloqui di assessment avevano permesso a Jane di rimettersi in **contatto con i precedenti eventi traumatici** e, in particolare, con le emozioni legate all'incidente stradale.

Questo processo era stato molto importante perché le persone spesso parlano dell'evento traumatico in un modo "non emotivo" e questo impedisce l'accesso al significato dell'evento e alla sua contestualizzazione.

Somministrare diversi questionari come il CAPS, l'IES-R e il BAI aveva permesso di raccogliere importanti informazioni sul trauma e Jane era stata **in grado di verbalizzare** in modo dettagliato l'evento e di essere in contatto con i suoi pensieri e le sue emozioni.

Negli incontri iniziali era stato impiegato molto tempo per permettere a Jane di parlare dell'incidente stradale e questo approccio aveva avuto lo scopo di esporre la paziente a elementi del trauma e facilitarne la **rielaborazione emotiva**.

Successivamente all'assessment, dopo che le avevo fornito un feedback sul risultato dei questionari e dopo la mia formulazione, le avevo dato del materiale educativo sul PTSD e sull'ansia, di cui successivamente abbiamo discusso assieme.

La lettura del materiale e il confronto che avevamo avuto aveva permesso una discussione dettagliata sulla funzione (risposta di lotta, fuga o congelamento) dei sintomi che lei viveva e aveva migliorato la sua comprensione sui problemi che presentava.

Jane era stata in grado di identificare le sue reazioni in termini di emozioni, comportamenti e pensieri e questo aveva permesso la spiegazione degli attacchi di panico.

Oltre all'**approccio psicoeducativo** al PTSD, erano state introdotte tecniche di gestione dell'ansia che consistevano sia nel rilassamento progressivo muscolare che nel controllo della respirazione.

Nel procedere della Psicoterapia, Jane aveva iniziato a sentirsi più sicura nell'applicare **tecniche di rilassamento** a immagini mentali relative all'evento traumatico che avevamo identificato ed elencato gerarchicamente, da quelle meno disturbanti a quelle più disturbanti.

Queste immagini le scatenavano ansia e per questo cercava di evitarle.

Affinché Jane potesse gestire questa ansia avevamo allora cominciato l'esposizione visiva (*imagery*) nel setting terapeutico.

L'**esposizione visiva graduale alle immagini disturbanti** consisteva nel chiedere alla paziente di scegliere una delle immagini dalla sua lista (partendo da quella meno disturbante) e di dare un punteggio alla sua ansia da 0 (per niente disturbante) a 10 (il massimo del disturbo).



Il panico di Jane

Alessia Bruno
Psicologo e Psicoterapeuta

Articolo scaricato da www.humantrainer.com

Una volta identificato il punteggio chiedevo alla paziente di visualizzare descrivendo nei dettagli l'immagine, al tempo presente (es. *sono in macchina...*), con lo scopo di rivivere più intensamente il "qui e ora" del trauma.

Dopo che aveva applicato la tecnica di esposizione visiva a tutta la lista di situazioni scatenanti ansia, era stato chiesto a Jane di gestire la sua ansia tramite esposizione graduale *in vivo* come compito a casa associato a tecniche di rilassamento.

Durante l'ultimo colloquio, Jane aveva riportato che si sentiva di nuovo sicura a viaggiare, si sentiva rilassata e in controllo. Jane applicava le tecniche di rilassamento ed era in grado di utilizzarle in automobile sia mentre guidava che quando era un passeggero.

Riflessioni e Valutazione

In sintesi, l'utilizzo di un approccio Cognitivo Comportamentale aveva ottenuto significativi risultati consentendo a Jane di raggiungere i suoi obiettivi di sentirsi più in controllo e di iniziare ad affrontare situazioni precedentemente evitate.

La teoria cognitiva del PTSD aveva fornito un'illuminante cornice all'interno della quale formulare i problemi attuali di Jane e il programma terapeutico, facendole comprendere ulteriormente il ruolo che l'evitamento aveva avuto nel mantenere i sintomi e al fine di dare un senso al trauma e alle sue conseguenze nella vita Jane.

Durante l'ultimo incontro avevo nuovamente somministrato l'IES-R e il BAI ed entrambe le misure avevano riportato una riduzione significativa dei sintomi. Riflettendo, somministrare i questionari in fase di assessment aveva dato la possibilità di raccogliere informazioni dettagliate anche se questo aveva causato stanchezza nella paziente.

Jane aveva un forte desiderio di iniziare il percorso psicoterapico per stare bene subito e, nonostante la necessità di raccogliere dati psicometrici, la somministrazione aveva posticipato l'inizio dell'intervento psicoterapico causandole ansia.

In generale, attraverso la Psicoterapia Jane aveva aumentato la **consapevolezza** che per poter superare le sue paure era necessario che imparasse a fronteggiare, e non a evitare, le situazioni che le causavano ansia.

Jane aveva compreso il ciclo vizioso dell'attacco di panico, aveva acquisito tecniche di rilassamento e si sentiva di nuovo in **controllo della sua vita**, e riusciva nuovamente a viaggiare con suo marito.

Sebbene non fosse entusiasta all'idea di essere un passeggero in automobile, aveva acquisito molta competenza per gestire la sua ansia e si sentiva molto più indipendente. Inoltre, la paziente aveva affermato che quando parlava con le altre persone dell'incidente non le veniva più da piangere, non era ansiosa come prima e percepiva l'evento come lontano e distante, come se non le appartenesse più.



Il panico di Jane

Alessia Bruno
Psicologo e Psicoterapeuta

Articolo scaricato da www.humantrainer.com

Jane non aveva mai richiesto supporto ai servizi di salute mentale e, nonostante non avesse precedentemente intrapreso un percorso psicoterapico, aveva una buona capacità introspettiva che le aveva permesso di comprendere l'approccio Cognitivo Comportamentale del PTSD.

La paziente aveva mostrato *compliance*, ovvero **aderenza al trattamento**, mostrandosi molto collaborante durante l'assessment e completando sempre i compiti assegnati.

Jane aveva espresso commenti positivi sulla Psicoterapia e questo riscontro era stato anche supportato dai dati ottenuti tramite strumenti quantitativi e qualitativi. Usando le sue parole: «*Con la Psicoterapia mi sono ripresa la mia vita*».

Oggi riflettendo, dopo centinaia di pazienti curati dal Disturbo Post Traumatico da Stress, avrei valorizzato maggiormente la relazione lasciando meno spazio ai test; avrei esplorato il vissuto del lutto e la colpa relativa alla relazione con il suo ex fidanzato e avrei anche discusso maggiormente le sue sensazioni di vulnerabilità e dell'impatto che il trauma improvviso dell'esplosione della sua casa aveva avuto sulla sua percezione di sicurezza.

Avrei avuto un confronto ulteriore con il Direttore Sanitario del Centro di Salute Mentale per richiedere più incontri con la paziente, fidandomi del mio giudizio e della mia esperienza. In breve, avrei voluto del tempo per darci più tempo di guarire tutte le ferite e di rendere Jane ancora più resiliente di quanto lei pensava di essere.

Note

1. *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*, Istituto Nazionale per la Salute e l'Eccellenza Clinica

Bibliografia

- American Psychiatric Association, "*Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR*", American Psychiatric Pub Inc., Washington DC, 2000
- Beck A.T., "*Beck Anxiety Inventory*", The Psychological Corporation Harcourt Brace & Company, San Antonio, Texas, 1987
- Blake D., Weathers F., Nagy L., Kaloupek D., Klauminzer G., Charney D., Keane T., "*Clinician-administered PTSD scale (CAPS)*", MA: National Center for Post-Traumatic Stress Disorder, Behavioral Science Division, Boston, 1990
- Ehlers A., Clark D.M., *A cognitive model of posttraumatic stress disorder*, in "Behavioural Research and Therapy", 38, 319-345, 2000
- NICE - National Institute for Clinical Excellence, "*Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*", The Royal College of Psychiatrists & The British Psychological Society, London, 2005
- Weiss D.S., Marmar C.R., *The Impact of Event Scale - Revised*, in Wilson J.P., Keane T.M., "Assessing psychological trauma and PTSD", Guilford Press, New York, 1997, pagg. 399-411