

“Ho paura di sorpassare” Psicoterapia di un caso di amaxofobia

Alberto Maria Marin^{}, Diego Romaioli^{**}*

Riassunto. Nell'articolo gli Autori presentano un caso specifico e particolare di fobia, inibente e invalidante, generata dalla paura di effettuare sorpassi in autostrada, inoltre descrivono il metodo e le tecniche attraverso cui è stato risolto il problema utilizzando un protocollo di trattamento tipico della psicoterapia interazionista.

Parole chiave: Psicoterapia interazionista, Amaxofobia, Identità, Rappresentazioni di sé

Abstract. In this paper the Authors discuss a specific and peculiar case of phobia, which consists in the fear of overtaking other vehicles on the highway. Method and techniques that revealed their efficacy will be highlighted by showing a typical protocol of the interactionist psychotherapy.

Key words: Interactionist Psychotherapy, Amaxophobia, Identity, Self-Representations

1. Introduzione

La situazione clinica che verrà presentata può essere considerata un valido esempio di come una problematica così invalidante per la vita di tutti i giorni, come la paura di guidare¹, possa essere affrontata in maniera efficace e innovativa rispetto a terapie più 'tradizionali', strutturate attorno a un impianto diagnostico e all'idea di una realtà osservabile, con tempi di percorso piuttosto lunghi e finalizzati allo svelamento del *perché* delle cose. Al contrario, verrà illustrato come un ampio ventaglio di metodologie e possibilità terapeutiche che poggiano le basi sul ruolo attivo del cliente, sulla ricerca del *come* risolvere il problema (piuttosto che sulla presunta causa sottostante ad esso), possa incrementare l'efficacia del cambiamento e permettere alla persona di tornare a vivere la propria vita in tempi relativamente brevi.

^{*} *Psicologo, Psicoterapeuta a orientamento interazionista.*

^{**} *Ph.D, Psicoterapeuta, Docente della Scuola di Psicoterapia Interattivo-Cognitiva di Padova.*

¹ L'amaxofobia (dal greco antico *amaxos*, carro) è il rifiuto o la difficoltà a guidare un veicolo che può sfociare in episodi di attacchi di panico, ansia e agitazione durante la guida o nelle ore precedenti. Può avere intensità variabile fino a compromettere la vita sociale di un individuo, il quale si trova costretto a modificare le sue abitudini, evitando di effettuare spostamenti o utilizzando alternative di trasporto. Clinicamente è catalogata come "fobia specifica", ovvero un disturbo d'ansia caratterizzato da paura irrazionale connessa all'esposizione a specifici oggetti o situazioni.

Il caso clinico è stato affrontato² seguendo i principi del modello interazionista (De Leo & Salvini, 1978; Salvini, 1998; Salvini & Dondoni, 2011). L'intervento è finalizzato a modificare le modalità con cui ogni individuo rappresenta il mondo, ricostruisce la sua esperienza autobiografica e anticipa gli eventi futuri. L'orientamento interazionista considera quindi il modo di agire come il prodotto di una costruzione attiva di significati da parte di attori in relazione tra di loro e con se stessi attraverso forme di negoziazione sociale storicamente contestualizzate (Salvini & Pagliaro, 2007).

2. Presentazione della situazione

Una giovane donna di trentatré anni racconta di avere paura di compiere sorpassi con l'automobile in autostrada, soprattutto di camion, ma anche di altre autovetture. Negli ultimi due anni, il numero di volte in cui Margherita ha deciso di prendere l'autostrada è calato drasticamente e, ormai da sei mesi, nelle rarissime occasioni in cui è costretta a prenderla, non sorpassa alcun veicolo e procede in coda al primo mezzo che incontra. Oltre al disagio pratico di dover allungare il tragitto stradale per raggiungere il luogo di lavoro, riporta una sensazione di blocco e di inferiorità che può essere riassunta nelle sue parole: *"tutte le altre persone normali riescono a sorpassare senza problemi"*.

Margherita descrive la sua sofferenza al momento della guida in autostrada e davanti ai tentativi di sorpasso con sintomi quali mancanza di respiro, tachicardia, sudorazione, agitazione motoria di una spalla che si muove senza controllo e paura di morire in un incidente. La cliente evita di prendere l'autostrada quando guida o si fa accompagnare da suo marito. Quando è alla guida tenta di controllarsi molto e di forzarsi nel tentativo di sorpassare, con esiti spesso pericolosi, come il rinunciare a metà strada al superamento di un camion, frenando per riaccodarsi ad esso.

2.1. Analisi professionale del problema

Margherita appare molto sofferente e ha frequenti pianti; si racconta come "bloccata", "disperata" e ormai quasi senza speranza di risolvere il suo problema. E' evidente una paura anticipatoria che trapela ancor prima di mettersi alla guida. Le tentate soluzioni³ sono principalmente due: a) *controllo*: si impone di riuscire a sorpassare, dicendosi che tutte le persone lo fanno naturalmente; b) *evitamento*: non sorpassa più alcun veicolo e cerca di non prendere l'autostrada. Un ulteriore elemento che si sta strutturando è legato alla richiesta d'aiuto al compagno: la cliente non si offre mai di guidare dicendo che il marito ama farlo, anche se qualche anno fa era lei, sovente, che si metteva alla guida. Margherita si sente inferiore agli altri per non riuscire a sorpassare in autostrada e ciò contrasta fortemente con il suo senso di identità; dai suoi racconti, emerge infatti un'immagine di sé come donna molto attiva e autonoma, una libera professionista intelligente e capace. E' inoltre presente un copione narrativa particolare: quello della "persona sfortunata" che lei reifica, con una sottile ironia, attribuendosi l'appellativo di *'Sfiga Margherita'*.

² La psicoterapia descritta è stata condotta in studio privato dal dott. Alberto Maria Marin.

³ Una tentata soluzione è una risposta della persona a una difficoltà che però ha l'effetto di mantenerla o esacerbarla, trasformandola in un problema strutturato.

2.2. Definizione degli obiettivi e contratto terapeutico

Durante la conversazione terapeutica viene rapidamente illustrato il modello utilizzato, ponendo l'accento sulla brevità della terapia rispetto ad altre tradizioni che la cliente conosceva (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967); si conclude con l'inciso che se entro un numero stabilito di sedute non si fosse manifestato alcun cambiamento, avremmo interrotto le sedute. Questo allo scopo di motivare la cliente a partecipare alla terapia con il massimo impegno, rendendola più collaborativa nel seguire eventuali prescrizioni. L'obiettivo finale concordato con la cliente è essenzialmente quello di poter tornare a guidare nuovamente in autostrada e di riuscire a sorpassare altri mezzi. Gli obiettivi professionali del terapeuta in funzione dell'analisi precedentemente svolta erano invece i seguenti: a) interrompere le tentate soluzioni disfunzionali; b) generare occasioni per esperienze ristrutturanti la relazione io-guida; c) costruire uno schema di controllo sugli aspetti sintomatici; d) ampliare le rappresentazioni di sé al fine di decostruire un'immagine di sé svalutata.

3. Metodologia, tattiche e strategie

Seguendo una metodologia focalizzata sia sulla dimensione dell'agire che su quella prettamente narrativa (Romaioli, 2010), si è costruito un piano d'intervento terapeutico volto a rompere i circoli viziosi di retroazioni omeostatiche tra la persistenza del problema e le tentate soluzioni disfunzionali messe in atto, attraverso la produzione di esperienze concrete di cambiamento che potessero far prendere alla cliente il controllo sui suoi sintomi (cfr. Fish, Weackland & Segal, 1982; Nardone & Salvini, 2004). Attraverso questo cambiamento di percezione e reazione nei confronti della situazione temuta (Nardone & Watzlawick, 1990), si è inoltre favorita la possibilità di riattivare le proprie personali risorse al fine di utilizzarle nei momenti di difficoltà. Infine si è voluto far sperimentare alla cliente nuovi ruoli in modo da ampliare le rappresentazioni di sé *libere* dal problema (White, 1992; Romaioli, 2013).

Per facilità espositiva possiamo suddividere il percorso in quattro fasi: a) prima seduta, b) fase della sperimentazione e prima evoluzione, c) consolidamento dei cambiamenti e comparsa di strategie personali, d) ultima seduta.

3.1. Prima seduta

Il primo incontro è stato dedicato alla definizione del problema e alla costruzione della relazione terapeutica attraverso un ascolto attivo. Si è indagato il sistema di significati emerso durante i resoconti, osservando alcune modalità di pensiero e alcuni copioni narrativi utilizzati. Si sono esplorate le tentate soluzioni disfunzionali che mantengono il problema e si sono approfonditi aspetti della storia della cliente relativamente ad episodi passati di paure e a richieste d'aiuto ad altri professionisti. La donna racconta di sentirsi molto stressata ed insicura e di avere la sensazione di essere inferiore agli altri.

Vi è stato un accordo sugli obiettivi e in generale sulle metodologie di lavoro proposte. Sono stati fatti rinarrare gli episodi che rientravano nel copione di "*Sfiga Margherita*"

mantenendo la stessa trama ma cambiando il genere narrativo, da drammatico a comico, allo scopo di rivivere tali episodi come se fossero storie diverse. Inoltre, vista la sua passione per la scrittura, è stato dato il compito di trovare un titolo al libro che potrebbe raccontare la sua vita. Nella parte conclusiva del primo colloquio sono state date delle prescrizioni, nello specifico una prescrizione indiretta come il *resoconto scritto dell'esperienza personale*. Questa procedura è finalizzata a spostare l'attenzione dal sintomo ad un compito, attraverso la compilazione molto precisa di tutti i momenti di crisi, con specifiche quali ora, luogo, pensieri intercorrenti e altro. La seconda prescrizione, di tipo paradossale, consiste in un compito di *deliberata esasperazione del sintomo*, ben organizzata e temporalmente prefissata all'interno di una mezz'ora entro la quale la cliente viene invitata a rivivere le situazioni angosciose e a cercare di prodursi volontariamente i sintomi solitamente associati. Questa metodica consente di generare uno schema di controllo sugli eventi percepiti come incontrollati, rendendo possibile una sospensione delle tentate soluzioni disfunzionali e, quindi, l'annullamento vero e proprio del sintomo.

3.2. Fase di sperimentazione e prima evoluzione

Dal secondo incontro il *rituale della mezz'ora di volontaria esasperazione del sintomo* ha prodotto l'effetto desiderato, come si evince dal resoconto della cliente:

“Ho iniziato a ripercorrere i momenti in cui mi sono sentita male e avevo paura di riprovare quelle sensazioni e stati fisici. Poi quando ha suonato la sveglia ho pianto, ma è stato come svegliarsi da un incubo. Nei giorni successivi, non so spiegarmi perché, mi prendeva noia o altri pensieri e mi sono anche addormentata”

La terapia è proseguita con una risignificazione dell'effetto della prescrizione e un rafforzamento della consapevolezza e della fiducia sulle propria capacità di gestire il problema attraverso strategie opportune. Questa prescrizione è stata mantenuta per le successive due sedute, diventando poi una modalità automatica e autogestita, ovvero una strategia efficace da usarsi 'al bisogno'. Il *resoconto scritto di un'esperienza personale* si è tramutato da un rendiconto sui momenti di insicurezza a un epistolario di libere riflessioni, le quali andavano a completare i capitoli di un ipotetico libro sulla propria vita, consolidando i cambiamenti in atto. Sono state successivamente pianificate delle sperimentazioni di guida, sfruttando l'obbligo di Margherita di raggiungere quotidianamente il luogo di lavoro. Tra la seconda e la terza seduta iniziano alcune attività:

“Parto, con tachicardia, preoccupata, vado piano per non incontrare camion. Ma li incontro. Non ho voglia di superare perché non ho voglia di stare male o vedere se sto male. Poi vanno piano, troppo piano, mi stufo e supero, due camion in fila, senza problemi. La sensazione che provo quando supero è la paura di non poter tornare indietro”

A seguito di questo racconto si suggerisce alla cliente di trovare quale potrebbe essere l'utilità positiva dietro a questa sua paura. Un modo per complicare ancor di più i pensieri della cliente, muovendosi sempre in un'ottica paradossale, al fine di costruire una visione nuova del suo disagio. Viene esplorata la tentata soluzione dell'evitamento usato da Margherita come modalità di gestire, non solo la paura di guidare, ma più in generale la vita quotidiana; in proposito le viene data la prescrizione secondo la quale "se proprio dovrà evitare di fare qualcosa, eviti di evitare". Inoltre si affronta la tematica della richiesta d'aiuto nelle situazioni di difficoltà come modalità che aggrava i sintomi.

Alla terza seduta riferisce di essersi sottoposta ad un'ecografia che evitava da due anni e di essersi proposta di guidare al posto del suo compagno. La cliente viene quindi sollecitata a raccontarsi con le parole che userebbe una sua amica per descriverla. Emergono delle caratteristiche positive che altrimenti sarebbero state difficili da intercettare se narrate in prima persona. A questo punto la cliente riferisce di aver voglia di sperimentarsi e di sentirsi meglio. Si procede con un'indicazione di cautela e di rallentamento del processo di cambiamento, preparandola ad una possibile ricaduta. Al sesto incontro, a seguito di una prescrizione diretta di guida che voleva portare la cliente a percorrere una strada a lei poco familiare, il resoconto è il seguente:

"All'andata avevo paura, ho superato con paura tre furgoni e camioncini (il numero era stato stabilito assieme); volevo superarli tutti e tre all'andata per essere tranquilla al ritorno; forse anche la spalla si è mossa. Ho pensato repentinamente alle cose più brutte e mi sono concentrata molto sul mio corpo; poi l'attenzione al corpo è calata. Al ritorno, ho fatto tutto il viaggio in corsia di sorpasso e ho superato un'auto e una corriera. Mi sono sentita fiduciosa. Ho visto che si può controllare e che è curabile. Come nella vita penso troppo ed evito"

Grande attenzione è stata posta affinché la cliente attribuisse sempre la responsabilità dei progressi intercorsi durante la terapia alle proprie capacità personali, elemento che consente di costruire una diversa storia di sé, del proprio valore e abilità, modificando di conseguenza il sistema di identità (chi sono io) che ne deriva.

Un compito assegnato è stato quindi di *osservare il comportamento degli altri attorno a sé*. Questa metodica ha avuto l'obiettivo di produrre in Margherita uno spostamento della sua attenzione dall'ascolto attento di sé, dei propri sintomi e sensazioni corporee (abitudine che finiva con l'esacerbarli), agli altri e alle loro espressioni comportamentali, sociali, culturali. Questo compito è stato proseguito per i successivi due incontri e ha portato la cliente alle seguenti conclusioni:

- a) *"Siamo tutti diversi e sfaccettati"*
- b) *"Ci sono persone peggio di me"*
- c) *"Le persone quando mi guardano vedono l'unicità di Margherita, non solo le parti negative"*

3.3. Consolidamento dei cambiamenti e comparsa di strategie personali

Nei successivi tre incontri sono proseguite le sperimentazioni alla guida in autostrada, seguendo una scala graduata di situazioni difficili e ritenute paurose, le quali sono state affrontate a partire da quella percepita come più semplice e percorribile. Margherita ha guidato per la prima volta un'automobile non sua ed è comparsa spontaneamente una strategia personale di gestione che consiste nel ripetere ad alta voce una frase al momento del sorpasso. Il rapporto con la paura è passato dall'essere un'esperienza totalmente subita e sofferta, ad una che chiama in causa la sua competenza e capacità di fronteggiarla attivamente, fino a farla scomparire definitivamente come dato fenomenico:

“All’inizio non avevo rapporti con la mia paura o meglio ne ero invasa e soppressa; la paura mi sopraffaceva e non vedevo via di fuga, ora non vivo più tutto questo...”

Attraverso un riletture degli eventi intercorsi, riassunti e messi in prospettiva evolutiva, si è infine cercato di consolidare il cambiamento. Sono emerse situazioni nuove, esterne alla guida, che confermano una maggior consapevolezza e fiducia nelle proprie capacità, come alcune decisioni lavorative di una certa responsabilità che prima erano sempre rinviate per paura dello sbaglio e del giudizio. Essendo restia ad affermare i propri miglioramenti, si è lavorato con la cliente attraverso il riassumere per rafforzare i risultati ottenuti, la narrazione in terza persona e il confronto con i sotto-obiettivi precedentemente stabiliti. Allo scopo di consolidare i cambiamenti all'interno del proprio contesto di vita, Margherita è stata invitata ad avere un “pubblico” che testimoniassero i suoi passi in avanti: la cliente si è quindi sperimentata nei sorpassi di automobili e camion con a fianco un suo collega o il suo compagno. Al decimo incontro si è ritenuto utile fare un punto della situazione sui cambiamenti avvenuti; la cliente riporta che:

- a) *“Riesco a sorpassare”*
- b) *“Ho preso delle decisioni di responsabilità davanti a superiori”*
- c) *“Dico quello che penso fregandomene di più su ciò che pensano gli altri”*

L'obiettivo concordato inizialmente è stato raggiunto. Margherita ha in seguito descritto il superamento di automobili come un'esperienza rispetto alla quale non ha più preoccupazioni. Compiono nelle settimane successive nuove situazioni, nelle quali la cliente non aveva mai pensato di sperimentarsi, come il sorpasso di camion in punti difficili (come curve o in prossimità di uscite autostradali) o l'osservazione della fiancata del camion appena sorpassato. Le sedute successive sono state caratterizzate da racconti di viaggi in autostrada e sorpassi piuttosto frequenti:

“È stato un viaggio normale, ho superato normalmente un camion e diverse auto”. “Con la guida bene, ho superato più di cinque camion ieri”.

Anche la “paura della paura” che può subentrare a seguito di problematiche simili e compromettere altre sfere di vita personale, sembra essersi riconfigurata a livello semantico, lasciando emergere altre modalità di ascolto e di significazione della propria esperienza sensoriale:

“Nel penultimo viaggio che ho fatto, ho superato normalmente un camion e più macchine, ma non avevo paura... era più un’emozione d’attesa... non per forza andrò male, la testa era senza pensieri...”

3.4. Ultima seduta

Nell’ultima seduta, alcuni dei punti particolarmente significativi che la cliente ha inserito nel suo resoconto sono stati:

- a) *“A volte non è sempre così utile fissarsi sul cercare il perché delle cose, piuttosto cercare il modo per risolverle”*
- b) *“Mi è stato molto utile l’isolamento quotidiano (rituale della mezz’ora) perché mi ha fatto provare la paura come qualcosa di mutevole e controllabile. Mi è stato difficile parlare di me in terza persona; ho visto che emergevano più punti di vista di me”*
- c) *“Ho imparato che posso non essere perfetta e che posso non riuscire in qualcosa ma rialzarmi e riprovarci”*
- d) *“Ho capito che è inutile obbligarsi a fare qualcosa e che posso anche non farla ma allo stesso tempo mi piace aver superato i miei blocchi”*
- e) *“Avevo paura e ora ho iniziato a dimenticare di avere paura”*

Attraverso questi resoconti è stata possibile una valutazione e ridefinizione dei passaggi avvenuti, enfatizzando sempre l’attribuzione alla cliente della responsabilità del cambiamento e incentivando l’autonomia personale ora imperniata su una nuova immagine di sé libera dal problema.

4. Risultati, valutazioni

L’obiettivo concordato inizialmente è stato raggiunto: la cliente ha ripreso a guidare in autostrada sorpassando senza preoccupazioni automobili e camion. Gli obiettivi del terapeuta, ossia un ampliamento e riorganizzazione delle rappresentazioni di sé, la costruzione di un ruolo più attivo e un’interruzione netta delle tentate soluzioni disfunzionali possono dirsi raggiunti. La cliente si narra come artefice del suo destino e come fiduciosa nelle sue capacità di superare le difficoltà. Inoltre, essendosi sperimentata attraverso nuovi ruoli, si pone in relazione agli altri con maggior sicurezza senza forzarsi o snaturarsi. I *follow-up* successivi, a distanza di tre e sei mesi, hanno confermato questi rilievi.

5. Riflessioni conclusive

Attraverso l'esposizione di questa situazione clinica il lettore è stato guidato lungo un viaggio con diverse tappe, delle quali l'ultima, rappresentata dalla conclusione del percorso terapeutico, si sostanzia come un nuovo punto di partenza per la cliente; avendo costruito un diverso e più funzionale modo di osservare ciò che le sta attorno è ora in grado di *sorpassare* le sue paure in modo autonomo dal terapeuta. Dopo un tragitto nel quale il terapeuta è seduto a fianco della cliente, percorrendo rotte di senso e significato sconosciute, si sono costruite le premesse per muoversi in indipendenza e senza paura verso luoghi inesplorati, viaggi futuri e, in definitiva, verso quella costante esplorazione che è rappresentata dalla vita. La terapia interazionista si è dimostrata adeguata per muoversi efficacemente nel territorio variegato delle "fobie" specifiche, ma anche atipiche, costruite sulla base di esperienze soggettive e non sempre assimilabili o riducibili a categorie note. Agendo non in funzione di una tipizzazione del problema, ma a livello dei processi semiotici che costruiscono un'esperienza (problematica) come reale, vengono facilitate ristrutturazioni semantiche, movimenti esperienziali e letture alternative di sé, tali da rendere gli obiettivi posti – ovvero l'orizzonte dei propri desideri – finalmente raggiungibili.

Riferimenti bibliografici

- De Leo, G. & Salvini, A. (1978). *Normalità e devianza*, Mazzotta.
- Fish, R., Weackland, J.H. & Segal, L. (1982). *The tactics of change*. Jossey-Bass, San Francisco. Trad. it. *Change: le tattiche del cambiamento*. Astrolabio, Roma 1983.
- Nardone, G. & Salvini, A. (2004). *Il dialogo strategico*. Ponte alle Grazie, Firenze.
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (1990). *L' arte del cambiamento. La soluzione dei problemi psicologici personali ed interpersonali in tempi brevi*. Ponte alle Grazie, Firenze.
- Pagliaro, G. & Salvini, A. (a cura di, 2007). *Mente e psicoterapia. Modello interattivo-cognitivo e modello olistico*. Utet, Torino.
- Romaioli, D. (2010). La terapia interazionista nei "disturbi d'ansia". In L.D., Regazzo, (a cura di), *Ansia, che fare?* (pp. 397-428), Cleup, Padova.
- Romaioli, D. (2013). *La terapia multi-being. Una prospettiva relazionale in psicoterapia*. Taos Institute Publications.
- Salvini, A. (1998). *Psicologia clinica*. Upsel Domeneghini, Padova.
- Salvini, A. & Dondoni, M. (2011). *Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia*. Giunti, Firenze.
- Watzlawick, P. (1988). *La realtà inventata*. Feltrinelli, Milano.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication: a study on interactional patterns, pathologies and paradoxes*. Norton and Co., New York. Trad. it. *Pragmatica della comunicazione umana*. Astrolabio, Roma 1971.
- White, M. (1992). *La terapia come narrazione*. Astrolabio, Roma.