

Il signor P: un medico non può ammalarsi

Oriana De Pascali¹

¹SoloSole Società Cooperativa a.r.l. di Lecce

Riassunto

Questo caso clinico, descrive una psicoterapia di tipo cognitivo-comportamentale su un paziente con diagnosi in Asse I di Disturbo Depressivo episodio singolo che in comorbidità presenta una Disturbo d'ansia Generalizzato. Questo caso evidenzia il ruolo dei pensieri irrazionali e disfunzionali nella genesi e nel mantenimento di tali disturbi. La terapia ha portato ad una discussione e razionalizzazione dei pensieri responsabili del mantenimento dei disturbi, con un conseguente miglioramento dei sintomi depressivi, inizialmente, e ansiosi successivamente.

Summary

This clinical case, describe a cognitive behavioral psychotherapy (CBT) of a patient with diagnosis in Axis I of depressive disorder single episode in comorbidity presents a Generalized Anxiety Disorder (GAD). This case evidences the role of irrational dysfunctional thoughts and in the maintenance of such disorders. The therapy has led to a discussion and rationalization of the responsible thoughts of the maintenance of such disorders, with a consequent improvement of depressive symptoms, initially, and anxiety symptoms subsequently.

Presentazione del caso

Paolo è un ginecologo di 56 anni. E' sposato ed ha due figlie femmine ed un maschio, tutti in età adulta ma che vivono ancora in famiglia.

Paolo è figlio di un militare deceduto 5 anni fa. La madre è ancora vivente ed è molto presente nella vita del figlio che la va a trovare tutte le settimane e la sente tutti i giorni. La descrive come una donna che la domenica era sempre depressa e tende a lamentarsi spesso con i figli che però considera piccoli, infatti il paziente viene ancora chiamato Paolino dalla madre. La moglie viene descritta come compagna presente ed accorta. Lavorano insieme in una clinica privata ed hanno poca vita sociale. I figli vengono descritti come individui indipendenti ma responsabili e il clima familiare descritto come sereno. Non vengono riferiti conflitti interni al nucleo familiare ma solo con alcuni membri della famiglia di origine. E' un uomo alto e che veste con abiti classici, non ricercati ma sobri. Si presenta in modo distinto e in apparenza distaccato. Il suo linguaggio è chiaro e forbito e i suoi movimenti sicuri quando gli argomenti sono generici ma più impacciati quando descrive i suoi disturbi.

Condizioni attuali di vita

Il paziente, attualmente, riferisce un calo nell'entusiasmo lavorativo. Tuttavia la sua attività professionale non ne risente, infatti, risulta essere un professionista noto e le prenotazioni sono sempre

in aumento. Il rapporto con la moglie viene descritto come ottimo anche se riferisce un calo della libido. Non ha molte relazioni con i colleghi ed è molto religioso. In passato ha spesso partecipato agli incontri di preghiera organizzati in chiesa oltre a presenziare, come esperto, a degli incontri con i fidanzati nei corsi prematrimoniali. Ha difficoltà del sonno e si sveglia numerose volte durante la notte, non riuscendo più ad addormentarsi.

Non ha attività esterne a quelle lavorative e l'unico hobby riferito sono le parole crociate. Per due mesi ha frequentato la palestra ma con scarso entusiasmo. La moglie invece, frequenta dei corsi di ballo e altri corsi professionalizzanti ai quali lui preferisce non partecipare. Ha assistito ad una lezione di ballo ma non gli è piaciuta e quindi ha deciso di non prendervi parte.

Il primo colloquio è stato svolto nel Maggio del 2009. Egli riferisce di essersi rivolto a me a causa delle sue paure che vuole superare. E descrive un malessere interiore e fisico che lo condiziona nelle scelte da fare anche in relazione alla sua attività professionale. Gli incontri sono organizzati così da evitare che lui incontri qualcuno, in quanto la moglie ci tiene affinché non si sappia che Paolo effettua gli incontri con me.

Definizione del problema secondo il paziente

Durante il primo colloquio Paolo parla come un fiume in piena. Descrive da subito il malessere che prova, anche perché è da poco tornato da un convegno medico a Milano che ha vissuto con una tale sofferenza da anticipare il rientro a casa. Nonostante le descrizioni a getto dei suoi sintomi (per lo più fisici) appare lucido e collaborativo. Afferma che il suo problema maggiore è uno stato ansioso che gli impedisce di godere della sua attività lavorativa e lo porta a evitare occasioni importanti ma che si svolgono lontano dalla sua casa o dal suo paese. Le sue preoccupazioni sono per lo più relative alle sue condizioni di salute, infatti durante l'ultimo viaggio si diceva:

- “ e se dovessi sentirmi male? Cosa potrebbe succedere? Dovrei uscire dall'autostrada e cercare un ospedale. Potrei fare tardi al convegno. Se si dovesse rompere la macchina?”
- “al convegno potrei avere un attacco di panico davanti a tutti e tutti se ne accorgerebbero”
- “durante le relazioni potrei non riuscire a seguire i discorsi. Devo stare attento a eventuali sintomi pericolosi”

In tutti questi casi la preoccupazione, è il dover ricorrere alle cure degli altri ma soprattutto che gli altri si accorgano che lui non è capace di controllarsi e di curarsi. Affronta queste situazioni portandosi dei farmaci appresso e facendo una serie di controlli pre-evento, come ad esempio controllare la macchina o cercare su internet mappe di città e ospedali. Una difficoltà che lamenta è quella relativa ad allontanarsi da casa, tanto che le vacanze estive le trascorre in un villaggio turistico poco distante da casa. Non gli piace allontanarsi da casa e non se ne vuole allontanare, la sua preoccupazione è quella relativa alle possibili conseguenze dell'allontanamento vissuto come pericoloso. In seguito egli cambia richiesta e mi racconta di altri problemi maggiormente invalidanti per lui, ossia le difficoltà a dormire bene (che influiscono sul lavoro), la sensazione di avere il cervello bloccato dopo ore di lavoro, la

manca di entusiasmo nello svolgere il suo lavoro e la sensazione di non essere un bravo marito, un bravo figlio, un bravo padre e un bravo medico. Tutte queste sensazioni si aggravano durante il fine settimana. Egli ritiene di avere una malattia mentale che lo porterà al declino e con lui tutta la sua famiglia. Inoltre, la colpa di tutto ciò è sua perché non riesce a controllare il suo cervello.

definizione del problema secondo il terapeuta

Durante il primo colloquio ho notato che Paolo effettuava dei movimenti frenetici quando parlava delle situazioni in cui doveva allontanarsi da casa e quando descriveva i suoi sintomi fisici di malessere. Egli descriveva chiaramente delle sensazioni ansiogene e i pensieri che le generavano, anche se non erano sistematizzati e sequenziali. A questo punto formulo delle ipotesi che spaziano all'interno dei disturbi ansiosi, prendendo in considerazione Agorafobia, il DAG, la fobia sociale e l'Ipocondria.

Organizzo le informazioni fornitemi da Paolo in ABC:

A	B	C
Pensare al Tragitto in macchina fino a Milano	E se dovessi stare male? Non so se reggo e se non dovessi reggere? Dovrei uscire dall'autostrada e cercare un ospedale. Allontanarsi da casa è pericoloso perché non so a chi chiedere aiuto nel caso dovessi stare male e se dovessi trovare un ospedale di incompetenti?	Ansia

Quando mi racconta la prima notte passata a Milano mi descrive la situazione in questo modo:

A	B	C
Pensiero di avere una malattia	forse c'è qualcosa di cardiaco, forse starò male .. dove posso ... mi rivolgerò alla guardia medica, poi il 118, poi mi devo ricoverare, poi mi faranno qualche cosa, chissà che cosa	Ansia

A	B	C
Ansia	:"Madonna! Non sei in grado di far fronte a queste cose", "Sei un inetto" ... e cominciano questi pensieri qui .. non sei capace ... ti fai prendere da queste cose	Depressione

Quando poi mi racconta delle sensazione che provava durante il convegno, formulo il seguente ABC:

A	B	C
Pensiero di stare male al convegno	Potrei avere un collasso e svenire davanti a tutti i colleghi, penserebbero che ho problemi di salute e diffondere questa informazione. Tutti penseranno che sono in declino, che la mia attività lavorativa ne risente e anche ai pazienti arriverà questa informazione e non verranno più da me. Non avrò abbastanza soldi per mantenere la mia famiglia.	Ansia

Questa formulazione mi è stata molto utile quando abbiamo definito nuovamente la richiesta di intervento con una conseguente modifica degli obiettivi terapeutici.

Quando per il paziente è stato più urgente lavorare sui sintomi depressivi , i colloqui successivi hanno evidenziato i pensieri disfunzionali che mantengono la depressione.

A	B	C
Pensare all'inizio del lavoro giornaliero	Ecco! Adesso mi stancherò, non sarò in grado di finire le visite, dovrò mandare i pazienti a casa e diranno in giro che il Dott. Paolo non è più in grado di lavorare e non verrà più nessuno da me. Potrei anche essere dannoso per i miei pazienti. Se non sono lucido potrei fare qualcosa di sbagliato	Ansia Depressione
A	B	C
Depressione	Questi sintomi vogliono dire che sto diventando pazzo e che danneggerò la mia famiglia. Non potrò più mantenerli con il mio lavoro e andremo in bancarotta perdendo tutto. Gli altri non sono così. Io sono sbagliato. Sono finito.	Aumento della Depressione

Durante i colloqui emergono una serie di pensieri disfunzionali che potrebbero mantenere la sintomatologia depressiva e che ne possono rappresentare l'insorgenza.

Delle doverizzazioni:

- Quelli attorno a me devono stimarmi.
- Io devo essere perfetto.
- Un medico non può avere un collasso, deve essere sempre in salute.
- Devo essere entusiasta in ogni visita perché sono un medico e i medici devono amare il proprio lavoro

Pensieri catastrofizzanti:

- Se non dormo, domani non riuscirò a lavorare bene, i pazienti se ne accorgeranno e non verranno più e non riuscirò a mantenere i miei figli, a pagare il mutuo ecc.
- La mia famiglia andrà in malora se non riuscissi a lavorare.

E altre idee irrazionali e/o disfunzionali

- Gli altri non hanno questi problemi, io sono sbagliato.
- Posso perdere il controllo e fare cose da 'pazzo'.
- Il mio cervello si muove da solo, io non ho controllo.
- Il tempo libero è uno spreco di tempo, abbiamo dei doveri da assolvere.
- Vedo prossima la disfatta.
- Sono pericoloso e dannoso per gli altri, fallito, inutile, malato.

- Se rimango da solo potrei non riuscire a chiedere aiuto e morire.

La sua visione del futuro è negativa così come il suo giudizio su se stesso. Gli altri sono percepiti come giudicanti, nel senso che sono tutti pronti a cogliere eventuali fallimenti o defaillance. Egli ritiene che fare il medico sia una missione che deve essere svolta con gioia e l'aver perso l'entusiasmo non è corretto nei confronti dei pazienti.

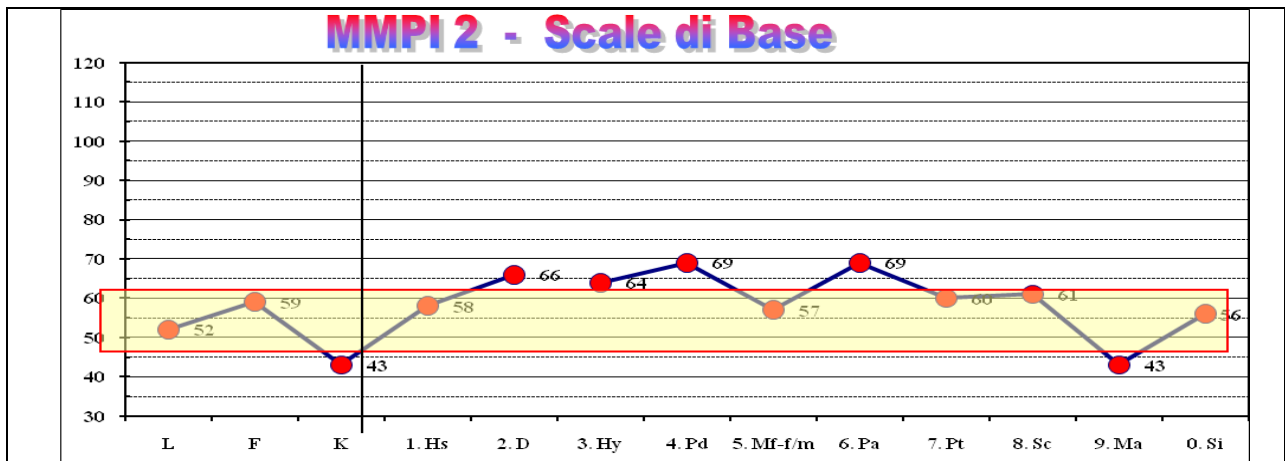
VALUTAZIONE TESTISTICA

Per avere ulteriori informazioni e verificare la diagnosi, ho somministrato al paziente l'SCL 90 e l'MMPI.

L'SCL 90 è stato somministrato in seconda seduta e non evidenzia punteggi superiori all'1 e pertanto non mi ha dato indicazioni particolari.

Tuttavia il punteggio della scala della Paranoia (0.8) mi ha insospettita ed ho analizzato l'aspetto nel colloquio successivo, rilevando solo la forte preoccupazione del giudizio altrui e dell'idea che gli altri siano sempre attenti ai suoi eventuali fallimenti. Questo forte desiderio di controllo sull'ambiente mi è sembrato giustificasse il punteggio della scala discussa.

Dai risultati dell'MMPI emerge quanto segue:



Il punteggio delle scale di validità indicano una personalità integra e qualche problema circoscritto che non limita la vita sociale. Le punte sono costituite dalle scale Pa, Pd e D ed indicano una rigidità adattiva, suscettibilità e insofferenza alle critiche con oppositività all'ambiente e alle convenzioni sociali caratterizzate da note pessimistiche, sfiducia con un livello di aspettativa elevato. Il sogg appare equilibrato tra conformismo e autonomia, ordinato e preciso senza eccedere con note di insicurezza che lo portano ad affidarsi a programmi prestabiliti e prevalenza di momenti introspettivi. Il sogg appare capace di perseguire gli obiettivi per il futuro ed è adeguato alla vita di realtà con un'adeguata capacità di gestire i rapporti sociali nel senso che sa stimolare e farsi stimolare.

L'analisi degli assi mostra un rallentamento motorio una buona valutazione di sé ma bassa tolleranza alla frustrazione.

In realtà egli non mostra oppositività all'ambiente, sembra anzi che lo subisca. Gli unici momenti in cui egli manifesta rabbia avvengono in seguito a pressanti richieste dei pazienti e messe in dubbio sulla sua professionalità da parte di parenti ma non in modo sistematico, nel senso che capita raramente. Di solito queste esperienze lo portano a mettere in dubbio le sue competenze con un conseguente stato di sconforto.

Ipotesi Diagnostiche

La presenza di disturbi del sonno, dell'appetito, il rallentamento motorio, la visione negativa di se e del futuro, unito alla presenza di tono dell'umore basso, mi hanno fatto giungere alla diagnosi in Asse I di Disturbo Depressivo Maggiore Episodio Singolo.

In comorbidità, ho ipotizzato anche un Disturbo d'Ansia Generalizzato, caratterizzato dalle frequenti e intense preoccupazioni del paziente, relative alla sua famiglia, al suo lavoro e alla sua salute.

La terapia

I colloqui con Paolo sono iniziati a Maggio 2009 e sono tuttora in corso. Hanno cadenza settimanale ad eccezione delle due pause estive concordate.

Come già anticipato, gli scopi iniziali della terapia, ossia quelli relativi ai sintomi dell'ansia si sono presto trasformati e pertanto si è reso necessario affrontare e inserire quelli relativi alla depressione, di conseguenza abbiamo concordato di occuparci di questi sintomi .

Per quanto riguarda i sintomi dell'ansia abbiamo deciso di occuparci solo di quelli che contribuiscono al mantenimento della depressione, tralasciando quelli relativi agli allontanamenti da casa.

Strategie d'intervento

Il primo passo è stato quello di contattare lo psichiatra del paziente per la prescrizione di un sonnifero in quanto il paziente dormiva circa 3 ore a notte con un conseguente senso di stanchezza. Analizzando tale insonnia, abbiamo potuto notare che il comportamento del paziente aggravava tale situazione. Egli si svegliava dopo poche ore dall'inizio del sonno e si alzava per bere, andare in bagno, prendere un farmaco omeopatico ecc. poi si rimetteva a letto e pensava a quanto sarebbe stato faticoso lavorare il giorno dopo se non si fosse riaddormentato. Tali rimuginazioni lo tenevano sveglio. Il tentativo di spostare l'attenzione su altri argomenti è fallito. Gli ho chiesto che tipo di influenza potessero avere le attività motorie svolte da lui durante la notte e mi ha risposto che forse se si metteva troppo in movimento gli si sarebbero riattivati i muscoli e avrebbe speso più tempo per addormentarsi, abbiamo deciso che dopo essere andato in bagno e aver bevuto si sarebbe rimesso nuovamente a letto.

Il secondo passo è stato quello di diminuire lo stato depressivo del fine settimana, inizialmente attraverso la discussione sulla perdita di sonno in questi giorni, visto che la sua preoccupazione era incentrata sul rendimento lavorativo. Paolo si è reso conto che avrebbe potuto anche non dormire bene, tanto il giorno dopo non avrebbe dovuto lavorare e non avrebbe avuto ripercussioni sulla sua attività lavorativa. In seguito ho indagato sulla possibilità di inserire delle attività piacevoli per diminuire la quantità di tempo impiegata nelle rimuginazioni. Questo passo si è rivelato fallimentare anche a causa del fatto che il paziente si descrive come un medico che sa fare solo quello e che considera una perdita di tempo tutto il resto. La sua utilità è da ricercare solo all'interno del suo lavoro. Solo in un secondo momento egli è riuscito a concentrare su un'attività di ricerca, abbandonata tempo prima a causa della stanchezza mentale che presentava.

A questo punto ho chiesto al paziente di compilare un diario giornaliero ma con l'unica consegna di scrivere l'andamento della sua giornata. Oltre a questa consegna, ho chiesto a Paolo di compilare un grafico settimanale dell'umore. Questa raccolta è stata presto modificata. Ho invitato Paolo a segnalare quante visite effettuava al giorno. Tale richiesta è giustificata dal fatto che Paolo mi diceva di non essere abbastanza produttivo e che la sua scarsa efficienza lavorativa gli impediva di lavorare efficacemente. Sapevo che questa sua preoccupazione era irrazionale perché sapevo che nella sua sala d'aspetto vi era sempre molta gente. Quando abbiamo analizzato i numeri, lui ha potuto notare come questi erano in crescendo e non il contrario. Gli ho chiesto come mai aveva così tanti pazienti, nonostante la sua poca efficienza e mi ha detto che forse i pazienti non notavano la differenza. A questo punto gli ho chiesto di spostare la sua attenzione (durante le visite) dai suoi sintomi interni alle espressioni dei pazienti attuando un decentramento. Egli ha rilevato che in effetti i pazienti erano soddisfatti della sua visita anche quando egli si sentiva 'uno straccio'. In seguito ha anche chiesto alla sua infermiera e a sua moglie se notassero dei cambiamenti in lui, magari dopo una seduta terminata a fatica.

Per quanto riguarda il diario, è stato uno strumento utile a ricostruire insieme gli ABC, rintracciare i pensieri disfunzionali. Sui pensieri irrazionali abbiamo utilizzato la ristrutturazione cognitiva, cosa che tra l'altro è stata abbastanza scorrevole con lui. Riusciva ad anticipare i passaggi e giungere alla conclusione da solo.

Quando la distinzione tra pensieri funzionali e disfunzionali gli è stata chiara la consegna del diario è cambiata ed invece della totale giornata avrebbe dovuto scrivere solo i pensieri disfunzionali e le conseguenze oltre alla situazione nella quale si verificavano (gli ABC Insomma). Paolo ha cominciato a discutere da solo alcuni pensieri disfunzionali ed appare maggiormente cosciente dei meccanismi di mantenimento tanto da dire: "nella mia vita mi sono posto solo doveri e secondo me è per questo che tollero gli sbagli degli altri. Io devo sempre essere perfetto ma se non lo sono gli altri lo capisco. Sono troppo rigido nei confronti di me stesso"

Un elemento che tuttavia mi lasciava titubante è quello relativo al miglioramento del tono dell'umore, avvenuto in 10 sedute. La sola discussione dei pensieri disfunzionali non mi sembrava giustificasse tale miglioramento. In effetti altri elementi mi hanno indotto a pensare che il vero elemento terapeutico era quello relativo ai colloqui in sé. Paolo mi ha raccontato infatti, che quando faceva gli incontri con i futuri genitori o con i fidanzati in parrocchia, tornava a casa stanco ma felice. Questo dato, unito al fatto che le sue visite durano 1 ora e non 10 minuti come gli altri colleghi, mi ha fatto pensare che egli sia poco abituato a parlare di se stesso. Parlare e istruire gli piace molto ma anche parlare di sé agli altri e testimoniare la sua esperienza. Gli ho fatto notare questo elemento e me lo ha confermato. Abbiamo deciso che avrebbe contattato il parroco per dirsi disponibile a ricominciare gli incontri con i fidanzati e abbiamo previsto la partecipazioni a brevi incontri sociali per allargare le sue amicizie. Ha invitato dei colleghi e amici a casa sua più di una domenica, traendone un aumento del tono dell'umore.

Anche la vita di coppia ne ha giovato. Paolo infatti è felice di aver aumentato la frequenza dei rapporti sessuali con la moglie.

Nel corso della terapia è avvenuto un cambiamento anche nel modo in cui Paolo si rivolgeva a me. Come già riferito in precedenza egli mi chiamava per darmi indicazioni sugli argomenti da affrontare nel corso della seduta e oltre a questo ha criticato il diario dicendo che avrei dovuto fargli scrivere solo gli episodi positivi. Adesso ciò non avviene ed anzi accoglie i compiti e discute insieme a me i passi senza imporre la sua opinione.

Al momento la situazione è in evoluzione e ritengo utile effettuare una discussione dei pensieri ansiogeni. In parte tale lavoro è stato affrontato. Paolo ha individuato nella paura di danneggiare la propria immagine, il fulcro dei suoi sintomi ansiosi. Egli ritiene 'pericoloso' esporsi al giudizio degli altri quando non si ritiene in forma fisica. Egli afferma che un medico può sentirsi male ma non lui. Questa rigidità è ancora molto presente.

Durante l'ultima seduta, cioè la 21°, ho nuovamente somministrato a Paolo l'MMPI:

Prendiamo entrambe le tabelle, quella di giugno e quella di dicembre:

Scale di Base	Giugno	Scale di Base	Dicembre
	Punti T o Tcorr.		Punti T o Tcorr.
L	52	L	52
F	59	F	47
K	43	K	56
1. Hs	58	1. Hs	64
2. D	66	2. D	62
3. Hy	64	3. Hy	74
4. Pd	69	4. Pd	51
5. Mf-f/m	57	5. Mf-f/m	55
6. Pa	69	6. Pa	52
7. Pt	60	7. Pt	59
8. Sc	61	8. Sc	48
9. Ma	43	9. Ma	47
0. Si	56	0. Si	55

Possiamo notare come il valore di F e di D sia diminuito ma sia aumentato quello della scala Hy. E' probabile che la mia attenzione all'ascolto lo abbia portato a una sorta di dipendenza e compiacenza. Infatti possiamo anche vedere come siano diminuiti i valori delle scale Pa e Pd cioè i tratti di diffidenza e oppositività. Risulta diminuito anche il divario dell'asse D-Ma.

Specializzata a Roma, training Mosticoni, Perdighe, Di Maggio

E_mail: dporiana@libero.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it