

Samir: un disturbo depressivo persistente

Francesca Romana Lasorsa¹

¹Psicologo, PhD, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, Roma

Riassunto

Viene presentato un caso di un ragazzo straniero di 23 anni in cui gli aspetti culturali diventano fattori di mantenimento del suo disturbo depressivo persistente. Nel profilo interno del disturbo viene descritto cosa succede quando il valore di sé e il senso di identità sono legati ad un unico scopo, irrinunciabile e irraggiungibile, e diventa l'unica forma di riscatto da un contesto sfavorevole. La perdita di senso verso tutto ciò che non rientra in questo obiettivo (diventare un fisico importante) porta ad uno stato di paralisi e inattività, incrementato da circoli viziosi e fattori di mantenimento legati a credenze di inferiorità, inadeguatezza, inaiutabilità e impossibilità di cambiamento. La descrizione della terapia evidenzia le difficoltà incontrate nel condurre e sostenere il paziente nell'accettazione della perdita dell'immagine di sé come fisico e nella ridefinizione del suo valore personale.

Parole chiave: Disturbo depressivo persistente, tratti narcisistici, aspetti culturali e fattori di mantenimento.

Summary

Introducing the case study of a 23 year old man from Bangladesh, whose cultural roots became the main maintenance factor of a persistent depressive disorder. The patient comes from an unfavourable background and his self image is strictly bonded to the goal of becoming a famous physicist. This appears to be unobtainable yet essential, and for him, it represents the only way of redemption from his poor heritage. The patient experiences emptiness and loss towards everything else other than the idea of graduating and becoming an important physicist. This void leads to inactivity and traps the patient in a series of self deprecating vicious cycles of inferiority, helplessness and an inability of change. The description of the therapy highlights the difficulties faced in leading and supporting the patient through a journey of acceptance, discovery and redefining his self image and personal worth.

Key words: Persistent Depressive Disorders, Narcissistic Traits, cultural roots and maintenance factors.

Introduzione

Samir è un ragazzo di 23 anni, nato in Bangladesh, in Italia da 12 anni. Ha una buona conoscenza della lingua italiana e inglese. Ha frequentato le scuole superiori in Italia, conseguendo

Francesca Romana Lasorsa, *Samir: un disturbo depressivo persistente*, N. 15, 2015, pp. 86-100

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

un diploma come dirigente di comunità. Tre anni fa si iscrive alla facoltà di Fisica a Roma che lascia dopo un anno senza aver dato esami.

Attualmente vive in una casa con il padre, uno zio e altre persone della comunità bengalese. I genitori sono separati. La madre vive in un altro appartamento ed ha avuto una relazione con un uomo deceduto poco tempo fa. La sorella è in una casa famiglia in seguito alle decisioni prese dagli assistenti sociali, intervenuti dopo provvedimenti giudiziari risalenti a sette anni fa. La sorella ha 13 anni ed ha una disabilità intellettiva di grado lieve-medio. Madre e padre svolgono lavori saltuari. Attualmente il paziente non ha un lavoro ed è stato chiamato come assistente di un docente in un corso di informatica, all'interno di un programma di inserimento sociale per ragazzi che sono stati in casa famiglia.

La terapia è svolta in un contesto privato, anche se il ragazzo ha difficoltà nel pagamento delle sedute, che salda in modo saltuario. Teneva inizialmente a saltare le sedute (*“sono troppo stanco per venire”*), ma attualmente partecipa con maggiore regolarità.

E' da due anni in cura farmacologica presso lo psichiatra della casa famiglia dove ha trascorso dai 16 ai 20 anni. Assume Xanax (prescrizione 0,25mg x 3v dì) ed Entact (20 mg x 2v dì).

Il paziente appare in prima seduta in evidente stato di agitazione. Presenta tremori alle braccia e alle gambe e una tosse che scandisce il suo eloquio in maniera persistente. I suoi racconti sono astratti, generici e confusi, appaiono più come teorie generiche sugli altri e su di sé, privi di riferimenti concreti a episodi specifici. Anche i riferimenti alla sua sintomatologia sono molto vaghi (*“ho problemi mentali”*; *“ho pensieri nella testa”*), ne riporta la pervasività piuttosto che i contenuti dei suoi pensieri. Presenta difficoltà a collocare temporalmente alcuni episodi riguardanti eventi della sua vita. L'esame di realtà appare comunque intatto.

Nel 2012 ha effettuato un ciclo di 20 sedute di terapia strategico-breve. Riferisce una maggiore consapevolezza sul proprio funzionamento, ma lamenta la presenza del registratore (*“non riesco a comunicare i miei pensieri”*).

Descrizione del problema

Il paziente riferisce come sintomatologia primaria la presenza di pensieri intrusivi che gli impediscono di svolgere attività che richiedono concentrazione e di poter mantenere un' adeguata conversazione con le persone. Presenta una pervasiva sensazione di vuoto e di noia, perdita di interesse verso qualsiasi attività, accompagnata da sentimenti di autosvalutazione. Lamenta di non riuscire a portare a termine alcuna attività, anche le più semplici (leggere un libro dall'inizio alla fine) e di essere demotivato nell'affrontare qualsiasi cosa gli venga proposta (da un lavoro all'uscita

con qualche amico). Lamenta un'eccessiva faticabilità che lo accompagna per tutto il giorno e mancanza di energia. Trascorre la maggior parte del giorno in casa, senza dedicarsi ad alcuna attività o interesse in particolare.

Presenta difficoltà nell'addormentamento e ipersonnia (alle volte si sveglia alle 4 del pomeriggio) e un'alimentazione disregolata (oscilla da perdite di peso ad aumenti di peso nel giro di qualche mese). Tende a non rispettare regolarmente l'assunzione dei farmaci: sospende quando finisce la scatola per due-sette giorni, tarda a comprarne nuovi.

Riporta episodi di aggressività agita nei confronti del compagno della madre risalenti a 4 anni fa, attualmente non presenta comportamenti eccessivi di rabbia, ma rimane un forte timore di poter ripresentare tale comportamento.

Riferisce di aver presentato 4 anni fa pensieri ricorrenti legati al timore di essere omosessuale e pedofilo accompagnati da comportamenti di controllo. Riferisce di aver abbandonato la religione musulmana in quanto non in grado di gestire i rituali che la religione prescriveva (es. controllare di aver eseguito correttamente e nel numero giusto i lavaggi delle mani prima della preghiera, prescritti dal rituale religioso). Attualmente riporta una diminuzione in frequenza di questi comportamenti e una minore invasività nella sua vita quotidiana.

Riferisce la presenza in passato di pensieri di morte e di ideazione suicidaria, con un agito (si spinge il coltello in pancia). Attualmente questi pensieri sono meno invasivi e non sono presenti condotte autolesive. Nella sua storia clinica non sono presenti episodi maniacali o ipomaniacali, né episodi dissociativi.

Secondo l'attuale classificazione diagnostica del DSM V, dalla somministrazione dei test e dal colloquio clinico emerge la presenza di un Disturbo Depressivo Persistente, tratti narcisistici di personalità e tratti ossessivi.

I Test somministrati sono stati: BDI: punteggio 31 (30-63: depressione grave); MMPI: L:43 F:76 K:56. Hs:71 D:73 Hy: 69 Pd: 86 Mf:57 Pa 62 Pt: 74 Sc 76 Ma: 58 Si: 56; DES: punteggio 15, non clinicamente significativo. Punteggi più elevati nella subscale di auto assorbimento e coinvolgimento immaginativo, (scale con alta frequenza nella popolazione).

Profilo interno del disturbo

Lo stato mentale di Samir è regolato da credenze verso di sé come sgradevole, difettoso, inferiore, inadeguato, senza valore; credenze verso gli altri che sono considerati tutti più fortunati, più capaci e più prestanti, si accorgono del basso valore personale del paziente, non lo considerano una persona desiderabile e capace e non lo aiutano; credenze verso il futuro caratterizzate dall'

impossibilità di cambiamento: nel mondo va avanti, si realizza e può essere felice solo chi è più capace e più intelligente. Con questo assetto mentale il conseguimento di qualsiasi scopo e la presenza di qualsiasi ostacolo nel raggiungimento dei suoi obiettivi contiene la previsione di fallimento e ha come conseguenza l'abbandono di questo. Ciò determina la sua totale inattività che conferma la sua percezione di non efficacia e inadeguatezza e tutto il suo sistema di credenze di base.

In particolare l'abbandono del raggiungimento di qualsiasi obiettivo è dettato da:

- Percezione di non utilità di questo;
- Basso riconoscimento dopo l'eventuale raggiungimento;
- Percezione di scarsa efficacia e timore di fallimento nel raggiungerlo.

A	B	C
La cooperativa gli propone di affiancare un docente durante un corso base di informatica della durata di un anno	A che mi serve Non diventerò mai un docente di informatica Non mi porterà da nessuna parte	Tristezza
A1par	B1	C1
	E' una cosa che possono fare tutti Me lo fanno fare solo per tenermi occupato Io avrei voluto fare l'università	Tristezza/rabbia
A2par	B2	C2
	Dovrò leggere delle dispense e non ci riuscirò Questo non mi porterà a niente	Tristezza++ Senso di vuoto Mancanza di soluzioni Abbandono del corso
A3 secondario=C1/C2	B3	C3
	In queste condizioni non riuscirò a fare mai niente nella vita. Non saprei neanche dove cominciare. Mi sembra tutto inutile. Per gli altri sono solo un buono a nulla	Depressione Rinuncia/evitamento

Tabella 1. ABC sugli stati mentali depressivi

L'obiettivo diventa desiderabile solo se viene considerato di elevata importanza e porta ad un risultato di massimo riconoscimento. Tutte le attività considerate da lui meno impegnative o di poco

valore sono valutate come banali e inutili da intraprendere (es. prende in prestito dalla biblioteca solo libri di filosofia, che non riesce a leggere interamente).

Non accetta di non essere riuscito a portare avanti gli studi all'università di Fisica, che sembra attualmente l'unico obiettivo desiderabile ("pensavo di non saper fare altro che studiare e invece non riesco neanche in questo").

La sua percezione di inaiutabilità passa dalla credenza che gli altri non siano in grado di comprendere ciò di cui lui ha bisogno, tanto da aver smesso di chiedere aiuto. Inoltre il chiedere aiuto significa per Samir mostrarsi ulteriormente vulnerabili davanti a qualcuno di cui non sa di potersi fidare.

Rivolge verso sé stesso eccessive doverizzazioni ("dopo così tanto tempo in Italia avrei dovuto comprendere l'italiano perfettamente"), che alzano lo standard della desiderabilità dell'obiettivo e lo rendono al contempo sempre più irraggiungibile ("ci sarà sempre qualcuno che sarà più bravo di me a parlare italiano ed è normale che sceglieranno un altro al posto mio per qualsiasi lavoro").

La forte mancanza di legittimazione della sua emozione di tristezza ("non devo essere triste") è legata al timore di dare un'immagine di sé come debole e sottomesso, che lo porterebbe secondo la sua cultura ad essere umiliato e maltrattato, essendo incapace di difendersi.

E' inoltre presente una forte tematica riguardante l'indegna ("non sono degno di stare bene", "ho bisogno di soffrire", "non posso permettermi di stare bene"). Da una parte lo stare bene per Samir significa riacquistare autostima e questo sembra essere legato al timore di poter assomigliare al padre, cioè una persona violenta, superiore, autoritaria ("gli uomini della mia cultura si dimostrano più di quello che sono") e quindi spregevole e pericolosa, dall'altra la malattia mentale sembra essere legata alla giustificazione del suo attuale fallimento, cioè non sono riuscito a combinare niente nella vita perché "ho troppi problemi mentali".

Sono presenti inoltre sentimenti di rabbia non agita verso qualsiasi persona possa mettere in luce, anche solo in base ad un semplice confronto, la sua presunta inferiorità. Il desiderio di agire i suoi sentimenti di rabbia verso il padre e la madre sono frenati sia da un forte senso di colpa sia dal timore di ritorsioni sia legali sia fisiche ("non posso battermi con mio padre perché in questo momento è fisicamente più forte di me"). Anche i suoi sentimenti di rabbia non vengono legittimati in quanto legati al timore di poter diventare una persona violenta come il padre e quindi punibile dalla legge. Il forte timore di giudizio di sé come persona indegna moralmente lo porta durante i primi mesi di terapia ad una forte resistenza a comunicare i suoi pensieri di rabbia.

Secondo il DSM V, Samir non presenta una sintomatologia narcisistica che soddisfa i criteri per porre una diagnosi di Disturbo Narcisistico di Personalità, ma la presenza di questi tratti hanno contribuito a creare e a mantenere il suo Disturbo Depressivo.

Il paziente presenta fantasie grandiose legate ad un'ideale del sé ed un'elevata sensibilità al fallimento, alla sconfitta, alla critica del proprio valore. Gli standard da raggiungere diventano desiderabili e irrinunciabili solo se elevati e se contengono il massimo riconoscimento di competenze (es. università di Fisica).

Dunque alla base della sua sintomatologia depressiva e alla base del suo mantenimento sembra esserci un mancato riconoscimento nell'ambito della sfera professionale e sociale, un senso di insoddisfazione per la propria vita composta da insuccessi che sminuiscono il senso di potenza, generando da una parte sconforto, sconfitta e fallimento, dall'altra vergogna ed umiliazione.

Alla base della depressione narcisistica si evidenzia dunque la percezione di una profonda discrepanza tra le aspettative idealizzate e la realtà; in questo senso si evidenzia una focalizzazione del pensiero sugli ideali insoddisfatti e sulle aspettative grandiose deluse.

Il senso di disperazione è ulteriormente incrementato dalla considerazione del raggiungimento di questi obiettivi grandiosi, come unica modalità di riscatto verso il suo destino e la sua famiglia.

L'unico modo per essere orgoglioso di sé stesso (in termini di autostima) è quello di rivelarsi un individuo ben dotato intellettualmente, capace di *performance* spiccate, popolare, desiderato, riconosciuto in un rango elevato all'interno del gruppo di riferimento.

In passato era prevalente il timore di essere giudicato immorale (“non posso guardare le ragazze, non posso essere omosessuale”) i cui contenuti variavano nel tempo (timore di essere omosessuale, timore di essere pedofilo) e generavano un forte senso di indegnità, vergogna e disgusto.

Attualmente riporta una diminuzione dell'invasività di questi pensieri: rimane il timore che gli altri possano pensare di lui che sia una persona che ha bisogno, che necessita di qualcosa e quindi più debole. Nonostante questo timore secondario, i suoi pensieri ossessivi non sono così pervasivi, invalidanti e non interferiscono in maniera significativa nelle sue attività e sul suo funzionamento sociale, tanto da porre diagnosi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo. Sembrano aumentare nei momenti di maggiore percezione di rabbia e sembrano avere una sorta di funzione di controllo del senso di colpa che ne deriva.

Scopi compromessi

Senso di identità e valore di sé legato al senso di autoefficacia e agentività. Questi scopi diventano raggiungibili solo con una posizione sociale e lavorativa di eccellenza riconosciuta dagli

altri. Questo riscatto di tipo intellettuale permetterebbe di elevarsi da un contesto familiare e socioculturale umiliante.

Antigoal centrali:

- non potersi percepire caratterialmente debole e instabile emotivamente (depresso e ansioso) come la madre (che è stata sottomessa, umiliata e ha subito violenze dal padre);
- non voler diventare eccessivamente violento e aggressivo come il padre;
- non rivelarsi definitivamente, agli occhi degli altri e di fronte a sè stesso, un incapace, un difettato, un diverso.

Rispetto agli scopi compromessi le regole di comportamento sembrano essere:

- se gli altri si accorgono che sono ansioso, mi attribuiranno ancora meno valore e saranno giustificati ad umiliarmi e svalutarmi;
- se non mi mostro forte e competente non riuscirò mai ad avere una vita felice come gli altri;
- solo se diventerò un fisico famoso potrò dire a me stesso di essere realizzato e riconosciuto di valore dagli altri;
- solo se raggiungerò una posizione lavorativa importante potrò elevare il mio rango rispetto alla mia famiglia e al mio gruppo di riferimento.

Fattori e processi di mantenimento

Secondari sulla rabbia e sulla tristezza: la percezione di qualsiasi emozione è considerata da lui potenzialmente dannosa, in quanto sintomo di instabilità emotiva, mancanza di forze e associata alla condizione dei suoi genitori. Rabbia e tristezza diventano dunque degli ostacoli alla realizzazione dell'immagine ideale di sé come persona capace e non sottoposta ad umiliazione.

Secondari sulla depressione: la malattia mentale è considerata culturalmente un segno di debolezza in una società in cui alla figura maschile viene richiesto di assumere un ruolo di superiorità e forza. Questo ulteriormente rinforza l'ideale di sé come una persona priva di qualsiasi difficoltà emotiva.

Ruminazioni: su sé stesso (*bad me*: sono brutto, malato, faccio schifo, non merito di stare bene) e sugli altri (*poor me*: gli altri sono migliori di me). Aumentano la focalizzazione dell'attenzione ad elementi che confermano la sua ipotesi di incapacità e influenzano ulteriormente il suo tono dell'umore: il riesame della sue esperienze riporta alla mente i fallimenti ottenuti, con un effetto di sovrastima del danno. Inoltre in questi momenti emergono stati di invidia e di rabbia, fantasie di rivalsa e di umiliazione degli altri. Questi stati emotivi vengono vissuti dal paziente come ulteriori

segnali di malattia, indici di sofferenza mentale e per questo da fronteggiare, gestire, ridurre in qualche modo.

I pensieri ricorrenti a tematica depressiva sono valutati come invasivi perché interrompono le sue attività (“*non riesco a concentrarmi su niente*”) e confermano le credenze di base di scarsa efficacia e inadeguatezza.

Bias cognitivi che contribuiscono a produrre valutazioni di tipo depressogeno e prevengono l’invalidazione delle convinzioni e degli schemi patogeni:

- Attenzione selettiva ai soli elementi che convalidano l’ipotesi di Samir (“non sono in grado di fare niente”), che non viene mai confutata.
- Ipergeneralizzazione: “ho fallito una volta e fallirò sempre”.
- Deduzione arbitraria: S. trae la conclusione che non sarà mai in grado di mantenere una relazione sentimentale su assenza di prove.
- *Mood congruity effect*: lo stato emotivo caratterizzato da tristezza e vergogna fa sì che il paziente si focalizzi su dati e segnali coerenti con esso; la mente del paziente è occupata da immagini e pensieri di perdita, fallimento, autosvalutazione che vanno ad alimentare i B depressogeni.
- *Confirmation bias*: prende in esame solo dati che confermano l’ipotesi di compromissione dello scopo non cercando controprove o dandogli poco credito e interpreta i segnali esterni come conferme dell’ipotesi temuta “la ragazza a cui ho lasciato il numero non mi ha mai chiamato, si sarà sicuramente accorta dei miei problemi mentali e avrà preferito un altro ragazzo più sano, bello e interessante”.

Ci sono circoli viziosi tra:

- Schema depressogeno e sintomi depressivi: il non riuscire a terminare un’attività porta a demotivazione che viene letta come prova dell’incapacità di realizzare i suoi obiettivi.
- Sintomi depressivi (faticabilità-passività): la demotivazione/astenia riduce il livello di attività che a sua volta porta a maggiore astenia e alla rinuncia a qualsiasi attività.
- Persona e ambiente sociale: la sua inattività e mancanza di iniziativa è sottoposta a giudizio di scarso valore da parte del padre, che aumenta il senso di demoralizzazione, svalutazione e senso di colpa da parte del paziente.

Scompenso

A 13 anni soffre di un Disturbo Ossessivo-Compulsivo legato inizialmente agli aspetti religiosi (durante le preghiere o durante gli incontri con la comunità, si accertava di avere eseguito il rituale

religioso secondo le prescrizioni, ripetendolo fin quando non fosse sicuro di averlo eseguito perfettamente, dunque anche più volte di quanto previsto). Essendo questi rituali troppo invasivi, decide di abbandonare la religione a cui segue una netta diminuzione delle compulsioni. Permangono per altri otto anni idee ossessive legate al timore di desiderare qualcosa legata ad un peccato (cibo, ragazze, timore di essere omosessuale, timore di essere pedofilo). Attualmente riferisce di gestire meglio questi pensieri, che riporta non essere più invasivi come nel passato e di incidere solo in parte nelle sue attività quotidiane.

Dopo il conseguimento del diploma a 19 anni, che ottiene con buoni voti, si iscrive alla facoltà di Fisica dove però non sostiene nessun esame. Questo evento sembra costituire per lui il primo importante mancato riconoscimento nell'ambito della sfera professionale e sociale, nell'unico ambito considerato degno di importanza e possibile promotore di un allontanamento e di un riscatto rispetto alla famiglia d'origine. Da quel momento appare più evidente nei suoi racconti la presenza di una sintomatologia più legata al versante depressivo/ansioso.

Vulnerabilità

Samir riporta difficoltà relazionali sin dai primi anni di vita. Era lasciato sempre da solo, non gradiva la confusione e la vicinanza degli altri. Da qui si abitua a “vivere nel pensiero”, trascorrendo le giornate seduto sul balcone a “pensare”. Non ricorda momenti passati a giocare o a svolgere delle attività con qualcuno della sua famiglia.

Questa sua abilità nel “pensare”, messa in contrapposizione ad abilità più pratiche, l'ha portato negli anni a credere di essere capace e dotato solo nelle attività intellettuali e quindi nello studio e nella lettura, unici ambiti a cui decide di dedicarsi e in cui investe.

La madre viene descritta come persona imprevedibile e con continui sbalzi di umore, incapace di prendersi cura sia di lui che della sorella, che richiede ancora più attenzioni data la sua disabilità intellettiva. Passava periodi in cui era occupata dall'intrattenere relazioni con diversi compagni a momenti di forte disperazione, isolamento e distacco dagli altri.

Il padre viene descritto come una persona che ha sempre utilizzato la violenza e l'autorità come unica forma di comunicazione con l'altro (“*mi fa schifo vederlo, ha manie di grandezza e non vale niente, utilizza l'aggressività per avere ragione e per fare pressioni sugli altri, incute terrore e paura negli altri per essere trattato come un grande*”).

La famiglia d'origine instabile, violenta, poco affettuosa da un lato e troppo esigente dall'altro avrebbe contribuito a formare in lui l'idea di essere una persona inadeguata, sbagliata, poco desiderata, inferiore e carente in alcuni ambiti fondamentali della propria vita e soprattutto

meritevole di sofferenza. Inoltre l'idea di non essersi mai sentito sostenuto e di non aver mai avuto un punto di riferimento né nella famiglia né nel suo ambiente allargato, l'ha portato da un lato alla necessità vitale di costruirsi una immagine di sé come potente autonomo ed efficace per potersi difendere da solo, dall'altra all'incapacità di chiedere aiuto agli altri in quanto non in grado di sostenerlo, anche quando l'aiuto è per lui necessario.

A 11 anni si trasferiscono in Italia. Sia lui che la madre subiscono ripetute violenze da parte del padre, tanto da denunciarlo (su sua iniziativa) nel 2007. Intervengono gli assistenti sociali, il padre viene condannato a due anni di reclusione e Samir con la sorella vengono inseriti in una casa famiglia. Lì passerà 4 anni per poi trasferirsi a casa del padre. La sorella è attualmente ancora inserita in casa famiglia a causa dell'impossibilità della madre di prendersi cura di lei. Il contesto della casa famiglia è per lui positivo. Riferisce che in questo periodo la madre si trasforma da vittima e "malata" a persona violenta nei suoi confronti. Dopo la denuncia smette di comunicare con il padre, anche se attualmente vivono nella stessa casa.

Davanti a figure d'attaccamento spaventate/spaventanti e ai bisogni frustrati di attaccamento, accettazione e cura da un lato, di autonomia, competenza e senso d'identità dall'altro, Samir sembra aver sviluppato un tipo d'attaccamento disorganizzato che ha portato in un primo tempo all'attivarsi di strategie controllanti-punitive all'interno delle sue relazioni d'attaccamento (attivazione del sistema di rango al posto del sistema di attaccamento con atteggiamenti di critica, di minaccia competitiva e di opposizione). Attualmente l'inibizione massiva di ogni forma di relazione interpersonale che possa attivare il sistema di attaccamento sembra essere la strategia controllante più utilizzata.

In relazione alla vulnerabilità attuale, sappiamo che attualmente vive con il padre e con altre persone della comunità bengalese nella stessa casa, dividendo il letto con lo zio. Tutte queste persone sembrano non essergli di alcun supporto, invalidandolo e criticandolo per la sua mancanza di iniziativa ed efficienza nel dare aiuto alla famiglia. Padre e zii ostacolano Samir nel proseguimento della psicoterapia e del trattamento farmacologico, sostenendo l'inutilità di questi interventi e rimandandogli l'idea che i problemi vanno affrontati autonomamente con una maggiore volontà. La scarsità di risorse sia sociali che economiche e l'assenza di una rete di supporto incrementano la sensazione di fatica nel raggiungimento dei suoi obiettivi e aumentano la prospettiva di abbandono di questi. Gli aspetti culturali quali il ruolo della figura maschile come dominante sembrano metterlo giornalmente davanti alla sua idea di fallimento.

La terapia

I primi obiettivi terapeutici sono legati alla riduzione della sofferenza emotiva legata al funzionamento di tipo depressivo:

- Diminuzione del senso di fatica e mancanza di energie
- Riduzione del rimuginio depressivo e aumento di capacità di concentrazione
- Regolarizzazione del sonno, dell'alimentazione e dell'assunzione dei farmaci
- Acquisizione di maggiori abilità di problem solving
- Aumento del tono dell'umore
- Riduzione del senso di colpa e del giudizio su di sé
- Riacquisizione del senso di efficacia e agentività
- Riacquisizione del senso di fiducia in sé stesso e aumento dell'autostima

Si è deciso di non intervenire direttamente sull'area ossessiva in quanto attualmente i suoi comportamenti non sembrano invalidanti.

Razionale, strategie e tecniche di cambiamento

In fase di assessment per la comprensione del funzionamento del paziente sono stati somministrati strumenti diagnostici (es MMPI, BDI, DES), è stato valutato l'assetto interpersonale e le modalità relazionali. Sono stati considerati sia i suoi punti di forza e le risorse sia i fattori di rischio e altre problematiche attuali (es. problemi economici).

Sono state considerate le aspettative rispetto alle possibilità terapeutiche e ristrutturata la teoria naïf sulla malattia a contenuto depressivo: da "i miei genitori mi hanno trasmesso i loro problemi mentali, quindi sono menomato e parto da una situazione di svantaggio" a lettura delle problematiche emotive e comportamentali come regole che prevenzioni di scopi. Il funzionamento del problema, i fattori di mantenimento di questo, le conseguenti comportamentali ed emotive e scopi compromessi sono stati condivisi con il paziente.

Il programma terapeutico è stato condiviso attraverso la formulazione comune di obiettivi concreti e raggiungibili.

E' stata chiarita la possibilità di un andamento oscillante delle fasi depressive per prevenire la previsione del fallimento e l'abbandono della terapia e confermare la credenza centrale di inaiutabilità e imm modificabilità della situazione.

Intervento sulla riduzione della sintomatologia depressiva

Come primo obiettivo la costruzione di una relazione di fiducia è stata fondamentale per restituire al paziente una sensazione di comprensione del problema e della possibilità di essere aiutato all'interno di un setting terapeutico in cui non sentirsi giudicato, sminuito, svalutato.

La comunicazione dell'importanza di una collaborazione attiva così come la condivisione dello "sforzo" comune nel raggiungimento degli obiettivi attraverso un programma di attività e di compiti a casa è stato un aspetto fondamentale, richiamato in diversi momenti della terapia per contrastare l'atteggiamento di impossibilità di risoluzione dei problemi e delega all'altro della responsabilità della risoluzione (es. percezione che le proprie azioni non possano in alcun modo modificare la probabilità che l'evento temuto si verifichi e che quindi non valga la pena di agire).

C'è stata una riduzione dei sintomi acuti attraverso l'interruzione meccanismi di mantenimento del problema, ovvero: rottura circoli viziosi tra i sintomi; tra schemi/credenze e sintomi depressivi; tra persona e ambiente sociale. Individuazione dei bias cognitivi e riduzione dei problemi secondari considerati come importanti fattori di mantenimento e di esacerbazione dei problemi presentati.

Tecniche di cambiamento

Il lavoro di psicoeducazione è stato centrato essenzialmente sul riconoscimento delle proprie emozioni e della loro funzione rispetto al raggiungimento di scopi. Le emozioni di rabbia e tristezza sono state dunque legittimate e validate.

E' stato consegnato un diario settimanale delle attività e sono state programmate delle attività attraverso l'assegnazione dei compiti graduati. Sono state utilizzate tecniche di role playing e tecniche di comunicazione assertiva per la gestione delle interazioni sociali (espressione di sensazioni negative e formulazione di richieste di aiuto). Sono state utilizzate delle tecniche di problem solving per una gestione più efficace delle situazioni problematiche percepite come insormontabili (es. suddivisione dei compiti in obiettivi più piccoli e raggiungibili e utilizzo delle giuste risorse disponibili).

Cambiamento delle convinzioni che il paziente ha di sé stesso e delle sue esperienze

Individuazione e condivisione dei temi di pensiero ricorrenti della triade cognitiva attraverso l'auto-osservazione e la registrazione quotidiana con il diario giornaliero dei pensieri disfunzionali con contenuti di fallimento, autocritica, insuccesso, incapacità e non amabilità.

Invalidazione e modificazione delle distorsioni cognitive e degli schemi depressogeni attraverso:

- Ristrutturazione cognitiva rispetto alle valutazioni di minaccia e compromissione dello scopo iper-investito: è stato necessario riconoscere e legittimare credenze e ipotesi del paziente. Ne

è stata discussa l'eccessiva focalizzazione su queste che ha prodotto un iperinvestimento sugli scopi connessi e la persistenza di condotte orientate a questi scopi anche quando infruttuose e paradossali.

- Ristrutturazione cognitiva delle credenze di base attraverso un'analisi di costi e benefici delle strategie di coping messe di volta in volta in atto, sottolineandone l'inutilità e dannosità a lungo termine, al fine di ridurre la percezione che queste siano in grado di garantire il raggiungimento dello scopo.

Accettazione del rischio di compromissione dello scopo centrale

Riduzione del coefficiente di valore attribuito al bisogno di essere stimato e apprezzato (rango) come fonte privilegiata del valore personale e arricchimento dei costrutti definatori del sé ideale per svincolarlo almeno in parte dalla necessità di ottenere rango e apprezzamento.

Accettazione della perdita dell'immagine di sé (Fisico) e ridefinizione di un valore personale: accettazione possibilità di non frequentare l'università nell'immediato (standard troppo elevato per sovrainvestimento e mancanza di risorse) e ridefinizione obiettivo nel breve termine (cercare un lavoro), come via diversa per arrivare a raggiungere un valore personale.

Legittimazione e accettazione dell'immagine di sé: sospensione del giudizio critico su di sé e promozione di un atteggiamento più compassionevole, attraverso tecniche di doppio standard, tecniche di *Mindfulness* e di *Compassion Therapy*.

Intervento sulla rabbia

Riduzione dei secondari sulle emozioni di rabbia attraverso la validazione delle proprie emozioni. Ricerca di strategie alternative al rimuginio rabbioso per la gestione delle emozioni di rabbia attraverso l'introduzione di tecniche assertive di comunicazione delle proprie sensazioni negative. Discussione e accettazione del tema dell'ingiustizia subita.

Descrizione della terapia

La terapia è in corso da circa un anno. La fase iniziale di costruzione della relazione terapeutica e dell'assegnazione dei primi compiti si è rilevata alquanto lunga e complicata in quanto Samir non era disposto ad abbandonare le sue credenze e a fidarsi dell'altro. E' stato difficile motivarlo all'esecuzione di qualsiasi attività (compiti a casa e riprogrammazione di attività) in quanto erano considerate "banali" e non utili alla riduzione dei sintomi. L'obiettivo universitario non raggiunto sembrava essere lo scopo finale irrinunciabile, l'unica possibilità di riscatto tanto da non fargli percepire i costi della sua condotta che consistevano in un blocco senza via d'uscita.

Qualsiasi tentativo di ristrutturazione delle sue credenze portava ad una conferma di queste (non c'era nessun esempio nella sua vita di successo, di conferma di un'ipotesi alternativa), l'unica possibilità di motivazione era la prospettiva di un allontanamento dalla casa del padre e una possibilità di autonomia, anche accettando i costi di un possibile fallimento (non riuscire a portare avanti un lavoro e dunque la conferma dell'immodificabilità della sua situazione).

La percezione della possibilità di riscattarsi comunque senza passare necessariamente per il successo universitario, ma attraverso l'allontanamento da casa del padre e la ricerca di un lavoro, l'ha motivato ad abbandonare l'eccessiva focalizzazione sul suo obiettivo e ad essere maggiormente disposto a provare strade alternative.

Da quel momento è stato maggiormente disposto ad accettare che comportamenti e pensieri disfunzionali non l'avrebbero comunque portato a raggiungere l'obiettivo. Ha cominciato a percepire la possibilità di un cambiamento che l'avrebbe portato a sentirsi comunque efficace, forte, competente e soprattutto con delle caratteristiche dei suoi genitori senza essere come loro.

La sola possibilità di legittimarsi la rabbia senza timore che questa possa tradursi in agiti meritevoli di punizione ha ridotto alcuni suoi comportamenti ansiosi e ossessivi.

Valutazione di esito

I primi risultati raggiunti sono stati un innalzamento del tono dell'umore e una riduzione del rimuginio depressivo. Ha iniziato a regolarizzare alimentazione, sonno e l'assunzione dei farmaci.

Attualmente ha allontanato l'idea dell'università e si è iscritto ad una scuola serale per diventare programmatore informatico, gli piace ed è un obiettivo decisamente più alla sua portata.

Ha preparato e inviato curriculum e biglietti da visita in vari posti (supermercati, poste, ristoranti), anche se attualmente è ancora senza lavoro.

E' partito per tre mesi per il Bangladesh dove ha ripreso contatti con alcuni componenti della sua famiglia (una nonna a cui sembra affettivamente più legato).

Resta ancora molto sensibile e attento a qualsiasi aspetto che possa fargli prospettare l'idea di fallimento e in questa fase ha sempre bisogno di un supporto che lo motivi al raggiungimento dei suoi obiettivi (es. ha preparato il curriculum e dei biglietti da visita per ripetizioni di inglese e ha iniziato a distribuirli in vari posti, ma ogni non risposta diventa un motivo per smettere di consegnarli).

L'obiettivo futuro è il lavoro sulla vulnerabilità alla depressione correlata con la probabilità di ricaduta attraverso una ricostruzione puntuale degli eventi di vita che hanno contribuito alla formazione delle credenze patogene con tecniche mutuata dalla *Schema Therapy*.

Francesca Romana Lasorsa
Psicologo, Phd, Psicoterapeuta, Roma
Specializzata presso Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC, sede di Grosseto, 2015,
training A. Gragnani e A. Saliani
e-mail: francesca.lasorsa@yahoo.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