

Un disturbo ansioso-depressivo cronicizzato: un caso clinico

Viviana Balestrini¹

¹Psicoterapeuta, Roma

Riassunto

Nel caso clinico riportato viene data particolare enfasi ai fattori di mantenimento del disturbo, tra cui figura la rabbia e l'aspettativa di un risarcimento per la sofferenza provata. Alla luce di ciò la terapia decolla quando si introduce nel piano terapeutico uno specifico intervento sulla rabbia e sull'elaborazione della sofferenza psichica provata dal paziente.

Summary

In the clinical case reported is given particular emphasis to the factors of maintenance of the disorder. We recognize an important factors of maintenance in anger and expectations of compensation for the suffering experienced. Therefore the therapy takes off, when we start working on anger and the elaboration of psychic pain experienced by the patient.

Inquadramento del paziente

Mario ha 55 anni. Ha conseguito il diploma. Lavora come direttore di produzione presso un'importante azienda. Vive con la famiglia: la moglie e il figlio di 22 anni studente universitario. Nello stesso palazzo abitano la madre e la figlia di 28 anni con la sua famiglia. Condizione socio-economica media.

Il paziente è in cura presso un Centro di Salute Mentale. La cartella è aperta da circa quindici anni, ma il trattamento più intensivo si registra negli ultimi cinque anni. Lo psichiatra che lo segue gli ha suggerito di intraprendere una psicoterapia. Al momento della presa in carico assume un antidepressivo SSRI.

Descrizione del problema

Il paziente presenta una sintomatologia depressiva di entità lieve/moderata e una sintomatologia ansiosa.

Mario sperimenta intenso malessere e basso tono dell'umore, non vede prospettive future e si sente impantanato nella condizione in cui vive. Tende ad autobiasimarsi per il suo comportamento e per il disagio che sperimenta, si sente demotivato a fare qualsiasi cosa. Si ritiene una persona debole e teme di apparire agli occhi degli altri come un menomato, sia per la sua condizione fisica che mentale.

Il paziente, inoltre, riferisce ansia e preoccupazione pervasiva (rispetto alla propria salute, ai figli, al lavoro). Vive con disagio il confronto con i suoi familiari: non si sente capito dalla moglie e non riesce ad aiutare i propri figli come vorrebbe, si sente ancora succube dell'ingerenza della madre nella sua vita. Vive con ansia le interazioni in ambiente lavorativo, non si riesce ad imporre con le persone che lavorano per lui e adotta un comportamento remissivo con i suoi superiori, valuta tutto ciò inadeguato e quindi si autosvaluta.

Inoltre, Mario soffre di attacchi di panico da più di 30 anni. Sperimenta una paura folle di morire di infarto, pertanto evita di mettersi nella condizione di sentire alterato il proprio battito cardiaco: evita gli sforzi fisici (ad es. passeggiate in montagna, lavori in campagna, attività domestiche e di bricolage) e il contrasto con altre persone. A causa degli evitamenti ad oggi gli attacchi sono per lo più paucisintomatici. Quando avverte qualche anomalia del battito (tachicardia o extrasistole) o del respiro, mette in atto dei controlli o comportamenti protettivi (smette di fare ciò che faceva, si misura le pulsazioni, cerca di respirare più profondamente, se la sintomatologia persiste si reca presso un presidio sanitario o fugge, per quanto possibile, dall'evento attivante).

Inquadramento diagnostico secondo il DSM IV: in asse I, Disturbo Distimico e Disturbo di Panico con agorafobia; in asse III, extrasistole e insufficienza mitralica (reumatica); infine in asse V, VGF=55 per la presenza di sintomatologia ansiosa e depressiva di entità moderata e per le difficoltà nel funzionamento interpersonale.

Profilo interno del disturbo

Il paziente ha una scarsa considerazione di sé, perché si ritiene una persona debole, incapace di fronteggiare le situazioni che gli si presentano, e si vede come un menomato per i suoi problemi fisici e psichici ("sono un malato perché soffro di cuore, ma anche perché sono ansioso"). Il paziente nutre il timore che anche gli altri si possano accorgere della sua condizione di inferiorità. Ciò confermerebbe le sue credenze circa lo scarso valore personale e lo porterebbe ad essere umiliato ed emarginato in quanto difettato.

Essere menomato significa per Mario essere marchiato e appartenere ad un rango inferiore, situazione che considera inaccettabile. Ogni qualvolta la credenza si rende più solida, o perché il paziente legge ciò che gli accade come una conferma della sua inferiorità, o perché aumenta il rischio che questa possa essere vista da altri, i sentimenti depressivi si fanno più intensi.

Alla luce di ciò lo scopo terminale del paziente è quello di non mostrare a se stesso e agli altri di essere una persona debole, invalidata, di poco valore. Pertanto vive con ansia per il timore di sentirsi male (“se mi viene un infarto, la cosa più terribile è che potrei rimanere irrimediabilmente menomato, non potrei fare quello che fanno tutti”→ “e avere la conferma della mia inferiorità”) o comportarsi in modo inadeguato, e sperimenta tristezza e frustrazione per il fatto di condurre una vita “frenata” caratterizzata da evitamenti, controlli e continue preoccupazioni.

Il paziente valuta negativamente la sua condotta e il suo malessere, facendo delle autosvalutazioni e quindi alimentando pensieri e sentimenti depressivi.

Fattori e processi di mantenimento

Il primo fattore di mantenimento è dato dal problema secondario, ossia dalle valutazioni e dai sentimenti denigratori e svalutativi (sotto forma di ruminazione) circa se stesso, per il fatto di soffrire di ansia e depressione. I sentimenti di natura depressiva sono alimentati dal fatto che attraverso dei processi di attenzione selettiva, generalizzazione e pensiero dicotomico il paziente arriva a confermare la credenza di essere una persona di poco valore. Ad esempio ogni piccola forma di malessere, viene interpretata come una prova del fatto che lui è un malato, un difettato da scartare. La credenza di essere incapace, debole, indegno, lo porta a sperimentare demotivazione, ciò rallenta e a volte blocca il regolare svolgimento delle sue attività e lo sperimentarsi in diversi ambiti (lavoro, vita sociale, tempo libero). Tale ritiro o freno non fa altro che alimentare le sue convinzioni negative sulla sua incapacità di relazionarsi al mondo e in particolare di interagire con gli altri, con ciò che segue in termini di circoli autoconfermatori.

Un altro importante fattore di mantenimento (emerso solo nel corso della terapia) è costituito dalla rabbia sperimentata dal paziente e, in termini cognitivi, dal fatto che Mario considera un suo diritto l'essere compreso e riconosciuto dagli altri per il suo valore. Ritiene di aver subito delle forti ingiustizie fin da quando era bambino che gli hanno generato paure e insicurezze, e ancora oggi sente di non essere considerato come dovrebbe e quindi è come se “attendesse un risarcimento”.

Tale meccanismo si ripete anche in situazioni attuali, vediamo come funziona. Il paziente passa dalla piena svalutazione di sé al riconoscimento di alcune sue capacità (ad es. nel contesto lavorativo); in questa fase Mario transita dalla posizione down ad up e utilizza standard elevati – quelli che generalmente usa con se stesso - per valutare gli altri. Questi ultimi considerati inadempienti sono ora oggetto delle sue svalutazioni e l'idea di essersi considerato inferiore e incapace rispetto ad essi gli sembra una grave ingiustizia verso se stesso. In ragione di ciò, sperimenta rabbia verso gli altri e verso di sé (io non mi sono capito, valorizzato, ma anche gli altri lo hanno fatto). Quindi riparte il biasimo verso di sé per aver perso tempo e tante opportunità. Si riaffaccia nel complesso la triade depressiva: “allora è vero che sono malato! Il mondo non ti aiuta, anche se sarebbe giusto che lo facesse! Se non ce l'ho fatta fino ad oggi, perché ora dovrei farcela?”.

Rispetto invece al disturbo d'ansia in senso stretto, il paziente non riesce a uscire dal disturbo per noti fattori e processi di natura cognitiva, emotiva e comportamentale, vediamo quelli con maggiore potenziale di mantenimento nel paziente. In primis l'evitamento, per cui Mario, conoscendo le situazioni che lo portano ad attivare l'ansia, o le ha francamente evitate, oppure ha trovato dei modi per attenuarne l'effetto. In entrambi i casi il paziente non ha potuto confutare le sue credenze ("se faccio questo sforzo fisico, affaticherò il cuore, mi sentirò male e mi verrà un infarto, sarò menomato e scartato da tutti") e ha via via disimparato a sostenere l'attivazione ansiosa. Inoltre con evitamenti sottili o manovre protettive, il paziente oltre a non confutare le sue credenze peggiora la sua situazione: "mi sono sentito male, nonostante mi sia protetto, per fortuna che l'ho fatto altrimenti, chissà cosa mi sarebbe successo", attribuendo al comportamento protettivo il suo essersela cavata e ignorando il fatto che proprio questo ha contribuito ad alimentare il suo stato ansioso. Ancora, in Mario è molto forte l'attenzione selettiva e il controllo dei sintomi. Partendo dalla convinzione (in parte fondata) di soffrire di cuore, il paziente si sente in dovere di controllare tutti gli elementi che possono essere prodromici di un attacco cardiaco e quindi anche di un attacco di panico, perché questo può portare, proprio perché fortemente attivante, all'esito temuto. Com'è noto, tale attenzione selettiva va proprio ad alimentare il circolo del panico. I controlli non si limitano alle misurazioni personali: la storia del paziente è costellata da frequenti controlli e monitoraggi cardiologici, che terminano con gli stessi risultati: ha un'insufficienza mitralica, ma questa non compromette il regolare svolgimento delle sue attività, così come la presenza di extrasistole. Anche in questo caso il soggetto non si sente rassicurato, tutt'altro, ritiene che la posta in gioco è troppo alta per non mettere in discussione i responsi medici e per non continuare le sue ricerche, che chiaramente aumentano la sintomatologia ansiosa.

Un ultimo fattore di mantenimento è costituito dalla teoria naif della malattia e della cura del paziente, che suona grossomodo così: "il disturbo è qualcosa che mi è capitato, sono stato sfortunato, sono stato trattato ingiustamente, forse me lo sono anche meritato; per uscirne, se mai ci riuscirò, mi occorrerebbe uno che con la bacchetta magica o con un bisturi estraesse il male e mi risarcisse di quanto ho perso". È evidente che un tale tipo di approccio, piuttosto pessimista circa l'esito, fatalista nell'eziopatogenesi e eterocentrato nella cura, muoversi dallo status quo è tutt'altro che facile.

Scompenso

Il riaffacciarsi della sintomatologia depressiva e una recrudescenza della sintomatologia ansiosa si sono avute a seguito di eventi relativi alla vita familiare. Cinque anni fa, la figlia del paziente si sposa, dopo un periodo di fermento che ha visto Mario impegnato nei lavori di ristrutturazione della casa. Tale occupazione lo rendeva molto soddisfatto, ma afferma che "quando è finito, è finito un po' tutto", le sue aspettative erano crollate. La vita coniugale della figlia non ha rappresentato un'occasione di maggiore libertà e spensieratezza per il paziente, ma al contrario è stata, ed è tutt'oggi, fonte di preoccupazione e di

continui litigi e incomprensioni. L'anno successivo, a rincarare la dose agli occhi del paziente, è avvenuto un incidente stradale in cui sono morti due giovani ragazzi, un cugino e un amico del figlio, tale evento ha accentuato le preoccupazioni di Mario rispetto ai suoi familiari e ha aumentato il senso di impotenza e incapacità del paziente rispetto al suo ruolo di padre.

L'esordio del disturbo da attacco di panico, invece, risale a quando il paziente era ancora un ragazzo, si era diplomato e cercava un lavoro. Era già fidanzato e sentiva la pressione a dover concretizzare i progetti matrimoniali, ma la ricerca di un'occupazione era difficile, anche perché –a causa di una febbre reumatica che gli aveva portato delle complicanze cardiache- non poteva fare sforzi e quindi era escluso da quello che allora era la maggiore offerta lavorativa del territorio in cui abitava: lavorare in fabbrica. Il paziente si sentiva braccato, senza un futuro e con un'enorme spada di Damocle sulle spalle. Gli appariva confermata la credenza di non essere uno normale: “non riesco a trovare un lavoro e costruirmi una famiglia, così come fanno gli altri”. In uno dei pomeriggi trascorsi al bar, per sentire se c'era un lavoro e di fronte alla stagnazione della situazione il paziente ha avuto il primo attacco di panico.

Vulnerabilità

In che modo il paziente ha sviluppato la vulnerabilità al disturbo? Nello schema che segue riportiamo alcuni esempi.

Tab.1 - Vulnerabilità storica e attuale

	ESPERIENZE (di tipo episodico e/o continuativo)	CONSEGUENZE
1	Padre critico, svalutante, autoritario, controllante. Il paziente aveva paura di opporsi alle decisioni del padre, afferma di essersi sentito in dovere di accettare tutto per non dispiacere il padre, per non essere trattato con indifferenza. “E' fastidioso ancora adesso, mi sentivo indegno, messo a nudo”, “non reagivo per timore delle conseguenze, non reagivo per non farlo soffrire”, “non reagivo agli altri come non reagivo a mio padre”.	→ sviluppata la sensibilità alle critiche →sviluppata la credenza di non essere in grado di svolgere quanto gli veniva richiesto →sviluppata la credenza di essere di poco valore →sviluppata la credenza che scegliere secondo i suoi desideri, avrebbe portato ad esiti negativi: sofferenza delle persone care e conseguente indifferenza da parte loro →sviluppata la credenza che sottomettersi alla volontà degli altri, sia la strategia migliore per non far soffrire gli altri e per non essere trattato con indifferenza →generato lo scopo di non dispiacere agli altri per non essere trattato con indifferenza, per non sentirsi cancellato
2	La sorella maggiore, dopo pochi mesi dalla nascita, si ammala di meningite e rimane disabile. Ha sempre vissuto in un istituto, il paziente ricorda che la andavano periodicamente a trovare. E' morta all'età di 10 anni, quando il paziente ne aveva 7. A casa è sempre stato un	→sviluppata la credenza che un'anomalia fisica porta ad esiti drammatici →sviluppata la credenza che improvvisamente possono accadere degli eventi gravi, che non possono essere fronteggiati

	dramma e i genitori hanno vissuto con estremo dolore la situazione.	→ generato lo scopo di allontanare il rischio di menomazione fisica→ attenzione selettiva, better safe than sorry, generalizzazione e pensiero dicotomico verso i problemi fisici, funzionale alla necessità di controllare il proprio stato e agire preventivamente
3	Dalla seconda elementare alla terza media il paziente viene fatto studiare in collegio. La permanenza nell'istituto religioso è stata vissuta dal paziente come molto pesante: c'erano limitazioni in tutto, regole severe e punizioni umilianti, anche a fronte di piccole marachelle. Vigeva l'ordine e la disciplina, tutto era strutturato. Il paziente si sentiva succube, "ero sempre sbagliato, inadeguato". Anche i suoi coetanei lo prendevano in giro, perché era pauroso.	→sviluppata la sensibilità alle aggressioni verbali e fisiche →consolidata la sensibilità alle critiche →consolidata la credenza di non essere all'altezza di quanto gli viene richiesto di fare →sviluppata e consolidata la credenza che se non ci si comporta nel modo giusto si è soggetti ad umiliazioni →sviluppata e consolidata la credenza che a piccoli errori possono seguire conseguenze terribili →attivazione del circolo interpersonale della paura: più sbaglio, più mi trattano male, più ho paura, più sbaglio e così via →generato lo scopo di allontanare il rischio di sbagliare ed essere considerato un debole, con la conseguenza di venire umiliato ed emarginato → attenzione selettiva, better safe than sorry, generalizzazione e pensiero dicotomico verso i segni di debolezza e i propri errori, funzionali alla necessità di controllare le valutazioni degli altri sul proprio operato e sul proprio modo di essere e agire preventivamente
4	Esasperato dalla vita del collegio, in un paio di occasioni ha chiesto supplicante ai genitori di non portarcelo più, ma gli esiti sono stati negativi: la madre si è sentita male e si è fatta promettere che non glielo avrebbe più chiesto; mentre il padre lo ha guardato con distacco e si è chiuso in un "silenzio insopportabile", "sembrava che non esistessi".	→consolidata la credenza che scegliere secondo i propri desideri, avrebbe portato ad esiti negativi: sofferenza delle persone care e conseguente indifferenza da parte loro →consolidata la credenza che sottomettersi alla volontà altrui sia la strategia migliore per non far soffrire gli altri e per non essere trattato con indifferenza
5	A 17 anni ha sviluppato una insufficienza mitralica a seguito di una febbre reumatica trascurata. Il paziente per un inverno è stato male con mal di testa e febbre, ma il dottore sminuiva i sintomi, fin quando non è accorso un reumatismo articolare acuto. A seguito del danno cardiaco i medici hanno prescritto al paziente di non fare grandi sforzi.	→consolidata la credenza che ad errori possono seguire conseguenze terribili →sviluppata la credenza di essere un difettato → consolidato lo scopo di allontanare il rischio di menomazione fisica→ attenzione selettiva, better safe than sorry, generalizzazione e pensiero dicotomico verso i problemi fisici, funzionale alla necessità di contenere i danni subiti
6	La frequentazione della scuola superiore statale non è	→consolidata la sensibilità alle critiche

	stata facile, il paziente afferma che non aveva imparato come funzionavano le cose all'esterno del collegio e quindi tutto quello che faceva era sbagliato. Si sentiva sottomesso e criticato dai compagni.	→consolidata la credenza di non essere all'altezza di quanto gli viene richiesto di fare →consolidata la credenza di essere di poco valore
7	Eventi negativi accorsi in seguito a pensieri del paziente (militare, incidente, tumore padre)	→sviluppo di pensiero magico: se penso a cose brutte queste accadono
8	Dopo il diploma il paziente è in cerca di lavoro. Il suo stato di disoccupazione lo preoccupa, anche perché è già fidanzato e vuole costruirsi una famiglia.	→consolidata la credenza di non essere all'altezza di quanto gli viene richiesto di fare →consolidata la credenza di essere di poco valore
9	A 20 anni ha avuto il secondo attacco di panico: aveva una grande paura di morire. Va all'ospedale, ma a seguito di un controllo gli dicono che ha dei problemi nervosi e gli prescrivono un farmaco. Aveva 20 – 21 anni e a seguito delle crisi, che ormai avvenivano tutte le sere, si recava all'ospedale, talvolta con ricovero. Gli altri lo consideravano strano, lui non si sentiva compreso, perché lui stava male davvero.	→consolidata la credenza di essere un debole sia fisicamente, che psichicamente →sviluppata la messa in atto di comportamenti protettivi tesi ad abbassare l'ansia
10	Svolge diversi lavoretti, quindi inizia a lavorare in fabbrica come manovale. L'attività è faticosa e i dolori alla schiena gli procurano ansia: non si ritiene tagliato per i lavori pesanti.	→consolidata la credenza di non essere all'altezza di quanto gli viene richiesto di fare →consolidata la credenza di essere di poco valore →consolidata la credenza di essere un difettato →sviluppata la credenza di non avere prospettive future a causa dei suoi problemi cardiaci
11	A 29 anni, dopo varie vicissitudini, ottiene per raccomandazione un posto importante. Da una parte era contento per il lavoro tanto agognato, dall'altra insoddisfatto di sé perché raccomandato, gli hanno passato il compito.	→consolidata la credenza di non essere all'altezza di quanto gli viene richiesto di fare →consolidata la credenza di essere di poco valore
12	Fin dalle prime crisi gli viene prescritta una terapia farmacologica, seguono alti e bassi a cui corrispondono vari tentativi di fronteggiamento del problema (psicoterapie, terapia di gruppo, farmacoterapie) che reputa inadeguati.	→sviluppata e consolidata la credenza di essere un caso intrattabile, senso di inautabilità
13	Mancanza di prospettive future: sistemare la figlia non ha portato ad una maggiore tranquillità, si avvicina l'età del pensionamento che si presenta come un'incognita e in quanto tale temibile	→consolidata la credenza di non avere prospettive future

La terapia

La richiesta del paziente, al primo contatto, è stata di: diminuire la sintomatologia ansiosa, diminuire la sintomatologia depressiva e imparare a relazionarsi con gli altri senza sentirsi a disagio. A ciò è seguita la

fase di assessment che era finalizzata a comprendere il funzionamento mentale del paziente, esplorare le sue teorie naive della sofferenza e della cura e individuare le sue risorse. Alla luce di quanto emerso, gli scopi del trattamento sono stati i seguenti.

Fase propedeutica

- a) Creare un'alleanza terapeutica e condividere gli scopi e le modalità della terapia
- b) Stimolare la riduzione del problema secondario

Fase centrale

- c) Facilitare il blocco dei principali processi e dei fattori di mantenimento personali (evitamento degli sforzi fisici; controlli e attenzione selettiva sul funzionamento cardio-circolatorio) e interpersonali (evitare situazioni di contrasto che possono essere di difficile gestione)
- d) Sollecitare il ridimensionamento degli standard che si impone per considerarsi e essere considerato di valore e quindi adeguato al rango
- e) Favorire l'accettazione del rischio che lo scenario temuto possa presentarsi, quindi che possa essere considerato un debole, un menomato e in quanto tale oggetto di umiliazione e emarginazione
- f) Stimolare il ridimensionamento del diritto di essere compreso e accettato dagli altri e l'estinzione del diritto al risarcimento per le sofferenze sperimentate nel passato

Fase conclusiva

- g) Promuovere la valorizzazione e il potenziamento delle risorse personali e la relativa realizzazione di attività che aumentino il senso di autoefficacia e di autorealizzazione del paziente
- h) Curare la fase di prevenzione della ricaduta

Vediamo nello specifico, come si è lavorato sugli obiettivi della terapia.

Tab.2 - Razionale, strategie e tecniche di cambiamento per ciascun scopo del trattamento

SCOPI	RAZIONALE E STRATEGIE	TECNICHE
a)	Far sentire il paziente accolto e compreso, contrariamente a quanto riferisce sia accaduto nei passati tentativi di trattare il disturbo non andati a buon fine. Mettere in discussione la sue teorie naive di sofferenza e cura, spiegandogli in che modo costituiscono un ostacolo al cambiamento.	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Ascolto empatico ▫ Disputa socratica ▫ Presentazione teoria e tecnica della TCC
b)	Comprendere e condividere con il paziente il suo funzionamento mentale. Permettere al paziente di assumere una posizione critica sulla valutazione del suo disturbo, per attenuare le autosvalutazioni e farlo	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Abc ▫ Storia di vita ▫ Genogramma ▫ Ricostruzione della storia di

	sentire un protagonista attivo del processo di cambiamento per contrastare il senso di inaiutabilità.	apprendimento
c)	Spiegare il funzionamento dell'ansia, evidenziando i costi e gli effetti controproducenti dell'evitamento e dei comportamenti protettivi. Proporre modalità di interazione assertive, in sostituzione di comportamenti passivi o aggressivi	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Psicoeducazione su ansia e circolo vizioso del panico ▫ Esperimenti comportamentali ▫ Simulate sul comportamento assertivo
d)	Mettere in discussione la funzionalità della ricerca del perseguimento di standard elevati rispetto al suo scopo. Mettere in discussione la propria capacità di valutazione, facendogli presente che il tipo di ragionamento è influenzato da bias e euristiche. Mettere in discussione le fonti di valutazione esterne. Stimolare l'individuazione di altre vie per perseguire il suo scopo.	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Disputa socratica ▫ Spiegazione di bias cognitivi e euristiche e loro effetto di mantenimento del disturbo
e)	Prima evidenziare la tendenza alla catastrofizzazione e quindi alla sovrastima del rischio; quindi facilitare una più adeguata riattribuzione della stima della probabilità. Successivamente ragionare con il paziente circa l'impossibilità di poter annullare la possibilità che l'evento temuto possa verificarsi, nonostante tutti gli sforzi che si possono compiere. Aumentargli i costi del disturbo evidenziando quanto pesa la condotta protettiva ai fini della qualità della vita. Infine, esplorare lo scenario temuto, così da epurarlo dall'alone terrifico di cui è ammantato e immaginare insieme modalità di fronteggiamento della situazione per renderla meno terribile.	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Disputa socratica ▫ Tecnica della torta e tecnica della probabilità cumulata ▫ Ragionamento reductio ad absurdum ▫ Bilancio vantaggi e svantaggi ▫ Costruzione dello scenario temuto ▫ Problem solving
f)	Validare e legittimare il fatto che il paziente si è sentito calpestato nei suoi diritti, nel passato. Mettere in discussione la legittimità di alcuni suoi diritti allo stato attuale: non è detto che oggi gli altri lo comprendano e lo accolgano e comunque non sono chiamati a farlo. Ribadire che ciò che è stato non può essere cancellato e evidenziare che l'attendere un risarcimento è una pretesa che difficilmente troverà accoglimento e quindi le aspettative andranno irrimediabilmente deluse. Inoltre sarà utile sottolineare che la rabbia alimentata da tali credenze funge da fattore di mantenimento del disturbo e da ostacolo al cambiamento e che se ci sono energie da spendere conviene usarle per cambiare le cose oggi e quindi far valere i propri diritti hic et nunc!	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Imagery with rescripting ▫ Disputa socratica ▫ Simulate
g)	Individuare le capacità personali e i propri desideri, in particolare rispetto a ciò che il disturbo gli ha impedito di fare fino ad oggi, al	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Lista dei desideri ▫ Problem solving

	<p>fine di rinforzare e consolidare il cambiamento. Incoraggiare la coltivazione di interessi e hobbies, non solo sottolineandone il valore in termini terapeutici, ma anche attraverso il genuino interessamento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Programmazione in seduta di alcune attività ▫ Condivisione di interessi comuni
h)	<p>Nel corso della terapia stimolare il paziente ad immaginarsi senza il suo disturbo al fine di facilitare la costruzione di immagine di sé senza la caratterizzazione della sua identità come persona ansiosa. Validare l'ansia (abbassamento delle capacità previsionale) che si sperimenta ad adottare strategie diverse da quelle usate per tanti anni. Anticipare e condividere il rischio di ricaduta. Descrivere e individuare le modalità che favoriscano una rapida risoluzione del problema e evidenziare l'effetto negativo dell'instaurarsi di un secondario. Monitorare attraverso un follow up i risultati raggiunti e consolidare l'uso degli strumenti personali per contenere le ricadute.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Esercizi immaginativi ▫ Descrizione andamento ricadute ▫ Discussione delle difficoltà emerse ▫ Problem solving

Alcune osservazioni sull'andamento della terapia. Il trattamento è durato nel complesso 2 anni, le sedute hanno avuto cadenza settimanale per la terapia e quindicinale e mensile in fase di follow up.

Durante la fase iniziale il problema principale era rappresentato dalla forte sfiducia del paziente, rispetto alle possibilità di miglioramento e dalla sua teoria della cura. Tanto che non sono riuscita ad utilizzare alcune tecniche che si impiegano generalmente in fase di assessment. Il paziente affermava che vedere nero su bianco la sua vita e le sue sofferenze le avrebbe rese più vere e quindi ancora più dolorose. A nulla sono valse le spiegazioni, fino a quando non si è creato un più solido clima di fiducia.

Superata la fase più depressiva, è emerso il problema della rabbia e del risarcimento, che contribuiva ad ostacolare i processi di cambiamento. Quindi prima di vedere Mario impegnato attivamente in sperimentazioni e procedure terapeutiche, abbiamo dovuto dedicare del tempo a lavorare sul ridimensionamento della sua rabbia e della convinzione di attendere un risarcimento. Ha funzionato e il paziente si è sbloccato.

In procinto di diminuire la frequenza degli incontri, in vista della chiusura, il soggetto ha avuto una lieve ricaduta in termini sintomatologici. Abbiamo per un breve periodo ripreso a vederci discutendo dell'accaduto, analizzando i suoi timori e puntualizzando quali fossero gli strumenti in suo possesso per cavarsela da solo.

Valutazione di esito

La terapia è conclusa. Il paziente valuta il lavoro positivamente, al di sopra delle sue aspettative. Gli scopi terapeutici sono stati raggiunti in modo soddisfacente.

La sintomatologia depressiva è in remissione completa. Il paziente si percepisce in grado di fronteggiare le difficoltà e guarda al futuro in modo più fiducioso. Ha superato la demotivazione e l'apatia iniziale ed è occupato a realizzare dei lavori che lo soddisfano. I pensieri a contenuto autosvalutativo si affacciano con minore frequenza e intensità, e comunque il paziente riferisce di essere in grado di gestirli e metterli in discussione in modo adeguato. Riesce a fronteggiare eventi e situazioni per lui spiacevoli, senza crearsi un problema secondario e con un approccio maggiormente risolutivo, anche se il livello di creatività nel generare delle soluzioni non è elevato.

Seppure qualche sintomo ansioso si è affacciato, Mario riferisce che l'intensità è notevolmente ridotta e con uno sforzo attivo riesce a bloccare i tentativi di soluzione patologici. Continua a sperimentarsi con discreto successo in situazioni individuate come attivanti (ad es. passeggiare in montagna, raccogliere le olive, affrontare dei colleghi etc.). Ad un anno dalla chiusura della terapia il paziente mi ricontatta perché vuole intraprendere per la prima volta nella sua vita un volo aereo: anche questa prova si è conclusa con successo, come testimonia un sms inviatomi "Buongiorno, la realtà è molto più semplice dell'immaginazione. È stato tutto molto tranquillo, sono pronto per ripartire [...]".

Infine, per quanto il paziente abbia allargato lo spazio esistenziale, riducendo gli evitamenti, ancora non dispone di una rete sociale o di relazioni significative extrafamiliari. La valutazione globale del funzionamento (VGF) si attesta attorno a 75.

Dott.ssa Viviana Balestrini
Psicologa-Psicoterapeuta, Roma
Specializzata a Grosseto, training Lorenzini - Gragnani
e-mail: vivibale@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