

Il dolore di Maria

Stefania Natale¹

¹Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Bari e Barletta

Riassunto

Il presente lavoro tratta il caso clinico di una donna con disturbo depressivo maggiore con la quale è stato portato avanti un training assertivo finalizzato alla gestione della sintomatologia depressiva. L'intervento ha avuto l'obiettivo di migliorare le abilità assertive della paziente che risultavano centrali nel mantenimento dei circoli viziosi e della sintomatologia. La paziente tendeva a non dare la giusta rilevanza ai propri bisogni, a non esprimerli o a farlo in maniera non adeguata e funzionale al loro soddisfacimento. Questa modalità contribuiva al mantenimento dei circoli viziosi e della sintomatologia depressiva. Il training svolto ha permesso alla paziente di riconoscere nuovamente l'importanza dei propri bisogni mettendo al centro della propria vita sé stessa.

Parole chiave: disturbo depressivo maggiore, depressione, training assertivo, assertività

Summary

In this manuscript is presented the clinical case of a woman affected by major depressive disorder, with whom an assertive training was carried out in order to manager the depressive symptomatology. The intervention aimed to improve the deficit in her assertive abilities, that was central in mantaining the vicious circles and symptoms. The patient tended not to give the proper relevance to her needs, not to express them or to do it in an inadequate and not functional way, with respect to her satisfaction. This modality contributed to the maintenance of vicious circles and depressive symptomatology. The training that was carried out allowed the patient to recognize the importance of her needs and to piace them at the center of their life.

Key words: major depressive disorder, depression, assertive training, assertiveness

Dati anagrafici e familiari e storia di vita

Maria, 58 anni, laureata in matematica ed impiegata all'università. Ha sempre lavorato presso strutture universitarie riuscendo a sviluppare la sua carriera e a ricoprire, di volta in volta, ruoli di maggiore responsabilità. I genitori sono deceduti ed ha una sorella più grande.

Maria ha un figlio avuto con un uomo che, partito militare, muore prima di sapere della gravidanza; lei aveva 23 anni. Descrive questa relazione come la più importante della sua vita e decide di avere il bambino e di crescerlo da sola.

Vive con i genitori finché il figlio Luca ha 7 anni, per poi decidere di andare a vivere da sola. Riferisce che la vita con i genitori non era semplice, soprattutto il rapporto con la madre: *“Mia madre si imponeva molto, era una donna molto forte. Mi diceva cosa fare con mio figlio, come crescerlo, era il figlio di tutti ma non mio! Non sono mai stata capace di dire a mia madre questo è mio figlio, quella è la porta, decido io come crescerlo!”* Dopo poco tempo i genitori vanno a vivere di fronte alla sua abitazione così Maria riferisce di perdere la sua libertà perché *“i miei genitori stavano sempre a casa mia”*.

Con il trascorrere del tempo il figlio inizia a manifestare un carattere descritto come molto forte; era molto possessivo nei suoi confronti, non voleva che uscisse, tanto che lei gli chiedeva quasi il permesso per farlo, accettando le sue risposte anche se negative.

Quando Maria va a vivere da sola conosce un uomo con il quale inizia una relazione sentimentale e dopo qualche anno iniziano a vivere insieme, nonostante la cosa non fosse vista di buon occhio dalla madre di lei e anche dal figlio. Spesso la donna litigava con la madre, e il figlio prendendo le parti della nonna diceva *“La nonna ha ragione, hai fatto un figlio? Ti devi prendere cura solo di lui”*. La relazione con il compagno non impediva, tuttavia a Maria, di dare sempre la priorità al figlio, che non aveva instaurato un buon rapporto con l'uomo. Maria riferisce che il compagno non ha mai fatto nulla per avvicinarsi al figlio, che era legato solo alla sua famiglia di origine e non mostrava interesse e voglia di costruire una relazione con il ragazzo. Le pressioni del figlio sono talmente forti da portare Maria ad interrompere la relazione con il compagno quando Luca ha ormai 19 anni. Dopo due anni, però, Maria decide di ricominciare la relazione interrotta, ad insaputa del figlio. Nel 2013, dopo circa 4 anni, la donna comunica al figlio di aver ripreso la relazione con il compagno e, da quel momento, il figlio decide di non voler più vedere e sentire la madre mantenendo tale decisione invariata ancora oggi. Luca vive a Milano dunque, per la donna, è molto difficile cercare di mantenere dei contatti con il figlio che, nonostante le visite e le frequenti telefonate, non sembra voler tornare sui suoi passi.

Maria racconta tutto questo in lacrime, non riesce ad accettare la decisione del figlio, cerca di essere presente nella sua vita inviandogli somme di denaro, che lui accetta, ma questo non le basta. Non capisce come lui sia riuscito a cancellarla dalla sua vita. Riferisce di soffrire terribilmente per questa situazione, di pensare a lui ogni giorno e ogni giorno piange perché *“una madre non può accettare di non vedere più suo figlio”*. Ecco uno stralcio di ciò che Maria mi dice a proposito di questa situazione: *“E' come se io non potessi mai essere felice, non potessi avere tutto...o mio figlio o il mio compagno, tutto insieme no. E' come se avessi questa maledizione. Pare che io non possa gioire, che se rido devo scontare quella risata”*.

Da circa due anni manifesta umore depresso con frequenti crisi di pianto, difficoltà del sonno, ruminazione e perdita di interesse per la vita. Continua a lavorare perché dice *“il lavoro è l’unica cosa che mi resta, ma anche lì le cose non vanno bene”*.

Il contesto lavorativo è descritto come difficile da affrontare, soprattutto da un punto di vista relazionale. Maria riferisce che nel 2009 è stata declassata. Da avere un contratto da dirigente è stata spostata in un dipartimento dove ricopre un semplice ruolo da impiegato amministrativo *“ho un curriculum che nessuno ha, ma nonostante questo mi hanno tolto quel ruolo e per l’ennesima volta mi sono rimboccata le maniche. In ufficio vanno avanti quelli che non fanno niente, è un’ingiustizia! Dico sempre la mia ma, nonostante tutto, mi trattano come vogliono....tanto io continuo a lavorare e faccio anche il lavoro degli altri, se necessario”*.

Maria si descrive come una persona non prepotente, che tende a piegare la testa, non invadente, che odia le ingiustizie.

Invio e contesto della terapia

Maria si rivolge allo psichiatra che affianco per un controllo della terapia farmacologica. La donna, già seguita in passato da un altro specialista per la gestione di episodi di attacchi di panico, effettua terapia con antidepressivi da circa due anni, manifestando blandi miglioramenti del tono dell’umore. Lo psichiatra suggerisce alla donna di iniziare una psicoterapia da associare alla terapia farmacologica; Maria accetta di incontrarmi.

Al primo colloquio Maria appare ben curata, una donna distinta e molto colta, disponibile al dialogo e alla condivisione dei suoi vissuti emozionali. Il viso è costantemente connotato da un’espressione di tristezza, alterna frequentemente momenti di pianto incontrollabile mentre mi racconta la sua vita.

Descrizione del problema

La paziente, a cui è diagnosticato Disturbo Depressivo Maggiore secondo i criteri del DSM 5, mi viene inviata dallo psichiatra per una presa in carico psicoterapica a Giugno 2014.

Da circa due anni riferisce umore depresso, scarso interesse per tutto ciò che la circonda, difficoltà del sonno e frequenti crisi di pianto, sentimenti di autosvalutazione e colpa. Riferisce di svegliarsi spesso la notte e di non riuscire a non pensare a suo figlio, alla situazione con lui che ritiene inaccettabile dopo quasi due anni, per poi pensare a lui ogni giorno in ogni momento. Al mattino fa fatica ad alzarsi e ad andare a lavoro, ma nonostante tutto lo fa. Si rileva una riduzione delle attività dal punto di vista comportamentale sul versante degli interessi piacevoli e di svago e, al momento della presa in carico, riferisce di essere in malattia dal lavoro in seguito ad una

discussione con il suo superiore, che l'ha portata a chiedere al medico un certificato di malattia per astenersi dal lavoro perché *“stanca delle continue discussioni e ingiustizie”*. A questo proposito afferma di non sapere se rientrare o chiedere di prolungare ancora la malattia.

Quando Maria mi descrive la situazione attuale distingue due ambiti che le arrecano sofferenza, pur se in maniera differente.

In riferimento alla situazione familiare con il figlio, Maria afferma di non riuscire a non pensare a lui, non riesce ad accettare la sua decisione e, nonostante cerchi di rispettarla il più possibile, fa molta fatica a convivere con questa situazione. Mi racconta che piange ogni giorno, gli manda sms ai quali non riceve risposta e spesso, gli invia somme di denaro dicendo *“questo mi fa sentire ancora una mamma”*. Ha provato ad andare a trovarlo per cercare un chiarimento ma lui si è rifiutato di incontrarla. Le uniche notizie che ha del figlio le riceve da un amico in comune o dalla madre. Maria riferisce che anche il rapporto con il compagno risente di questa situazione in quanto lei è sempre triste, non ha voglia di fare nulla, a volte guarda il compagno e si sente in colpa in quanto la decisione di rimanere con lui ha portato il figlio ad allontanarla dalla sua vita.

Maria racconta di vivere una situazione difficile anche a lavoro *“Tutti mi dicono, ma che hai, sei sempre triste con quella faccia...”*. Riferisce difficoltà comunicative con i colleghi e i superiori, frequenti discussioni su tematiche che riguardano *“ingiustizie”* che rileva nell'operato degli altri e nella gestione delle attività e che la portano a lavorare molto e a ritmi serrati, per poi innervosirsi e discutere animatamente con i diretti interessati *“Forse è vero quello che mi dicono, che faccio la vittima... in effetti io non reagisco, non sono prepotente, faccio il mio lavoro ma poi vedo che vanno avanti quelli che non fanno niente e questo non è giusto, mi fa arrabbiare e non lo sopporto!”*

La raccolta delle informazioni sulla storia di vita della paziente, molto complessa, e sulle difficoltà attuali, ha richiesto circa 5 colloqui di assessment . Maria ha mostrato da subito un buon livello di motivazione, è sempre stata puntuale agli appuntamenti e disponibile al dialogo e alla condivisione dei suoi vissuti. Non è stato rilevato rischio di suicidio.

Profilo interno del disturbo

Il profilo interno del disturbo è stato elaborato seguendo il modello cognitivo-comportamentale sulla depressione di Beck.

Sulla base del racconto della paziente e degli ABC è stato possibile individuare i sintomi distintivi della depressione secondo il modello cognitivo, cioè:

Sintomi affettivi: tristezza, anedonia, senso di colpa, senso di impotenza, disperazione.

Sintomi cognitivi: pensieri automatici negativi, triade cognitiva, distorsioni cognitive.

Sintomi motivazionali: demotivazione, autosvalutazione.

Sintomi comportamentali: passività, frequenti crisi di pianto, evitamento di situazioni precedentemente giudicate piacevoli

Sintomi fisiologici: disturbi del sonno.

La sintomatologia cognitiva è caratterizzata da pensieri automatici prevalentemente negativi, i cui contenuti sono il senso di fallimento, l'autosvalutazione, la perdita, la disperazione. La negatività che contraddistingue questi pensieri, secondo Beck, riguarda tre spetti: sé stesso, il mondo e il futuro, definita triade cognitiva. Dai racconti di Maria è possibile individuare molto facilmente questi tre aspetti:

Sé stessa: la donna tende a svalutare sé stessa, ad esprimere giudizi estremamente negativi su di sé, sulle proprie capacità e sul suo modo di essere, soprattutto in riferimento al suo ruolo di madre *“è tutta colpa mia, non sono stata una buona madre”, “sono troppo debole”, “non potrò mai essere felice, dovrò sempre rinunciare a qualcosa”*.

Il mondo: Maria giudica ingiusto ciò che le accade, afferma di non ricevere mai aiuto da nessuno *“capisco al volo se una persona ha bisogno di aiuto invece gli altri non lo capiscono mai”*, di essere sempre giudicata ma mai per quello che vale *“Io faccio sempre il mio dovere senza dire nulla, ma mai una gratificazione, chi non fa niente invece va avanti”*, di non essere amata nonostante tutti sacrifici fatti nella vita *“perché mio figlio non si rende conto di tutti i sacrifici che ho fatto per lui, perché è così egoista!”*.

Il futuro: la paziente guarda la futuro con negatività, afferma di non avere più fiducia in un cambiamento, ritiene che la sua vita sarà sempre così, caratterizzata da rinunce e sofferenza *“È come se io non potessi mai essere felice, non potessi avere tutto...o mio figlio o il mio compagno, tutto insieme no. È come se avessi questa maledizione. Pare che io non possa gioire, che se rido devo scontare quella risata”*.

Dai colloqui con la paziente è stato possibile rilevare le distorsioni cognitive messe in atto maggiormente dalla stessa, biases che durante la terapia saranno poi descritti alla paziente e sui quali si lavorerà. Le distorsioni cognitive individuate maggiormente sono:

Deduzione arbitraria e generalizzazione: trarre conclusioni in assenza di prove concrete o sulla base di episodi isolati. Questa risalta soprattutto nei discorsi relativi all'ambiente lavorativo, in cui Maria spesso racconta episodi in cui “secondo lei” i suoi colleghi e i suoi capi non la stimano, non apprezzano il suo lavoro. Pur dando a Maria il beneficio del dubbio, quando le ho chiesto quali

fossero le prove sulle quali basava questi pensieri mi ha sempre riportato sue sensazioni, sue interpretazioni dei comportamenti altrui.

Pensiero dicotomico e tendenza a darsi una colpa: tendenza a classificare le esperienze in categorie opposte e tendenza ad attribuire al proprio operato gli esiti delle situazioni, soprattutto se negative. Questo accade soprattutto nell'ambito della vita personale, nelle difficoltà con il figlio, con la madre e il compagno. Maria attribuisce alle sue scelte e al suo operato i problemi con il figlio, ritiene di non essere stata una buona madre e che altri avrebbero fatto meglio di lei. Afferma spesso di non poter avere ciò che desidera, di non poter essere felice e, dunque, di essere "condannata" a dover sempre rinunciare a qualcosa.

Inoltre, sono presenti molte doverizzazioni ed assolutizzazioni che portano Maria a scontrarsi costantemente con i suoi standard molto elevati.

L'interruzione dei rapporti con il figlio è ciò che ha attivato gli schemi depressogeni che hanno portato alla sintomatologia depressiva e che, una volta attivati, guidano tutto il processo di costruzione di significato degli eventi che sarà ricco di distorsioni. A questo punto Maria valuta tutto ciò che le accade sulla base della triade cognitiva, seleziona solo le informazioni che ne validano la veridicità, non considera ipotesi alternative e individua in sé stessa la colpevole dell'accaduto.

Seguendo ancora il modello di Beck è possibile individuare in Maria le caratteristiche tipiche di una personalità pre-depressiva, dunque vulnerabile alla depressione, di tipologia sociotropica. La paziente, infatti, è orientata verso i rapporti interpersonali, misura il proprio valore sulla base delle manifestazioni di affetto e di accettazione degli altri, e sul mantenimento di buone relazioni intime, temendo continuamente di essere abbandonata e rifiutata dagli altri. Questo accade non solo con il figlio, ma anche sul posto di lavoro e con gli amici.

Meccanismi di mantenimento

Il meccanismo di mantenimento individuato da Beck fa riferimento alle caratteristiche strutturali degli schemi depressogeni che, a loro volta, sono responsabili dei biases cognitivi. Nel soggetto depresso, infatti, la costruzione della realtà e il significato degli eventi sono effettuati sulla base di tali schemi dando vita a circoli viziosi.

Nel caso di Maria vediamo come la rigidità degli schemi depressogeni attivati, i cui contenuti sono quelli della triade cognitiva, portano la paziente ad attivare circoli viziosi; ad esempio la convinzione di dover arrivare a livelli di prestazione elevati che devono essere riconosciuti dall'esterno e la percezione di non farcela e, soprattutto, di non vedere riconosciuti i suoi sforzi e il

suo impegno, conducono Maria a sentimenti di autosvalutazione e sconfitta, con una conseguente diminuzione del senso di autoefficacia.

Un altro circolo vizioso attivo riguarda la paziente e il contesto familiare e sociale in cui vive.

I comportamenti che Maria mette in atto sulla base della triade cognitiva producono negli altri proprio gli effetti temuti. Ad esempio, Maria riferisce di non riuscire a stare in compagnia degli altri, soprattutto in situazioni goliardiche e con persone che non conoscono la sua situazione, tendendo così ad evitare i contesti sociali allargati. Afferma che la cosa che più la fa star male è vedere come gli altri la guardano e il fatto che le dicano *“Ma perché sei così triste, perché hai quella faccia, sei sempre così”*. Questo le dà la prova di quanto la sua sofferenza sia grande e visibile anche dall'esterno, pensa di non essere una buona compagna e di non riuscire ad avere interazioni sociali divertenti e serene in quanto la sua mente è continuamente presa dai suoi pensieri e il suo volto lo dimostra.

Tutto questo porta Maria a circondarsi solo di persone che conoscono la sua situazione, con le quali poter parlare e confrontarsi in cerca di consigli e soluzioni. Allo stesso tempo, però, teme di essere un peso per queste persone perché *“Parlo sempre di mio figlio, con il mio compagno, con i miei pochi amici, l'argomento è sempre lo stesso. Fino alla fine anche loro non mi vorranno più vedere come ha fatto lui. Che poi...come si fa a volere accanto una mamma così”*. Da questo si evince come la tristezza di Maria sia ormai la caratteristica che, a suo parere, la contraddistingue, tanto da temere di essere lasciata sola.

La ruminazione è sicuramente un ulteriore meccanismo di mantenimento per questa paziente *“Non riesco a non pensare a mio figlio, a come sia possibile che non voglia più vedermi. Lui è la persona più importante per me, ho fatto di tutto per lui. Mi domando sempre perché, cosa ho fatto di così terribile, cerco di trovare una risposta, qualcosa che mi aiuti a rassegnarmi, ma per quanto mi sforzi è tutto inutile. Mi sveglio al mattino pensando a questo, mi addormento la sera e mi sveglio la notte...e penso sempre a questo. E' come se questo pensiero fosse sempre lì, nella mia mente, pronto a farsi sentire. Non trovare soluzioni mi fa stare ancora peggio, penso che non mi rasseggerò mai, che non troverò mai pace e che starò sempre peggio”*. Questo estratto spiega molto bene il forte ruolo svolto dalla ruminazione nel mantenimento della sintomatologia depressiva in Maria. Studi sulla ruminazione depressiva, infatti, mostrano come essa influenzi negativamente i processi di pensiero e interferisca con il problem-solving riducendone le capacità di attivazione e rendendo sempre più complesso il processo di accettazione.

Scompenso

La paziente riferisce che la sintomatologia depressiva descritta sarebbe comparsa circa due anni fa, in seguito alla decisione del figlio di allontanarla dalla sua vita. Da allora, nonostante i tentativi di riappacificazione, la situazione non è cambiata e l'umore di Maria è peggiorato sempre più.

Dal colloquio con la paziente, tuttavia, emergono precedenti episodi depressivi, se pur di breve durata e legati a due lutti improvvisi, che si sono risolti senza far ricorso a terapie farmacologiche o psicoterapiche. Il primo risale al momento in cui il fidanzato è deceduto prima di sapere della gravidanza di Maria. La donna descrive quel momento come particolarmente doloroso e difficile da superare, racconta di aver trovato la forza nella gravidanza e nel bambino che è nato. Il secondo a seguito della morte del padre, nel 2009, cui era molto legata. Durante la psicoterapia, inoltre, è deceduta improvvisamente la madre, aggravando la sintomatologia depressiva già presente.

Vulnerabilità

La paziente riferisce di aver vissuto un'infanzia improntata al dovere. I genitori davano molta importanza alla scuola, per loro era la cosa più importante, e volevano che le figlie riuscissero bene negli studi *“il resto per loro non contava”*. Maria mi racconta di aver avuto un rapporto conflittuale con la madre, che a suo dire aveva una preferenza per la sorella. Non si impegnava molto a scuola, a differenza della sorella e si sentiva stupida e incapace di ottenere i suoi stessi risultati. L'unica cosa in cui era meglio di lei era il comportamento in casa. La sorella usciva spesso nonostante la madre non volesse, Maria invece, per assecondare il volere della madre, non chiedeva mai di uscire, e questo suo comportamento era ben visto e lodato dalla mamma, spingendo Maria a mantenerlo nel tempo nonostante significasse rinunciare alla vita sociale.

La paziente riferisce di essere cambiata in secondo liceo. Verso la fine dell'anno scolastico aveva conosciuto l'uomo che poi è diventato il suo fidanzato (padre di suo figlio): *“ Ricordo che andammo insieme a vedere i quadri e lui guardando i miei voti disse – Non ti vergogni!”* Maria racconta di essere cambiata da quel momento tanto da migliorare negli studi e riuscire a laurearsi in matematica. Raccontandomi questo episodio dice *“Sono cambiata per orgoglio, non accettavo che lui pensasse male di me. Molte cose che ho fatto nella vita le ho fatte per far piacere agli altri...”*.

Con il tempo Maria sembra aver mantenuto questo stile comportamentale. Riferisce di essere sempre stata accomodante con il figlio, di aver sempre pensato prima a lui e ai suoi bisogni, di aver sempre soffocato i suoi desideri per il bene di suo figlio *“ho anche rinunciato all'idea di avere un altro figlio per paura di perdere lui”*.

I lutti che hanno costellato la vita di Maria le hanno permesso di fortificare il suo pensiero negativo di non meritare di essere felice. Tutti i suoi racconti, costellati da crisi di pianto,

rimandano a questo suo vissuto di ingiustizia inaccettabile, che lei vivrebbe non solo nella vita personale, ma anche in quella lavorativa. Tutto ciò porta Maria a leggere la realtà in maniera dicotomica giusto/ingiusto e a sentirsi spesso in dovere di combattere per la giustizia. Quando non riesce nel suo intento si rinforza la concezione di sé di persona incapace e destinata a soffrire.

Terapia

La terapia ha inizio nel Giugno 2014, con frequenza media di una volta a settimana per un totale di circa 20 incontri, con intervalli durante il periodo estivo, natalizio e dovuti a viaggi di lavoro della paziente (durata complessiva Giugno 2014 - Aprile 2015). Successivamente, sono stati effettuati tre incontri di follow up a 3 e 6 mesi e dopo 1 anno.

Maria è arrivata in terapia con la richiesta di raggiungere i seguenti obiettivi: *“vorrei capire cosa non va in me, perché mio figlio non si rende conto di essere così egoista e non capisce i sacrifici che ho fatto, perché in ufficio mi trattano come vogliono tanto continuo a lavorare, perché mi sono fatta rovinare la vita dagli altri facendo sempre ciò che dicevano”*.

Il primo passo, dopo la fase di assessment è stato promuovere l’empirismo collaborativo al fine di instaurare una relazione improntata alla collaborazione tra terapeuta e paziente. Inizialmente ho fornito informazioni sul disturbo, spiegato le caratteristiche della sintomatologia, descritto le modalità di intervento possibili e le tecniche che avremmo potuto utilizzare. Inoltre, alla luce delle richieste di Maria, abbiamo ridefinito insieme gli obiettivi della terapia rendendoli specifici e concreti:

- ✓ alleviare la sintomatologia depressiva
- ✓ promuovere il processo di accettazione in riferimento alla situazione con il figlio
- ✓ effettuare un training assertivo finalizzato al miglioramento delle abilità comunicative e alla promozione del riconoscimento dei propri bisogni.

Inizialmente mi sono concentrata sul primo obiettivo: alleviare la sintomatologia depressiva iniziando a lavorare sui circoli viziosi attivi tra i sintomi utilizzando tecniche finalizzate alla riattivazione comportamentale. Ho chiesto alla paziente di compilare un diario in cui riportare le attività svolte giornalmente durante una settimana, il livello di piacere e il senso di bravura percepito; questo mi ha permesso di rilevare che la riduzione delle attività riguardava principalmente le attività di svago e i contesti sociali. Ho fatto notare alla paziente che prediligeva situazioni in cui svolgere compiti bene precisi, come quelle lavorative, a scapito di situazioni in cui doveva svolgere attività in passato considerate piacevoli o circondata da altre persone. Ho chiesto

alla paziente di fare un elenco delle attività che riteneva piacevoli prima del presentarsi della sintomatologia e l'ho invitata a sperimentare nuovamente tali attività, in modo graduale.

I passi eseguiti sono stati i seguenti:

- ✓ spiegare la finalità del compito: spezzare il circolo vizioso tra i sintomi e inattività
- ✓ scegliere le attività con la paziente dando la precedenza alle più semplici e gradite
- ✓ individuare i possibili ostacoli e discuterli insieme
- ✓ pianificare le attività e chiedere di eseguirle come se fosse un esperimento.

Maria ha iniziato a notare che l'esecuzione di attività piacevoli le permetteva di vivere brevi momenti in cui la sintomatologia depressiva e i pensieri ricorrenti erano meno frequenti, notando un lieve miglioramento del tono dell'umore e cominciando a confutare l'idea prevalente *"niente mi dà sollievo"* e *"sto male tutto il giorno"*.

Parallelamente mi sono concentrata sull'individuazione e la registrazione dei pensieri automatici utilizzando la tecnica degli ABC. L'obiettivo era di comprendere a pieno la costruzione della realtà del paziente cercando di individuare le tematiche e le regole ricorrenti. Dopo aver raccolto alcuni ABC durante i colloqui, ho spiegato alla paziente cosa fossero i pensieri automatici e iniziato ad addestrare Maria a riconoscere tali pensieri mostrandole il legame che intercorre tra pensieri, emozioni e comportamenti. Abbiamo iniziato a compilare alcuni ABC in seduta; scegliendo alcuni episodi concreti, ho chiesto a Maria di concentrarsi sull'emozione per poi individuare i pensieri presenti in quel momento. Con la paziente ho preferito scomporre la C in sensazioni, emozioni e comportamenti al fine di mostrarle con più chiarezza il legame esistente. Ecco un esempio:

A	B	C		
		Emozioni	Sensazioni	Comportamenti
Incontro una docente nel corridoio che mi chiede spiegazioni sul mancato pagamento delle borse di studio dicendo che il Rettore non comprende il motivo	<p>“Guarda questa, mi accusa di cose non vere!”</p> <p>“Perché nessuno mi dà ragione, perché continuano a far finta di nulla anche quando è palese da che parte è la verità?”</p>	Rabbia	Forte tensione muscolare	Ho risposto alzando la voce, mi sono allontanata e
		Delusione	e morsa allo stomaco	sono andata dal Rettore per spiegazioni.

Da questo ABC emerge l'interpretazione tipica della realtà attivata dalla paziente: il senso di ingiustizia percepito per il mancato riconoscimento del suo lavoro, la tendenza a percepire facilmente i commenti degli altri come attacchi personali. Il lavoro sugli ABC di questo tipo ci ha

permesso di rendere esplicite le distorsioni cognitive messe in atto più frequentemente dalla paziente, mostrandole come questi pensieri automatici attivino un'interpretazione negativa della realtà che conferma la triade cognitiva individuata.

Questi ABC, inoltre, sono stati la base di partenza per il secondo step: l'esame delle prove e l'individuazione di ipotesi alternative. Ho aiutato Maria ad analizzare i suoi pensieri automatici come se si trovasse in un esperimento, a cercare le prove a favore e a sfavore degli stessi, promuovendo un approccio più oggettivo alla realtà e diminuendo la tendenza a credere ciecamente ai suoi pensieri automatici. Questo lavoro mi ha permesso di spiegare a Maria che i suoi pensieri rappresentano una possibile interpretazione della realtà, ma che ce ne sono anche altre. Ho invitato, dunque, la paziente, ad allenarsi a considerare ipotesi alternative ai suoi pensieri automatici prima di considerare corretta la sua prima interpretazione degli eventi.

Parallelamente ho spiegato a Maria la tecnica del problem-solving, in quanto a volte può capitare che le sue ipotesi possano essere corrette e che non distorca negativamente la realtà, ma abbia semplicemente un problema da risolvere. La sintomatologia depressiva, però, porta la paziente a considerare alcuni problemi insormontabili; la tecnica del problem-solving ha permesso a Maria di osservare i suoi problemi in maniera più oggettiva e di seguire uno schema chiaro per giungere ad una soluzione, senza cadere nella sua tipica interpretazione degli eventi.

Terminato il lavoro sui pensieri automatici mi sono concentrata sul contenuto degli schemi depressogeni. In particolare abbiamo lavorato sul tema che abbiamo definito "Non sono adeguata". Questo è un tema ricorrente per Maria, che emerge soprattutto dai racconti riguardanti il figlio. Riporto un estratto che mostra la ricorrenza di questo tema e si ricollega al terzo step, la promozione dell'accettazione vista non come rassegnazione ma come presa di coscienza dell'impossibilità di modificare alcune situazioni e dell'importanza di convivere con tali condizioni proseguendo la propria vita.

Dopo circa 5 mesi dall'inizio della psicoterapia Maria riporta feedback positivi. Un giorno, però, mi riferisce di sentirsi particolarmente triste (P: paziente; T: terapeuta):

P: Da qualche giorno provo meno sofferenza, sono più serena rispetto a mio figlio. Che vuol dire?

T: Lei che spiegazione si è data?

P: Ho paura di dimenticarlo, di non volergli più bene come prima, e questo per una madre sarebbe terribile, mi confermerebbe che non sono una buona madre.

T: Pensa di volergli meno bene o di sentire meno la sua mancanza perché vive le sue giornate più serenamente e ci pensa meno?

P: Sì (inizia a piangere)

T: Pensa che i sentimenti si valutino in base alla frequenza dei pensieri, alla durata e a quanto si soffre?

P: Sì

T: Provi a pensare a suo figlio...prova sentimenti meno intensi e le manca meno?

P: No

T: Ok. Quindi è possibile che quello che sta sviluppando non sia un minore affetto ma un nuovo sentimento di accettazione? Sul quale sta lavorando molto da diversi mesi?

P: Forse sì, non so...

T: Provi a pensare a suo padre (il padre è deceduto diversi anni fa) Pensa a lui come qualche mese dopo la sua morte?

P: No, molto meno.

T: Pensa di volergli meno bene o di sentire meno la sua mancanza per questo?

P: No. Ho capito cosa intende. Sì forse sono io che tendo a farmi queste domande perché dico...ma come è possibile?

T: Secondo lei è possibile che inizi ad "osservare" questa situazione, l'assenza di suo figlio nella sua vita, ad accettarla nonostante le provochi sofferenza, e che ora riesca a concentrarsi su sé stessa e sulla sua vita dandole valore?

P: Sì...forse è questo che sta succedendo. Mi spaventa ma, in effetti, è quello su cui sto lavorando."

Nell'ultimo periodo della terapia mi sono concentrata sul training assertivo.

Da una valutazione delle abilità comunicative di Maria è emersa una prevalente tendenza a prediligere uno stile comunicativo di tipo passivo-aggressivo e la tendenza a non esprimere i propri bisogni o a farlo in maniera non adeguata e funzionale al loro soddisfacimento.

Ho spiegato a Maria le caratteristiche principali dei tre stili comunicativi e quanto la passività e l'aggressività contribuiscano a mantenere i circoli viziosi attivi e la sintomatologia depressiva.

La paziente si è riconosciuta facilmente nello stile comunicativo passivo-aggressivo ed ha accettato di lavorare sulle sue abilità assertive.

Il training assertivo permette ai pazienti di apprendere le giuste modalità per esprimere i propri bisogni e le proprie emozioni, riuscendo a rispettare maggiormente sé stessi e gli altri.

Gli step del training sono stati i seguenti:

Apprendere i principi dell'assertività: ho consegnato a Maria materiale informativo sugli stili comunicativi e sulle abilità assertive invitandola a discuterne insieme, in quanto inizialmente confondeva l'assertività con l'egoismo, considerandola qualcosa di negativo e socialmente inaccettabile.

Automonitoraggio e autovalutazione: ho insegnato a Maria a valutare e monitorare le sue modalità comunicative. Analizzando situazioni concrete ho invitato la paziente ad identificare lo stile utilizzato e a riformulare le sue risposte in maniera assertiva. Questo step ha richiesto molto allenamento prima in seduta e poi in vivo e pian piano Maria ha registrato i primi risultati.

Insegnamento delle tecniche assertive: sulla base delle difficoltà riportate da Maria abbiamo scelto alcune tecniche di comunicazione assertiva da apprendere durante il training. In particolare abbiamo selezionato: presentare il proprio punto di vista; manifestare il proprio disaccordo; fare una richiesta; dire di no. La paziente si è esercitata in seduta con simulazioni e role playing per poi utilizzarle nella vita di tutti i giorni.

Il training nello specifico è durato circa 8 incontri e Maria ne è stata entusiasta.

Nel contesto lavorativo è riuscita a ridurre la frequenza delle discussioni con i colleghi, ad esprimere i propri bisogni in modo adeguato (es. chiedere aiuto quando oberata di lavoro, rifiutare di svolgere attività che non le competono, manifestare il proprio disaccordo con modalità adeguate). Tutto ciò le ha permesso di vivere con maggiore tranquillità le giornate lavorative e, associato al lavoro di ristrutturazione cognitiva, le ha permesso di rivedere le sue modalità tipiche di interpretazione della realtà.

Il lavoro sull'assertività ha permesso a Maria di modificare anche il suo atteggiamento nei confronti del figlio. Ha smesso di inviargli soldi, cosa che reputava importante ma che era un grande sacrificio, comprendendo che avrebbe potuto trovare altre modalità per esprimergli comunque il suo affetto. Gli ha scritto una lettera in cui gli ha spiegato quanto per lei sia stato importante riuscire a ricostruire la sua vita sentimentale e che questo non ha mai modificato l'affetto che prova per lui. Gli ha rinnovato la sua presenza come madre dicendogli che, nonostante la sofferenza, avrebbe accettato la sua decisione ma non avrebbe cambiato idea sul suo rapporto con il compagno in quanto *“è giusto che anche io sia felice e questa persona mi rende felice”*. Maria mi ha letto questa lettera e mi ha descritto il senso di liberazione che ha provato quando l'ha scritta e quando l'ha spedita. Non sa se il figlio l'ha ricevuta ma per lei è sufficiente aver esternato tutto ciò che aveva dentro.

Abbiamo concluso i nostri incontri programmando 3 follow up dopo 3 e 6 mesi e dopo un anno.

La paziente ai tre incontri è apparsa maggiormente serena, l'espressione di tristezza sul suo volto non è più costante, la sintomatologia depressiva è diminuita notevolmente. Maria riferisce di vivere momenti di calo dell'umore ma meno intensi e di affrontarli sentendosi in grado di superarli. Mi racconta che la situazione con il figlio non è cambiata ma che riesce a convivere con questo pensiero, nonostante a volte si senta triste. A lavoro la situazione è migliorata, non si è più assentata per finte malattie e continua ad essere diligente come sempre, provando anche una maggiore gratificazione. Si dedica a sé, organizza attività piacevoli con il compagno e con gli amici più stretti. Riferisce, inoltre, di aver apprezzato molto il lavoro sull'assertività perché sente di aver appreso delle tecniche pratiche e di aver notato grossi cambiamenti nel suo rapporto con gli altri e anche nel suo modo di affrontare le situazioni.

Maria mi dice di essere molto soddisfatta del lavoro fatto, che la sua vita è diversa e si sente più forte ed in grado di affrontare i momenti difficili che prima la facevano sentire impotente.

Stefania Natale

Psicologa-Psicoterapeuta, Bari e Barletta

Specializzata a Lecce, training Roberto Mosticoni e Antonio Semerari

e- mail: stefania.natale82@gmail.com

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