

## Stefania: un caso di depressione *post-partum*

Vincenzo Adamo

### *Riassunto*

Confrontarsi con i cambiamenti della vita durante e dopo la gravidanza, con la cura del proprio bambino, con i suoi comportamenti e il suo carattere richiede enormi capacità di resistenza fisica ed emotiva. La depressione post-partum negli ultimi anni è una condizione psicopatologica che sta incrementando in maniera esponenziale tanto da essere definita “un ladro che ruba la maternità”. Il lavoro intende presentare un protocollo di trattamento della depressione post-partum – secondo il modello cognitivo comportamentale – in una donna di 40 anni, dopo la nascita del suo primo figlio. L’adozione di un contratto terapeutico ha favorito l’adesione della paziente al trattamento e il superamento delle varie difficoltà incontrate, questo ha permesso da un lato, il rinforzarsi di un’alleanza terapeutica e, dall’altro, il miglioramento dei rapporti con il partner, ma soprattutto con il proprio figlio.

### *Summary*

Coping with the changes of life during and after pregnancy, with the care of their child, with his behavior and his character requires enormous physical and emotional resilience. The post-natal depression in recent years is a psychopathological condition that is increasing exponentially so as to be defined as "a thief that steals motherhood. The work intends to submit a protocol to treat post-partum depression - according to the cognitive behavioral model - a woman 40 years after the birth of her first child. The adoption of a therapeutic contract has supported the accession of patient treatment and overcoming various difficulties, which allowed one hand to reinforce the therapeutic alliance and, secondly, improved relations with the partners, but especially with your son.

### **Presentazione della paziente**

Stefania ha 40 anni, è coniugata da 10 anni con Mario. Stefania lavora da vent’anni come impiegata presso la stessa azienda. Dal gennaio del 2009 è part-time. La madre è deceduta per ictus nel 1990, quando Stefania aveva 20 anni. Con il padre ha un rapporto conflittuale. Vive a stretto contatto con suo fratello e con la famiglia del marito. Quest’ultima ha familiarità per patologie psichiatriche: la cognata è in carico ad un Centro Psico Sociale (CPS) per disturbo di personalità borderline e i suoceri sono stati entrambi curati per episodi depressivi.

Vincenzo Adamo, Stefania: un caso di depressione post-partum, N. 6, 2010, pp. 81-92

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](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)

### **Contesto dell'invio**

Stefania giunge ricoverata presso un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) di Milano a settembre del 2009 dopo aver buttato dalla finestra del condominio dove abitava alcuni vestiti di suo figlio Gabriele, nato appena un mese prima, il marito preoccupato per le condizioni di salute della moglie e per l'accaduto ha telefonato al 118.

Diagnosi di ingresso: disturbo dell'umore.

### **Anamnesi**

Stefania racconta di un'infanzia trascorsa in allerta dei possibili litigi in casa; il rapporto tra i genitori era infatti caratterizzato da forte conflittualità. Ha perso sua madre nel 1990 a causa di un secondo ictus, il primo era sopraggiunto l'anno precedente, rendendola inferma. Stefania l'ha accudita continuamente durante l'intero periodo.

Ricorda con angoscia che sua madre non riusciva quasi a parlare e di avere desiderato, poi vissuto con sollievo, la sua morte. Riferisce di non aver pianto la perdita di sua madre e di aver reagito al lutto iperattivandosi sul lavoro e nelle faccende di casa.

Nel 1991 lascia il ragazzo con il quale è stata fidanzata 4 anni e nel 1995 ha conosciuto Mario, dopo quattro anni di rapporto altalenante è diventato suo marito.

Nel 2007 dopo otto anni di matrimonio ha scoperto di esser gravida ma ha abortito spontaneamente due mesi dopo. Quando nel 2009 ha scoperto di essere incinta si è sentita felice solo per poco, sentendosi più che altro preoccupata, soprattutto di perdere il bambino come era accaduto con la precedente gravidanza. Dal quinto mese di gravidanza ha sviluppato un profondo senso di affaticamento e il timore di non farcela. Gabriele è nato un mese prima della data presunta del parto a causa della presenza di una sofferenza fetale ed è stato in ricoverato in rianimazione neonatale una settimana.

Stefania ha percepito la mancanza di sostegno da parte dei suoi familiari ed anche il supporto iniziale della suocera è venuto a mancare, per via di una crisi della figlia affetta da disturbo di personalità borderline.

Questo disagio è stato vissuto da Stefania in silenzio, fino all'esordio sintomatico caratterizzato da: crisi di pianto, insonnia, sensazione di incapacità nel ruolo materno, sensazione di essere inutili, angoscia, spossatezza, mancanza di appetito, perdita di peso.

Fattori di rischio evidenziati in fase anamnestica:

Genitorialità conflittuale, scarso supporto sociale ed emotivo, difficoltà nella relazione di coppia, parto traumatico, convinzioni erranee legate alla maternità (“Devo essere felice”).

Tra questi anche fattori di personalità: ad esempio lo stile cognitivo caratterizzato da credenze negative su se stessa, sul mondo e sul futuro (triade di Beck).

### **Decorso clinico**

Stefania è stata ricoverata in SPDC tre settimane con terapia antidepressiva tipo SSRI, durante questo periodo non ha allattato al seno né ha visto suo figlio. Alla dimissione le è stato consigliato di continuare la terapia e di recarsi presso il proprio CPS di zona.

Diagnosi alla dimissione: Depressione post-partum.

Due settimane dopo la dimissione è stata nuovamente ricoverata per il persistere della sintomatologia, il marito ha riferito che Stefania non si è fatta seguire dall’equipe del CPS e non ha assunto alcun farmaco. Dopo altre tre settimane di ricovero è stata dimessa con terapia antidepressiva e con un programma psicoterapeutico iniziato in reparto una settimana prima della dimissione e continuato sul territorio.

### **Prospettive teoriche e implicazioni al trattamento cognitivo-comportamentale**

Alcuni recenti studi hanno dimostrato che l’abbinamento della terapia cognitivo-comportamentale ad un trattamento farmacologico, sotto stretto controllo medico, è tra i sistemi più efficaci per curare la depressione. Quando i soggetti sono depressi, cambiano i loro modo di pensare, di comportarsi e di sentire, sia i meccanismi biochimici del cervello, sui quali agiscono i farmaci antidepressivi. È stato documentato come il trattamento psicoterapeutico cognitivo-comportamentale possa essere migliore rispetto alla farmacoterapia per prevenire le ricadute future, frequenti in chi ha già avuto un episodio depressivo.

La terapia cognitivo-comportamentale (TCC), applicata alla depressione fin dagli anni ’70, evidenzia come parte di ciò che mantiene le persone in stato depressivo è il modo in cui esse guardano il mondo. Secondo questo approccio, il pessimismo, il senso di disperazione e l’autocritica, così caratteristici della depressione, sono il punto centrale per capire come una persona diventi depressa e come rimane in quello stato.

La TCC ha un duplice scopo:

- ridurre i tempi di guarigione;
- ridurre la possibilità di eventuali ricadute in futuro

Il terapeuta cognitivo comportamentale aiuterà la paziente ad identificare e cambiare i modi di pensare (fattori “cognitivi”) e i comportamenti (fattori “comportamentali”) distorti che la

mantengono in stato depressivo, a ristabilire i precedenti livelli di attività, a riprendere le proprie relazioni sociali, e soprattutto a prevenire eventuali ricadute riconoscendo i sintomi della depressione appena si manifestano.

La sequenza delle sedute prevede una prima fase di valutazione della sintomatologia, della personalità e della situazione generale della persona (frequentemente in questa fase vengono utilizzati questionari e scale di valutazione).

Nella seconda fase, chiamata del “trattamento attivo”, il paziente viene guidato dal terapeuta all’apprendimento delle tecniche comportamentali (cosa fare, cosa non fare e come fare) e cognitive (riconoscere e modificare uno stile di pensiero controproducente); in questa fase la persona e il terapeuta collaborano in modo continuo: il terapeuta presenta e “insegna” le tecniche, il perché siano efficaci, come metterle in pratica correggendo gli inevitabili iniziali errori di esecuzione; la persona ascolta, discute, confronta, prende nota dell’andamento della sintomatologia e mette in pratica le tecniche, in modo da discutere nella seduta successiva con il terapeuta, i risultati ottenuti e le difficoltà incontrate. La TCC continua, tra una seduta e l’altra, attraverso l’esecuzione dei cosiddetti “compiti a casa”, una componente molto importante della terapia, in quanto non solo obbligano il paziente ad “impegnarsi” nel processo di cambiamento, ma contribuiscono a dare un concreto ed immediato aiuto nel capire come la depressione influenzi negativamente la propria vita e nell’apprendere valide soluzioni ai problemi che essa porta con sé.

La terza e ultima fase consiste nel monitorare per alcuni mesi la capacità della persona di mettere in pratica in autonomia quanto appreso, fino al momento in cui, in accordo con il terapeuta, si decide che il percorso fatto insieme si è concluso.

Durante il ricovero Stefania affermò ”Io e mio marito abbiamo desiderato un figlio da tanto tempo, non avrei mai pensato di ritrovarmi dopo la nascita di Gabriele senza forze né la voglia di occuparmi di lui ed una tristezza infinita dentro di me. Mi è successo qualcosa di bello ma, non riesco a gioire!”

Per favorire la prosecuzione di un programma psicoterapeutico dopo la dimissione, la terapeuta ha incontrato Stefania la settimana prima della dimissione ospedaliera. L’incontro svolto in reparto ha avuto il principale scopo conoscitivo tra la paziente e la terapeuta. Viene fissato un successivo incontro dopo la dimissione. La paziente fu dimessa pochi giorni dopo con diagnosi di depressione post-partum e DDP NAS. Stefania dopo la dimissione ha continuato la terapia antidepressiva e un po’ più motivata rispetto alla dimissione precedente si è recata dalla terapeuta che aveva conosciuto in reparto.

Durante la seduta successiva la terapeuta ha completato l'anamnesi di Stefania e anche per aumentare la conoscenza della sua nuova paziente le ha dato i primi compiti a casa:

la compilazione della scala di Edinburgo (EPDS) è una scala specifica per la depressione post-partum e viene utilizzata per individuare la presenza e la gravità del disturbo. Punteggi superiori a 12 indicano spesso la presenza di una depressione post-partum. Ripetendo periodicamente la compilazione di questa scala è possibile monitorare l'andamento della depressione e dei risultati ottenuti attraverso l'applicazione del programma;

il grafico settimanale dell'umore permette di evidenziare eventi o aspetti particolari che possono influire positivamente o negativamente sull'andamento della depressione. Il grafico dell'umore contiene una scala del tono dell'umore da 0 a 100: 0 quando l'umore ha le caratteristiche della disperazione, e 100 quando ci si sente bene, euforici. Dovrebbe essere compilata ogni giorno più o meno alla stessa ora, facendo un segno in corrispondenza del tono dell'umore che si prova in quel momento. Se il punteggio è significativamente diverso occorre annotare cosa può aver influito sull'umore;

la scheda di registrazione settimanale delle attività: serve a prendere nota di tutte le attività, anche quelle più banali e scontate, svolte nell'arco della settimana, per capire se e quali relazioni ci sono tra le attività eseguite e il proprio stato d'animo. Ad ogni attività occorre attribuire un punteggio da 0 a 10 su quanto l'attività è stata piacevole e un altro punteggio, sempre compreso tra 0 e 10, per il senso di utilità provato.

Per chi è depresso e, oltre tutto, ha un neonato da accudire, può essere davvero non facile ed è ancora più meritorio se ci riesce; non è necessaria la perfetta riuscita dei compiti a casa, è già molto utile il solo fatto di impegnarsi e provare a fare del proprio meglio.

Tra i sintomi che caratterizzano la depressione, uno dei più importanti è quello di sentire di aver perso interesse per le attività che prima si facevano volentieri, arrivando a farle meno bene, sentendosi stanchi e svogliati anche se si è stati poco attivi.

È stato ampiamente dimostrato che l'isolamento e il trascurare i propri interessi mantengono e rafforzano l'umore depresso, perché, ad esempio, quando non si fa nulla di piacevole, la mente tende a concentrarsi su pensieri negativi, di svalutazione di se stessi. Al contrario le attività piacevoli e i contatti sociali contribuiscono a migliorare il tono dell'umore. La depressione è un segnale che indica che si è perso l'equilibrio tra attività piacevoli e quelle spiacevoli.

Osservando la scheda di registrazione settimanale di Stefania questo disequilibrio era ben evidente. Nello studio della sua terapeuta, Stefania fu invitata nell'incontro successivo ad elencare

alcune delle attività che le davano gioia nell'eseguirle, e le fu raccomandato di incrementare alcune di queste.

Per ottenere risultati ottimali in questa fase occorre rendere consapevole la propria paziente che le attività piacevoli vanno incrementate gradualmente e che non deve vergognarsi a chiedere aiuto a chiunque abbia la possibilità di farlo, dividendo i compiti da svolgere anche per la cura del bambino tra il proprio partner, fratelli, sorelle, cognate, genitori e suoceri, questo non rende la paziente una mamma incapace nel suo nuovo ruolo.

Uno degli elementi particolarmente importanti che Stefania riportò nello studio della sua terapeuta fu il vivere una sensazione di ansia ogni qualvolta si trovava in vicinanza di suo figlio. "Vicino a lui mi sento inadeguata e penso che si meriterebbe una madre migliore di me; mi sembra di non avere con lui nessun legame, un'ansia mi assale e mi blocca...!" racconta Stefania.

La terapeuta apprendendo questo tipo di informazioni ritenne utile trovare dei modi di gestire i momenti di maggior stress inserendo nella propria giornata alcune attività e tecniche rilassanti ed adottando il cosiddetto metodo strutturato di soluzione dei problemi (problem solving) prima di raggiungere livelli di tensione troppo elevati.

Le problematiche non risolte o risolte in modo insoddisfacente possono suscitare ansia e scoraggiamento, fino a portare alla depressione. Quest'ultima rende più difficile affrontare i problemi per cui si genera un circolo vizioso: meno si riesce a risolvere i problemi più questi diventano urgenti e numerosi, più ci si deprime.

Le due sedute successive vennero utilizzate per insegnare a Stefania una tecnica di rilassamento muscolare progressivo. Gli esercizi proposti in studio furono eseguiti nei giorni successivi a casa da Stefania riportando importanti miglioramenti. Durante queste settimane la paziente ha sempre mantenuto la compilazione delle schede di monitoraggio.

Durante il rilassamento gli impulsi che provengono dai vari nervi presenti nei muscoli cambiano la natura dei segnali inviati al cervello. Questo cambiamento porta un generale senso di calma, sia fisico che mentale. Il rilassamento muscolare ha un effetto diffuso sul sistema nervoso divenendo quindi sia un trattamento fisico sia un trattamento psicologico.

Un'immagine positiva di sé comporta maggiori capacità di autocontrollo, di intervento sulle situazioni e di soluzione dei problemi, in un "ambiente interno" rilassante. Questo consente di affrontare in modo positivo ansia e stress e di percepire le difficoltà non come occasioni negative di frustrazione, ma come ostacoli da superare abilmente.

In riferimento ai problemi riportati in studio da Stefania (Non avere tempo per se stessa, stare da sola con il proprio partner, avere problemi a conciliare famiglia e lavoro, essere da sola ad affrontare necessità della vita quotidiana), la terapeuta consigliò alla propria paziente di adottare le fasi del metodo strutturato di soluzione dei problemi. Questo metodo è costituito da sei fasi:

- definizione del problema: per riuscire a mantenere un atteggiamento pratico e concreto è utile vedere qualsiasi problema come un obiettivo da raggiungere, un ostacolo da superare;
- “brainstorming” o proporre soluzioni “a ruota libera”: spesso la depressione tende ad offuscare la fantasia, utile per questi soggetti è il consiglio di persone ritenute affidabili. Le soluzioni in questa fase non vengono discusse né criticate;
- valutare le soluzioni: in questa fase si discutono brevemente i vantaggi e gli svantaggi di ognuna delle soluzioni proposte;
- scelta della soluzione migliore: dopo aver preso in esame ogni soluzione, bisogna scegliere quella più adatta. Soprattutto all’inizio meglio scegliere soluzioni che si possono applicare presto senza dispendio di troppe energie, anche se non risolve del tutto il problema. Occorre evitare soluzioni con alto rischio di fallimento;
- fare un piano: un obiettivo complesso può essere suddiviso in sotto-obiettivi da raggiungere in sequenza, rende più facile impegnarsi. È necessario pensare ai possibili ostacoli e come superarli;
- verifica del piano: spesso i problemi non si risolvono e gli obiettivi non si raggiungono al primo tentativo. Utile è fissare dei momenti di verifica, se si sono raggiunti i risultati voluti o se si sono incontrati degli ostacoli imprevisti o più difficili dell’atteso.

Aggiungendo al suo programma giornaliero momenti di rilassamento e adottando alcune tecniche di problem solving si notarono ben presto dei miglioramenti nella nostra paziente.

Raggiungendo un graduale benessere Stefania iniziò anche a stare bene vicino al proprio figlio, interagendo con lui, giocando con lui. Questo tipo di dinamica è molto importante per i bambini, soprattutto quando sono particolarmente piccoli, giocare ed interagire con il proprio caregiver (di solito i propri genitori), permette loro di conoscere meglio se stessi, gli adulti che li circondano e l’ambiente circostante.

Secondo il modello cognitivo-comportamentale vi è uno stretto legame tra ciò che gli esseri umani sperimentano, ciò che pensano, le emozioni e i sentimenti che provano e i comportamenti e le azioni che mettono in pratica come conseguenza di ciò che hanno pensato e provato in una precisa situazione.

A livello cognitivo, vengono insegnati ai pazienti tecniche di terapia cognitiva in modo che possano correggere i loro pensieri distorti in senso negativo e pensare in maniera più realistica.

Già negli anni sessanta, Beck sostenne che la depressione è caratterizzata da credenze negative su se stessa, sul mondo e sul futuro (triade di Beck). I pensieri disfunzionali che alimentano queste credenze spesso hanno origine in età precoce, e sono diventati così abituali da essere automatici. Questi pensieri disfunzionali compromettono la capacità di reagire alle situazioni, creando un circolo vizioso.

Quanto sopra riportato dipende dalla tendenza ad osservare la realtà, interpretarla o valutarla in modo non obiettivo, ma eccessivamente negativo, estremizzato. Tra i principali errori di interpretazione ricordiamo:

- saltare alle conclusioni
- generalizzare
- pensare in modo dicotomico
- catastrofizzare: tendenza ad esagerare gli aspetti negativi
- filtrare la realtà: la paziente presta attenzione solo agli elementi che confermano le proprie aspettative
- giudicare in base alle emozioni: pensare che il fatto di essere depressi significhi davvero valere poco, così anche chiedere aiuto agli altri
- sopravvalutare l'importanza di un evento passato sul presente o le conseguenze di un evento presente sul futuro.

All'inizio cercare di identificare i pensieri disfunzionali può essere sgradevole, perché il farvi attenzione può portare a sentirsi momentaneamente peggio. Normalmente vi è un forte legame tra il grado di malessere e il grado di convinzione, cioè quanto più la nostra paziente è convinta della veridicità di un pensiero tanto più tende a reagire emotivamente in modo intenso e, viceversa, quanto più quello stesso pensiero è considerato una sciocchezza e privo di fondamento tanto più facilmente lascia indifferenti. Utile può essere l'utilizzo del registro dei pensieri negativi e delle conseguenze sull'umore e sul comportamento, scheda in cui compaiono le tre colonne ABC dell'analisi funzionale del cognitivismo dove A sta per evento attivante, B per behavior (comportamento del soggetto in risposta alle stimolazioni ambientali), C sta per conseguenze connesse alle risposte del paziente.

L'uso della griglia ABC consente al counselor di rendere perspicuo agli occhi dell'interlocutore il gioco delle variabili che costituiscono i dati del problema e di mostrarne l'origine nelle relazioni



disfunzionali tra esse esistenti, comprese quelle di natura collusiva. I mezzi sono quelli del linguaggio fattuale e operativo, e l'obiettivo è quello della chiarezza e della distinzione: chiarire la natura dei fatti e delle relazioni tra di loro, e distinguere i fatti dalle regole utilizzate per interpretarli.

Secondo il modello cognitivo-comportamentale, gli errori di interpretazione e le pretese assolute generano pensieri disfunzionali, che sostengono ed aggravano la depressione, dando luogo ad una spirale depressiva. Per interrompere questo circolo vizioso, oltre a riprendere a svolgere attività piacevoli e ad affrontare i problemi che assillano i soggetti con un metodo più efficace, utile è individuare e contrastare i pensieri disfunzionali e le pretese assolute.

Nella CBT il terapeuta può intervenire direttamente per interrompere gli schemi di pensiero disfunzionali e lavora attivamente con i pazienti per imparare e mettere in pratica alternative comportamentali più logiche rispetto alle proprie distruttive.

La nostra paziente Stefania spesso osservava il proprio partner come una figura molto più competente nella gestione quotidiana del proprio figlio e questo generava da un lato in lei rabbia e allo stesso tempo deflessione del tono dell'umore. Nel partner l'atteggiamento di Stefania creava un senso di non gratitudine.

Un efficace strumento per valutare, e in seguito contrastare meglio i pensieri negativi e i loro effetti, consiste nel dare a ogni pensiero identificato un punteggio relativo al malessere provato su una scala soggettiva (Punteggio Soggettivo di Malessere – PSM). Il punteggio va da 0, completo benessere, a 100, in presenza di ansia, depressione, malessere. Questi punteggi aiutano a capire come l'umore varia nel corso delle giornate.

Un'altra misurazione utile da evidenziare nel processo di analisi e critica dei pensieri automatici e disfunzionali è relativa al grado di convinzione, cioè a quanto tali pensieri sono percepiti come credibili e veri. La valutazione viene fatta sempre su una scala soggettiva da 0, pensiero non credibile, a 100, pensiero totalmente credibile. Con questa tecnica è possibile constatare come la paziente creda di più ad alcuni pensieri rispetto ad altri e che la forza di convinzione può variare nel tempo.

I soggetti depressi tendono a notare e a ricordare solo gli aspetti negativi e a interpretare i fatti sotto l'effetto dell'influenza distortiva degli errori di ragionamento. La ricerca degli errori di interpretazione aiuta a prendere le distanze dai pensieri automatici e a sviluppare pensieri alternativi più obiettivi: questa fase del processo di valutazione e analisi critica dei pensieri automatici

disfunzionali corrisponde al momento in cui ci si accorge che ciò che si vede è filtrato dalle lenti della depressione.

Per raggiungere questo obiettivo, Stefania venne invitata a compilare una nuova scheda, utile a farle comprendere quali prove ci siano a favore di alcune convinzioni presenti nella paziente. Questo nuovo compito permette di farle comprendere la differenza tra realtà e impressioni e l'hanno spronata a fare uno sforzo obiettivo a favore e contro il pensiero preso in considerazione, indipendentemente da quanto lei stessa lo considerasse personalmente credibile.

Lo scopo è quello di mettere in dubbio la veridicità assoluta dei pensieri automatici per favorire la ricerca di pensieri alternativi più utili e funzionali a promuovere il benessere e la capacità di raggiungere i propri obiettivi.

I risultati ottenuti possono essere integrati allo schema ABC aggiungendo il grado di malessere, il grado di convinzione e la scoperta degli errori di interpretazione nascosti nei pensieri automatici (Fig. 1).

Data – situazione attivante (A)	Pensieri disfunzionali (B) – grado di convinzione 0/100	Conseguenze (C) – punteggio soggettivo di malessere (PSM) 0/100	Errori di interpretazione della realtà
------------------------------------	---	---	--

*Fig. 1 Registro dei pensieri negativi e delle loro conseguenze sull'umore e sul comportamento integrato con nuovi compiti*

Dopo aver individuato in modo dettagliato cosa rende disfunzionale un pensiero, è possibile modificarlo in modo tale da renderlo più funzionale, utile può essere far chiedere alla paziente aiuto a qualcuno che considera equilibrato e affidabile, oppure chiedere come la paziente stessa valutava una determinata situazione quando stava bene.

Naturalmente all'inizio può bastare riuscire a mettere in dubbio i vecchi pensieri disfunzionali, anche se non si riesce ad avere pensieri diversi efficaci. È necessario del tempo per cambiare abitudini.

Riflettere sui propri pensieri disfunzionali e contrastarli non è una cosa che si fa normalmente, per cui non sorprende che possa essere difficile trovare pensieri diversi dai pensieri disfunzionali a cui si è abituati.

Spesso il paziente può riferire, anche a terapia inoltrata, di sentirsi ancora depresso, questa impressione è legata alla difficoltà che il soggetto incontra ad adottare il nuovo modo di pensare; finché questo non avverrà non ci si libererà completamente del disturbo. Utile è focalizzare l'attenzione sui miglioramenti riportati.

Il processo può essere schematizzato in un nuovo modello costituito da cinque colonne: le prime tre corrispondono allo schema ABC sopra descritto, a cui seguiranno altre due colonne: una per descrivere i pensieri alternativi funzionali e l'ultima per descrivere le conseguenze emotive come risultato dei nuovi pensieri (Fig. 2).

In generale i progressi non hanno un andamento regolare e costante ma talvolta sono rapidi altre invece hanno un andamento talmente lento da sembrare inesistenti.

Si hanno quindi spesso continue oscillazioni, con alternanza di giorni in cui si sta meglio, altri di stabilità e altri in cui si sta peggio. Il grafico dell'umore indica i miglioramenti compiuti.

Se il paziente è convinto di non esser migliorato, è opportuno farlo riflettere sul fatto che le tecniche imparate potranno tornare utili anche in futuro e sulle tre principali componenti della CBT della depressione:

continuare a coltivare attività piacevoli e rilassanti, danno conforto e sollievo e contribuiscono a migliorare l'umore;

applicare il metodo strutturato di soluzione dei problemi: aiuta ad essere attive, affrontare i problemi e a gestire con maggiore efficacia gli ostacoli quotidiani;

identificare e contrastare i pensieri disfunzionali e le pretese assolute.

La CBT è senza dubbio la forma di psicoterapia più estesamente esaminata per la depressione. In una review della letteratura (Dobson K., 1989), una delle più corrette metodologicamente, rilevava che basandosi sui punteggi Beck Depression Inventory, i pazienti trattati con CBT miglioravano più del 98% rispetto ad un gruppo di controllo, più del 70% di quelli che facevano una terapia comportamentale e più del 70% dei pazienti trattati con farmaci.

Data Situazione attivante (A)	Pensieri disfunzionali (B) – grado di convinzione 0/100	Conseguenze (C) PSM 0/100	Pensieri alternativi funzionali (D) – grado di convinz. 0/100	Conseguenze (E) – PSM 0/100
25 ottobre Gabriele piange inconsolabile, ha una colica	Non so cosa fare. Una brava mamma saprebbe cosa fare, io no! 80/100	Depressione 80/100 Impotenza 100/100 Senso di colpa 90/100	Le coliche sono difficili da eliminare. Ho provato a fare tutto quello che una brava mamma avrebbe fatto. Posso solo cullarlo ed esser paziente 75/100	Senso di controllo della situazione 70/100 Più rilassata 50/100 Più speranzosa 80/100

Fig. 2 Esempio tratto dai compiti a casa di Stefania

Alcuni dati suggeriscono che pazienti trattati con CBT, da sola o in combinazione con il trattamento farmacologico, hanno un tasso di ricadute inferiore rispetto a quelli trattati con sola psicoterapia o con la terapia dinamica (Murphy E., 1986).

La nostra mente può essere il miglior alleato o il peggior nemico: dipende dall'uso che ne facciamo.

**Dr Vincenzo Adamo**

**Esperto in Psicopatologia giuridica Criminologia clinica e Psicologia  
investigativa**

**Specializzando presso l'Academy of Behavioral Sciences (AcaBS) Reggio  
Emilia**

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail  
personale, se fornita, o a quella della rivista:*

[psicoterapeutiinformazione@apc.it](mailto: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](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)