

## Stefano: depressione con tratti di personalità paranoide

Paola Mallozzi<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva

### *Riassunto*

Il presente lavoro descrive il trattamento cognitivo comportamentale di un paziente di 51 anni con diagnosi di Depressione e tratti di personalità paranoidei. Il contratto terapeutico è stato incentrato sulla necessità di ridurre il rimuginio e i cicli interpersonali, per potersi occupare della pervasività di rabbia ed aggressività e dei sintomi depressivi. Scopo della terapia è stato il favorire nel paziente la formulazione di ipotesi alternative di lettura delle condotte dell'altro, definendone i pensieri, le emozioni e gli scopi.

### **Stefano: depression with paranoid personality traits**

### *Summary*

The present work describes the cognitive behavioral treatment of a 51 years old patient with a diagnosis of depression and paranoid personality traits. The therapeutic contract has been focused on the need to reduce the brooding and interpersonal cycles, in order to tackle the pervasiveness of anger and aggression and depressive symptoms. The aim of treatment is to encourage the patient in the formulating alternative hypothesis of reading others' behaviors, defining their thoughts, emotions and purposes.

### **Storia di vita**

Stefano ha 51 anni, vive a Roma dove lavora come cuoco. Il nucleo familiare d'origine è composto da: padre (deceduto circa dieci anni fa), madre e tre fratelli più piccoli. Il padre viene descritto come succube della moglie, e poco interessato alle dinamiche familiari. Rispetto alla madre riferisce di un atteggiamento differente nei confronti dei figli "io e mia sorella eravamo figli di serie B, gli altri due di serie A". Sembra che durante l'infanzia il paziente sia stato spesso punito anche per colpe dei fratelli minori con l'accusa di non aver badato loro in quanto primogenito e a quattordici anni viene mandato a lavorare per aiutare il sostentamento familiare. Inoltre Stefano non

Paola Mallozzi, *Stefano: depressione con tratti di personalità paranoide*, N. 13, 2014, pp. 117-127.

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)

si è mai sentito sostenuto nei momenti più difficili: si è sentito ostacolato anziché supportato dai genitori, che lo hanno sempre accusato di essere causa egli stesso dei suoi problemi. Ha interrotto i rapporti con i familiari dopo una serie di litigi.

Ha vissuto una travagliata vicenda di separazione seguita al primo matrimonio. Si sposa a 19 anni con una ragazza 17enne con cui era fidanzato da 8 mesi e che rimane incinta. Dal matrimonio nascono due figli, oggi di 29 e 25 anni. Racconta di un matrimonio di contrasti e momenti violenti, a causa del comportamento aggressivo della moglie. Il matrimonio finisce dopo cinque anni e comincia una tormentata battaglia legale (la moglie gli impediva di vedere i figli con mille scuse), che dura ancora oggi perché i figli pretendono gli alimenti, nonostante, a dire di Stefano, lavorino. I figli si rifiutano di incontrarlo dal 1998, il paziente sostiene per assecondare il volere della madre.

Dopo la separazione la situazione economica di Stefano diventa sempre più critica: perde il lavoro e si trasferisce a casa della madre, ma la convivenza nel nucleo familiare dura solo tre mesi, il paziente non sopporta più i continui rimproveri rispetto al matrimonio fallito e le richieste di partecipazione economica alle spese familiari e decide di andare a vivere in macchina. Riferisce di non aver mai smesso di cercare lavoro, ma di essere riuscito a trovare solo impieghi non continuativi.

Nel 2005 si sposa con l'attuale moglie, con la quale riferisce di avere un ottimo rapporto, trova un lavoro, riesce a comprare un appartamento, ma quando sembra essersi "rimesso in piedi" subentra la depressione "ho cominciato a pensare che avrei potuto perdere da un momento all'altro quello che ero riuscito ad ottenere, a temere che potesse succedere qualcosa di negativo".

In passato ha seguito terapia farmacologica con Cymbalta, Daparox, ad oggi segue la seguente terapia: Xanax, Dropaxin, Risperdal.

Stefano arriva al CSM a Novembre 2012, a seguito dell'interruzione, dopo circa otto mesi, di una terapia privata a causa di problemi economici. Il paziente si rivolge alla precedente terapeuta dopo un tentativo di suicidio da cui è uscito illeso, ma che lo rende consapevole di aver bisogno di aiuto (si scontra volontariamente con un autobus mentre è in moto - vedi profilo interno).

### **Descrizione del problema**

Stefano riferisce che i suoi problemi nascono a partire dal rapporto con gli altri (specialmente con figli e famiglia d'origine). Lamenta forte irritabilità con discontrollo degli impulsi, umore depresso, rimuginio, preoccupazione ansiosa e previsione di danneggiamento.

Scarso controllo emotivo e discontrollo degli impulsi: le incomprensioni con la famiglia di origine e con i figli rappresentano per il paziente un vissuto doloroso ed opprimente, incontrollabile ed ingestibile che lo porta al tentativo di suicidio.

Inoltre, appena ritiene di aver subito un torto non contiene la sua rabbia e reagisce con aggressività verbale: racconta di liti frequenti per esempio nel traffico o sul posto di lavoro.

Umore depresso: pensieri automatici negativi relativi al fallimento, alla perdita, all'impotenza, all'ingiustizia e pensieri negativi riguardo se stesso "sono un fallito", il mondo "la vita è ingiusta, nessuno mi è riconoscente", il futuro "non cambierà mai niente" (triade cognitiva). Stefano non riesce a vedere le cose positive che gli accadono, temendo sempre che la catastrofe sia dietro l'angolo (timore di perdere quello che è riuscito a conquistare) e riferisce disturbi del sonno (5-6 ore di sonno a notte con frequenti risvegli).

Rimuginio: pensieri intrusivi con contenuti di torto e ingiustizia subita, riguardanti soprattutto la sfera familiare ed il rapporto con i figli.

Riferisce una profonda rabbia nei confronti:

- di se stesso: rimproverandosi di non aver saputo gestire la sua vita (riferendosi al fallimento del precedente matrimonio, alla mancanza di un lavoro fisso) e di non aver saputo rischiare (per esempio intraprendendo un'attività lavorativa autonoma).

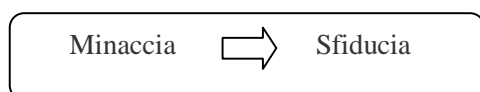
- della madre: per essergli stata sempre contro e di poco aiuto definendo il litigio che ha portato alla rottura definitiva una liberazione da problemi e discussioni.

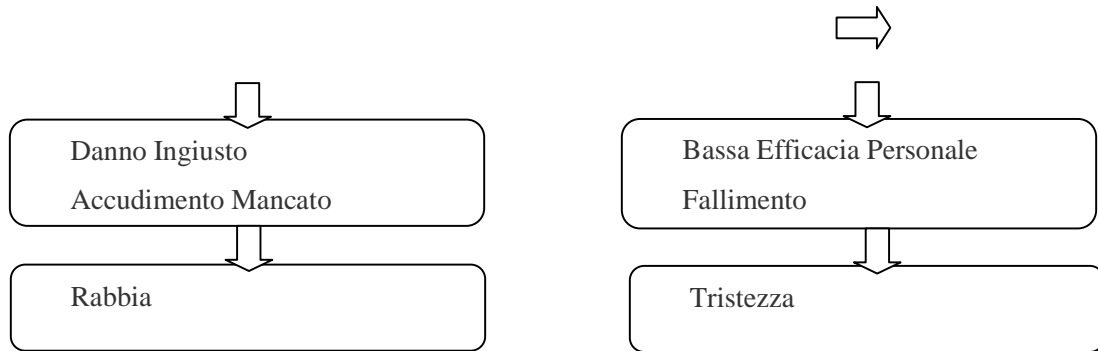
- della prima moglie: che definisce falsa e portatrice di problemi.

Aspetto di personalità paranoide: il paziente è in perenne allarme nei confronti dell'ambiente. In particolare nei confronti della ex moglie, alla quale attribuisce l'origine di ogni suo male, e nei confronti dei colleghi di lavoro e degli amici, di cui dice di non fidarsi, sospettando che lo vogliano danneggiare o ingannare, anche senza averne ragioni evidenti. La sfiducia negli altri sembra riflettersi anche in una carente rete sociale: Stefano infatti riferisce di non confidarsi con nessuno, ad esclusione della moglie, per il timore che le informazioni possano poi essere usate contro di lui. Infine, lo stato di allarme sembra portarlo a scorgere spesso nelle parole degli altri offese alla propria immagine, a cui reagisce sempre con comportamenti aggressivi.

### **Profilo interno del disturbo**

Due ricorrenti assetti mentali definiscono il nucleo della sofferenza psicologica presentata dal paziente: da un lato rabbia e desiderio di vendetta, dall'altro aspetti depressivi.





A	B	C
Programma televisivo: storia di un padre separato con problemi economici	Posso capire cosa prova, è terribile perdere tutto da un momento all'altro	Tristezza, angoscia
A'=A	B'	C'
	Non è giusto quello che mi è accaduto Ancora vogliono soldi da me, ma la pagheranno I miei figli non mi riconoscono e non mi vogliono bene	Rabbia (Torto subito)
A''=C'	B''	C''
	Questa storia non finirà mai, non mi libererò mai di questa sofferenza	Impotenza ↓ Umore depresso

Stefano racconta frequenti episodi in cui la tristezza viene rapidamente sostituita dalla rabbia, soprattutto se rievocano scene dolorose del passato, ancora vivide e presenti nella sua vita. La rappresentazione della minaccia è pervasiva anche nel ricordo, nella rievocazione di alcuni episodi al punto che le reazioni neurovegetative si presentano anche al semplice rievocare una situazione problematica. In generale, i desideri di vendetta non trovano concretezza, cedendo il posto ad una frustrante rassegnazione.

A	B	C
In moto	<p>Non ho lavoro, i miei figli non vogliono vedermi, ho ancora cause in corso, sono stato calunniato, odio mia madre...</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Mi sono scocciato di vivere questa vita</p>	<p>Rabbia (Impotenza)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Si scaglia contro un pullman</p>

Il tentato suicidio di Stefano è stato il risultato di sentimenti di rabbia e impotenza derivanti da pensieri di perdita e delusione di cui il paziente in quel momento non riesce a liberarsi e che lo portano a desiderare di farla finita come unico mezzo per svincolarsi da una vita deludente ed ingiusta.

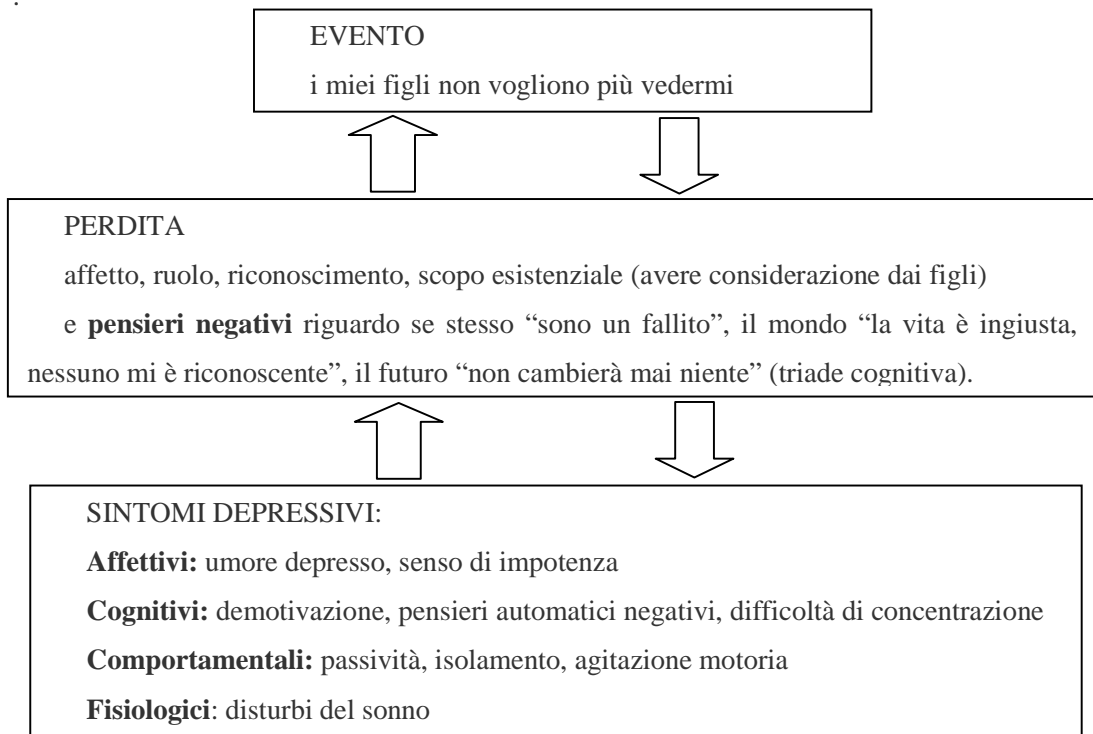
A	B	C
La situazione economica si è risanata	Potrei perdere il lavoro e non trovarne un altro alla mia età	Ansia
A'=C	B'	C'
	<p>Non avrò mai un lavoro fisso Ho fatto troppi errori</p>	<p>Tristezza, Impotenza</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Umore depresso</p>

L'ansia e la tristezza sono i connotati affettivi di uno stato mentale impotente, sopraffatto da credenze relative la propria incapacità e mancanza di speranza rispetto all'idea di una vita appagante e serena.

A	B	C
Collega in difficoltà, gli altri se ne approfittano	Non è giusto se la prendono con il più debole	<p>Rabbia</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Lo difendo</p>

A'=C	B'	C'
	Ora "mi silureranno", sono tutti dei vigliacchi	Rabbia, Torto subito

Stefano ha una tendenza a difendere le persone in difficoltà, ma riferisce che ogni volta che accade le persone gli si ritorcono contro. Racconta vari episodi sul luogo di lavoro in cui per difendere un collega è stato poi licenziato senza essere a sua volta difeso. Racconta di episodi simili anche in ambito familiare "ho sempre difeso ed aiutato mia sorella, ma alla fine lei si è approfittata di me".



Schema Riassuntivo del modello cognitivo della Depressione (Perdighe, Mancini, 2008)

### Fattori e processi di mantenimento

*Attenzione Selettiva - Rimuginio.* Le aspettative negative sulla vita e lo stato mentale di ritenere che gli altri lo "vogliano fregare" e che gli facciano sicuramente del male, portano il paziente a focalizzare l'attenzione sugli stimoli negativi e ad ignorare quelli positivi. Lo stato di allerta canalizza l'attenzione sulla ricerca di prove a favore dell'ipotesi negativa aumentando il rimuginio. Questo, da un lato aumenta lo stato di allarme, dall'altro lo porta ad errori di valutazione e a saltare

subito alle conclusioni. Il riesame dell'accaduto poi riporta alla mente del paziente la lunga sequenza di fallimenti, con un effetto di sovrastima del danno e di potenziamento della vividezza delle memorie spiacevoli passate.

*Cicli interpersonali.* L'atteggiamento fortemente sospettoso ed aggressivo, mette in allarme un possibile interlocutore che può a sua volta sentirsi minacciato o malvoluto. Questo potrebbe comportare che la persona lo aggredisca dimostrando l'avverarsi dell'ipotesi, con effetto di rinforzo delle sue convinzioni. Inoltre le risposte aggressive del paziente derivanti dalla percezione di un torto subito, sembra comunicare un senso di sfida che sollecita nell'altro l'adozione di condotte di difesa e diffidenza.

### **Scompenso**

Stefano riconduce l'inizio della sintomatologia al periodo del matrimonio con peggioramento dopo la separazione. Riferisce un'enorme differenza tra la sua vita prima del matrimonio e la sua vita dopo il matrimonio, come se ci fosse stato un taglio netto: prima era una persona riflessiva, che affrontava le difficoltà con serenità e con meno timori, dopo si è depresso con idee di fallimento e perdita.

### **Vulnerabilità**

*Vulnerabilità storica.* Fattori relazioni con le figure di attaccamento: si può ipotizzare che l'atteggiamento materno invalidante e poco disponibile ad accogliere i bisogni del figlio possa aver favorito la costruzione di uno schema sé-altro conformato all'aspettativa del rifiuto e del danno. La percezione dell'altro come malevolo potrebbe derivare da uno schema interpersonale in cui l'altro non solo disattende i suoi bisogni, ma tende anche a svilire, deridere, mettere in difficoltà. Inoltre l'esperienza negativa del matrimonio e la conseguente separazione hanno peggiorato la credenza di non poter contare sull'ambiente circostante.

*Vulnerabilità attuale.* La situazione di conflitto con i figli ancora in essere e la mancanza di un lavoro fisso mantengono la visione negativa della realtà.

### **Terapia**

La prima fase della terapia è stata dedicata alla definizione del problema e all'identificazione degli stati mentali associati agli episodi critici riferiti dal paziente. Attraverso la tecnica dell'ABC sono state ricostruite le valutazioni e le correlazioni tra l'evento problematico e le risposte emotive/comportamentali del paziente.

Quanto emerso nell'assessment è stato "restituito" al paziente per condividere una prima formulazione degli obiettivi terapeutici e per creare un clima collaborativo e di fiducia. La

condivisione dello schema con il paziente ha avuto lo scopo inoltre di addestramento all'auto-osservazione ed al riconoscimento dello schema stesso per renderlo consapevole di quello che gli accade. In particolare, il contratto terapeutico è stato incentrato sulla necessità di ridurre innanzitutto il rimuginò e i cicli interpersonali, per poi potersi occupare della pervasività di rabbia ed aggressività e dei sintomi depressivi. Successivamente si è deciso di lavorare sugli aspetti di personalità paranoidei.

*Intervento sul rimuginò.* Sono state fornite al paziente informazioni e spiegazioni su tale processo cognitivo, evidenziando come uno degli effetti paradossali ad esso connessi è l'amplificazione dello stato depressivo. E' stato chiesto al paziente di cercare di automonitorarsi negli episodi che suscitano in lui rabbia cercando di "distrarsi" dal pensiero scongiurando il loop del rimuginò. Per esemplificarne concretamente gli esiti negativi, gli è stato chiesto di confrontare in seduta due diverse situazioni realmente accadute: una in cui aveva assecondato la sua modalità abituale di pensiero, una seconda, invece, in cui era riuscito a mettere in pratica una serie di attività distraenti precedentemente pianificate. Il confronto ha dimostrato una netta riduzione dell'intensità emotiva nella seconda condizione, offrendo una dimostrazione dell'effetto di intensificazione emotiva causata dal rimuginò.

A	B	C
Fotografie dei figli su facebook	Non è giusto il loro comportamento nei miei confronti Voglio fargliela pagare	Rabbia ↓ Voglio spaccare il mondo
A'=C	B'	C'
	Ma cosa sto facendo? Non devo pensarci, mi devo distrarre	Rilassamento

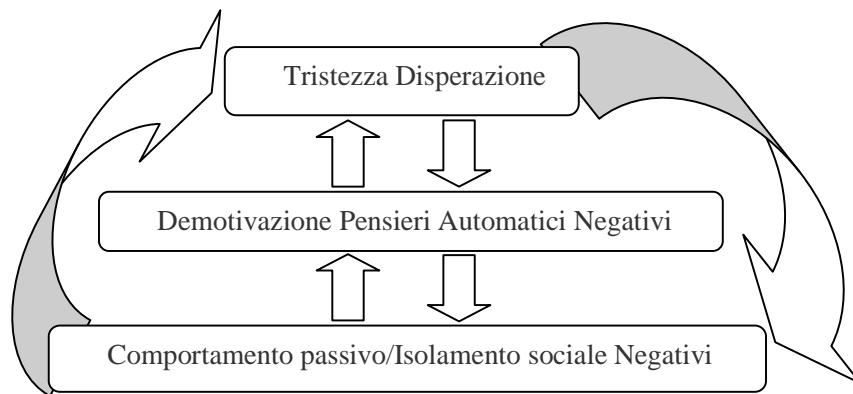
*Intervento sui cicli interpersonali.* Si è ricostruito il ciclo interpersonale problematico, discutendo con il paziente su come la sensazione di torto subito rimandasse atteggiamenti sfidanti e aggressivi tali da ingenerare un comportamento sospettoso ed altrettanto aggressivo da parte dell'altro, in maniera del tutto congruente con le sue aspettative.

*Intervento sulla rabbia.* Spiegazione del circolo vizioso: al paziente è stato spiegato che focalizzare l'attenzione su eventi che gli inducono rabbia induca un effetto di amplificazione della percezione stessa. E' stata utilizzata la tecnica costi-benefici e la tecnica della torta per far



comprendere al paziente il costo del comportamento rabbioso e le alternative possibili a tale comportamento.

*Intervento sull'umore depresso.* Costantemente si è portata l'attenzione sui progressi raggiunti mettendo in discussione l'idea di incapacità. Il tono ironico ha prodotto un clima di normalizzazione dello stato problematico, facendo scoprire al paziente che le sue reazioni appartengono alla varietà dei comportamenti umani. Sono state utilizzate tecniche dell'ACT e il diario delle attività piacevoli al fine di ridurre il rimuginio depressivo. E' stato spiegato a Stefano il circolo vizioso della faticabilità/passività: più si sente stanco, più riduce il suo comportamento attivo, anche come tentativo di risolvere la stanchezza stessa, più aumenta il senso di fatica risultando così un tentativo di soluzione disfunzionale (Mancini, 1998). Inoltre, sentendosi senza energie potrà convincersi ancora di più di non essere in grado, rinforzando ulteriormente la convinzione disfunzionale e quindi riducendo sempre di più il comportamento attivo.



*Intervento sull'aspetto di personalità paranoide.* E' stato chiesto al paziente in seduta di riportare eventi realmente accaduti cercando di formulare ipotesi alternative di lettura delle condotte dell'altro, definendone i pensieri, le emozioni e gli scopi (per esempio sulla motivazione per cui i figli non vogliono vederlo). Al fine di modificare la rappresentazione della mente dell'altro si è utilizzata la tecnica della torta e la tecnica del doppio standard.

Stato attuale della patologia del paziente.

Attualmente, pur rimanendo stabili le preoccupazioni relative al futuro, si registra un'attenuazione dei processi di rimuginio e, conseguentemente, dell'ansia che ne deriva. D'accordo con lo psichiatra di riferimento ha interrotto l'assunzione di Risperdal dall'estate 2013. Mostra minimi miglioramenti rispetto agli aspetti depressivi e alla fiducia nelle sue capacità, considerando che in questo momento sta rivivendo la criticità della perdita del lavoro. Riesce ad accettare la messa in discussione di alcuni suoi pensieri paranoidei e appare più rilassato e fiducioso in seduta.

Il decesso della madre avvenuto all'inizio di quest'anno ha permesso di approfondire in seduta le relazioni familiari, argomento fino a questo momento trattato con molta superficialità per remore del paziente. Inizialmente è tornata alla luce la rabbia per una vita di ingiustizia e soprusi ricevuti dalla famiglia di origine, rabbia notevolmente contenuta rispetto all'inizio della terapia. La storia di vita si conferma caratterizzata da un ambiente in cui gli altri vengono descritti come egoisti, che rifiutano volontariamente di prestare aiuto, di dare una mano al paziente o che talvolta assumono deliberatamente comportamenti, o mettono in atto azioni che arrecano un danno immeritato al paziente. Sembra che tale evento abbia fatto emergere con più chiarezza anche l'aspetto paranoideo: nelle ultime sedute il paziente riporta la tendenza a volersi allontanare da molte situazioni interpersonali in cui ritiene che l'altro voglia approfittare di lui, ingannandolo o usando informazioni contro di lui. La terapia attuale ha come obiettivo di modificare tali rappresentazioni, continuando a monitorare ed eventualmente "spezzare" l'instaurarsi di nuovi circoli viziosi di mantenimento dello stato depressivo.

### Bibliografia

- Dimaggio G., Semerari A (a cura di) (2007). *I Disturbi di Personalità. Modelli e trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Editori Laterza.
- Morosini P., Piacentini D., Leveni D., McDonald G., Michielin P., (2004), *La Depressione, che cosa è e come superarla. Manuale di psicoterapia cognitivo-comportamentale per chi soffre di depressione, per chi è a rischio di soffrirne e per suoi familiari*. Roma: Edizioni Avverbi.
- Perdighe C. e Mancini, F. (a cura di) (2008; 2010 seconda edizione), *Elementi di Psicoterapia Cognitiva*, Giovanni Fioriti Editore.
- Rainone A., Mancini F. (a cura di) (2004), *Gli approcci cognitivi alla depressione*. Milano: Franco Angeli

Paola Mallozzi

Psicologa-Psicoterapeuta, Roma

Specializzata a Roma, training Mancini-Carcione

paolamalozzi@yahoo.it

*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)