



SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA  
COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

*Sede di Cagliari*

ELABORATO FINALE 2° ANNO

*After Life:*  
formulazione cognitivo-comportamentale  
di un caso di depressione

*Dott.ssa Francesca Lampis*

Anno 2025

# *After Life*: formulazione cognitivo-comportamentale di un caso di depressione

Dott.ssa Francesca Lampis

## **ABSTRACT**

### **Metodo.**

Il presente *Case Report* propone una formulazione cognitivo-comportamentale del funzionamento depressivo post-lutto di Tony Johnson, protagonista della serie *After Life* (R. Gervais, 2019), utilizzato come modello narrativo esemplificativo.

L'analisi integra i modelli della Terapia Cognitiva di Beck (1976, 1987, 1989, 2002), della Schema Therapy di Young (1990, 2003), e dell'Acceptance and Commitment Therapy (Hayes et al., 1999, 2006, 2012).

Particolare attenzione è rivolta alla triade cognitiva, agli schemi precoci maladattivi e da strategie di coping disfunzionale. L'osservazione sistematica dei pensieri, delle emozioni e dei comportamenti di Tony si sviluppa lungo l'arco della prima stagione della serie.

### **Obiettivi.**

1. Delineare il quadro diagnostico secondo i criteri DSM-5-TR;
2. Descrivere i meccanismi cognitivi, emotivi e comportamentali che mantengono la sintomatologia depressiva del soggetto;
3. Individuare i fattori predisponenti, precipitanti, perpetuanti e protettivi alla luce del modello CBT;
4. Proporre implicazioni cliniche e un accenno alle possibili direzioni di intervento terapeutico.

### **Risultati.**

L'analisi evidenzia un quadro compatibile con un Disturbo Depressivo Maggiore, episodio singolo, con ideazione suicidaria, insorto a seguito di un lutto recente. Il funzionamento di Tony è dominato da una triade cognitiva negativa, sé percepito come "inutile", mondo "corrotto", futuro "irrilevante" e da distorsioni cognitive tipiche (pensiero dicotomico, ipergeneralizzazione, minimizzazione del positivo, catastrofizzazione). Emergono schemi di perdita/abbandono, inutilità e sfiducia/isolamento, con comportamenti di isolamento sociale, uso di alcol come automedicazione e sarcasmo quale forma di evitamento esperienziale.

Parallelamente, relazioni empatiche e il legame con il cane Brandy fungono da fattori protettivi, favorendo lievi processi di flessibilità cognitiva e riattivazione relazionale.

### **Implicazioni pratiche.**

Il caso illustra come la combinazione di schemi disfunzionali, evitamento

esperienziale e coping maladattivo mantenga la sofferenza nonostante la presenza di risorse relazionali.

In un'ottica CBT, si suggerisce la necessità di un intervento volto a: stabilizzare il rischio suicidario, interrompere i cicli di evitamento e ruminazione, potenziare l'attivazione comportamentale, ristrutturare credenze di base e promuovere la flessibilità psicologica. Le relazioni empatiche e non giudicanti rappresentano fattori parzialmente terapeutici che facilitano processi spontanei di ristrutturazione cognitiva e riconnessione con la vita.

**KEYWORDS:** Major Depressive Disorder, Cognitive Behavioral Therapy, Schema Therapy, Experiential Avoidance, ACT, Alcohol Use, Case Report, AfterLife.

## 1. Introduzione

### 1.1 Razionale e scopo dello studio

La serie *After Life* (Ricky Gervais, 2019) è stata selezionata come caso paradigmatico per la sua capacità di rappresentare, con realismo emotivo e profondità psicologica, le dinamiche del funzionamento depressivo a seguito di un lutto importante.

Il protagonista, Tony Johnson, incarna un modello narrativo pienamente coerente con la formulazione cognitivo-comportamentale della depressione (Beck, 1967, 1987, 1989, 2002): la perdita della moglie riattiva schemi cognitivi disfunzionali che generano pensieri automatici di autosvalutazione, rassegnazione e interpretazione negativa delle situazioni; tali processi danno luogo a emozioni intense di tristezza, vuoto e rabbia, e a comportamenti quali isolamento sociale, riduzione dell'iniziativa, evitamento delle attività significative e rigidità nelle risposte quotidiane.

La serie consente di osservare il modo in cui l'esperienza di perdita inneschi schemi di inutilità, abbandono e sfiducia (Young et al., 1990, 2003), producendo pensieri automatici negativi e strategie di coping disadattive.

Isolamento, sarcasmo e uso di alcol si configurano come espressioni di evitamento esperienziale (Hayes et al., 1999, 2006, 2012): meccanismi volti a ridurre temporaneamente il dolore emotivo, ma che ne impediscono la rielaborazione a lungo termine.

Dal punto di vista clinico, l'elaborazione del lutto richiede il riconoscimento e la ristrutturazione dei pensieri automatici negativi, la revisione delle credenze centrali legate alla perdita di valore e la progressiva riattivazione comportamentale orientata al recupero di rinforzi positivi. Nella prima stagione questo processo non si realizza compiutamente: Tony rimane intrappolato in cicli depressivi e strategie evitanti, mostrando solo segnali iniziali di flessibilità psicologica, principalmente sostenuti dal contatto con relazioni empatiche e non giudicanti che fungono da prime esperienze correttive.

In chiave formativa, l'analisi di prodotti audiovisivi come *After Life* costituisce un utile strumento didattico per tradurre i modelli teorici della CBT in dinamiche osservabili. Attraverso il personaggio di Tony, il clinico in formazione può esercitarsi nella formulazione del caso, riconoscendo fattori predisponenti, precipitanti, di mantenimento e di protezione.

Tale approccio favorisce anche la comprensione empatica e la riflessione sul ruolo, importante seppur parziale, delle relazioni interpersonali nella ristrutturazione cognitiva ed emotiva.

## **1.2 Inquadramento teorico**

L'analisi si fonda sui principali modelli teorici della psicoterapia cognitivo-comportamentale, che interpretano la depressione come risultato dell'interazione tra processi cognitivi disfunzionali, schemi di base maladattivi e strategie di coping inefficaci nella regolazione del dolore emotivo.

I riferimenti teorici principali derivano dal modello cognitivo della depressione (Beck, 1967, 1987, 1989, 2002), dalla Schema Therapy (Young et al., 1990, 2003), e dal modello dell'evitamento esperienziale e della flessibilità psicologica (Hayes et al., 1999, 2006, 2012).

### **Modello cognitivo della depressione (Beck, 1967, 1987, 1989, 2002)**

Il modello cognitivo di Beck descrive la depressione come il risultato dell'attivazione di schemi depressivi che influenzano in modo sistematico la percezione di sé, del mondo e del futuro: la cosiddetta *triade cognitiva*. Quando questi schemi vengono attivati da un evento critico, come una perdita significativa, la persona tende a interpretare ogni esperienza attraverso filtri negativi. Ne derivano pensieri automatici depressivi, spesso caratterizzati da distorsioni cognitive quali catastrofizzazione, generalizzazione e pensiero dicotomico.

Questi pensieri non sono semplici valutazioni, ma diventano convinzioni immediate che influenzano l'umore e la motivazione, contribuendo a un circolo vizioso di ritiro, passività e ulteriore conferma delle credenze negative. Il modello evidenzia anche il ruolo dei comportamenti depressivi (riduzione delle attività piacevoli e significative), che diminuiscono l'esposizione a rinforzi positivi.

L'intervento cognitivo-comportamentale, in quest'ottica, si focalizza sulla ristrutturazione dei pensieri automatici e sulla riattivazione graduale di comportamenti funzionali, con l'obiettivo di modificare gli schemi depressivi e interrompere i cicli di mantenimento della sofferenza.

### **Schema Therapy (Young et al., 1990, 2003)**

La Schema Therapy amplia il modello di Beck introducendo il concetto di *schemi maladattivi precoci*, ovvero strutture cognitive ed emotive profonde che nascono da

esperienze relazionali ripetute nell'infanzia e diventano modelli stabili di interpretazione della realtà. Questi schemi, come abbandono, sfiducia o inadeguatezza, tendono a riattivarsi con particolare forza in eventi critici come lutti o rotture affettive.

Quando uno schema si attiva, la persona può sperimentare stati emotivi intensi e reazioni automatiche difficili da modulare. Young descrive anche la presenza di *mode*, stati mentali momentanei che combinano emozioni, credenze e comportamenti: ad esempio, un mode vulnerabile orientato alla tristezza profonda o un mode protettivo basato su distacco, cinismo o chiusura emotiva.

L'approccio terapeutico mira a identificare questi schemi, riconoscerne l'impatto sul funzionamento attuale e costruire esperienze alternative più adattive. Nel contesto del lutto, ciò significa aiutare la persona a rielaborare le credenze profonde legate alla perdita, al valore personale e alla possibilità di affidarsi agli altri.

### **Evitamento esperienziale e flessibilità psicologica (Hayes et al., 1999, 2006, 2012)**

Il concetto di evitamento esperienziale, introdotto all'interno dell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT), descrive la tendenza dell'individuo a evitare, sopprimere o controllare pensieri, emozioni, ricordi e sensazioni percepiti come dolorosi o minacciosi. Sebbene tali strategie producano un sollievo immediato, nel lungo periodo impediscono l'elaborazione dell'esperienza emotiva e contribuiscono al mantenimento della sofferenza psicologica, favorendo fenomeni quali ritiro, ruminazione, rigidità comportamentale e dipendenze. L'evitamento esperienziale rappresenta l'opposto della flessibilità psicologica, definita come la capacità di tollerare le proprie esperienze interne difficili, restare in contatto con esse senza esserne sopraffatti e agire in modo coerente con i propri valori.

Nell'ambito del lutto e della depressione, l'evitamento esperienziale può manifestarsi attraverso isolamento, uso di sostanze, soppressione emotiva o umorismo difensivo, ostacolando l'integrazione del dolore e la riorganizzazione cognitiva. La flessibilità psicologica, al contrario, favorisce un processo di adattamento più funzionale, permettendo alla persona di riconoscere la sofferenza, darle un significato e riavvicinarsi gradualmente a comportamenti significativi. In questa ottica, il lavoro terapeutico si concentra su pratiche di accettazione, defusione cognitiva e chiarificazione dei valori, con l'obiettivo di ridurre la rigidità dei pattern di evitamento e promuovere scelte più adattive anche in presenza di dolore emotivo.

## 2. Metodo

### 2.1 Tipo di studio e fonti

Il presente elaborato adotta un disegno qualitativo descrittivo–osservazionale, configurato come *case report* su base narrativa.

L'oggetto di analisi è il personaggio di Tony Johnson, protagonista della serie televisiva *After Life* (creata e interpretata da Ricky Gervais, 2019), considerato come modello rappresentativo della depressione post–lutto in una prospettiva cognitivo–comportamentale.

L'approccio qualitativo consente di esplorare in profondità le dimensioni cognitive, emotive e comportamentali espresse dal personaggio, valorizzando la componente fenomenologica e il significato soggettivo dell'esperienza di perdita.

Questa modalità di indagine risulta coerente con l'obiettivo formativo e clinico dello studio, volto a integrare osservazione narrativa e concettualizzazione CBT.

Le fonti di riferimento utilizzate comprendono:

- la visione integrale degli episodi della prima stagione della serie, analizzati secondo un protocollo di osservazione sistematica dei comportamenti, dei dialoghi e delle espressioni emotive;
- i dialoghi e le scene principali, selezionati per identificare i contenuti rilevanti ai fini della formulazione cognitivo–comportamentale;
- la letteratura teorico–clinica relativa alla Terapia Cognitiva, alla Schema Therapy, e all' Acceptance and Commitment Therapy;
- i criteri diagnostici del DSM–5–TR (APA, 2022), utilizzati come riferimento per l'inquadramento nosografico e la distinzione tra lutto fisiologico e disturbo depressivo maggiore.

L'utilizzo di un personaggio narrativo risponde a una duplice finalità: da un lato, consente di analizzare dinamiche psicopatologiche complesse in modo accessibile e osservabile; dall'altro, promuove la riflessione sull'applicazione dei modelli CBT a contesti culturali e mediali, rendendo l'analisi fruibile anche in ambito formativo.

### 2.2 Procedura di analisi

La procedura di analisi ha seguito i principi della **concettualizzazione del caso**, articolandosi in diverse fasi:

1. **Osservazione sistematica dei comportamenti:**  
sono stati analizzati i pattern relazionali e comunicativi, le condotte di evitamento, i segnali di disregolazione emotiva e i comportamenti disfunzionali (isolamento, sarcasmo, uso di alcol, ideazione suicidaria).

2. **Identificazione dei pensieri automatici:**  
sono stati individuati i contenuti verbali e cognitivi che riflettono convinzioni negative su sé, mondo e futuro, in accordo con la triade cognitiva di Beck.
3. **Analisi delle emozioni e delle risposte fisiologiche:**  
sono state rilevate, attraverso il tono di voce, la postura, le espressioni facciali e i contenuti riferiti dal soggetto, diverse emozioni, tra cui emozioni di base (tristezza, rabbia) ed emozioni complesse (colpa, disperazione, cinismo, irritabilità).
4. **Ricostruzione degli schemi di base:**  
in linea con la Schema Therapy, sono stati identificati e concettualizzati i pattern ricorrenti di significato associati a perdita/abbandono, inutilità e sfiducia.
5. **Analisi funzionale del comportamento:**  
per ciascuna sequenza significativa, è stato applicato il modello ABC (Beck, 1975;), individuando la relazione tra antecedenti, credenze e conseguenze.
6. **Identificazione dei fattori predisponenti, precipitanti, perpetuanti e protettivi:**  
Secondo la formulazione biopsicosociale, i seguenti elementi possono essere classificati come:

*Predisponenti:* caratteristiche di personalità, modelli relazionali appresi, schemi cognitivi o stili di attaccamento che aumentano la vulnerabilità.

*Precipitanti:* eventi stressanti o improvvisi cambiamenti di vita che attivano o fanno emergere il disagio.

*Perpetuanti:* comportamenti, strategie di coping disfunzionali o condizioni ambientali che mantengono o aggravano i sintomi nel tempo.

*Protettivi:* risorse personali, relazionali o ambientali che favoriscono la resilienza e il recupero.

## 2.3 Strumenti teorici di riferimento

Gli strumenti teorici e clinici impiegati per la formulazione del caso comprendono:

- **DSM-5-TR (APA, 2022):** utilizzato per l'inquadramento diagnostico e per la distinzione tra lutto fisiologico, disturbo depressivo maggiore e disturbo da lutto prolungato.
- **Modello cognitivo di Beck (1967, 1987, 1989, 2002):** applicato all'identificazione della triade cognitiva, dei pensieri automatici e delle principali distorsioni cognitive (catastrofizzazione, pensiero dicotomico, minimizzazione del positivo).

- **Schema Therapy di Young (1990, 2003):** riferimento per la rilevazione e interpretazione degli schemi disfunzionali attivi (abbandono, inutilità, sfiducia) e delle strategie di mantenimento.
- **Modello ACT dell'evitamento esperienziale e della flessibilità psicologica (Hayes et al., 1999):** impiegato per comprendere il ruolo del controllo delle esperienze interne nella cronicizzazione della sofferenza e per riconoscere i segnali di micro–ristrutturazione cognitiva mediati dalle relazioni empatiche.

L'integrazione di questi strumenti ha consentito una formulazione CBT multilivello, capace di connettere dimensioni cognitive, comportamentali e relazionali in un quadro teoricamente coerente e clinicamente fondato.

In aggiunta ai manuali principali, sono stati consultati anche diversi articoli scientifici, comprendenti revisioni teoriche, studi empirici e contributi clinici su depressione, lutto, terapia cognitivo–comportamentale, Schema Therapy e modelli processuali. Queste letture hanno permesso di ampliare la prospettiva sui modelli trattati e di approfondire le evidenze empiriche a supporto degli interventi, pur non costituendo la fonte primaria dei contenuti presentati.

### 3. Risultati

#### 3.1 Contesto e stato clinico osservabile

Tony Johnson è un uomo di mezza età, giornalista di un piccolo quotidiano locale nella cittadina inglese di Tambury. La sua vita cambia radicalmente dopo la morte della moglie Lisa, avvenuta nel febbraio 2018 per una malattia oncologica. La perdita determina una profonda frattura esistenziale: Lisa rappresentava per Tony il principale riferimento affettivo, relazionale e valoriale. La sua assenza genera un vuoto identitario che si traduce in sintomi depressivi gravi e persistenti con volontà di porre fine alla propria vita.

Dopo il lutto, Tony conduce un'esistenza disorganizzata, segnata da apatia e isolamento. Vive da solo con il suo cane Brandy, unico legame affettivo residuo e radicato, oltre che il motivo dichiarato per cui non si sia suicidato: *“È stato lo sguardo del mio cane, aveva fame e dovevo darle da mangiare.”*

La casa risulta disordinata e trascurata; l'igiene personale è minima ma sufficiente a mantenere un'apparenza di normalità. La routine quotidiana appare meccanica e priva di significato.

Il linguaggio e i comportamenti delineano un quadro di disperazione cronica. Tony parla frequentemente di morte e suicidio, spesso con tono cinico e provocatorio. In una delle sedute con lo psichiatra dichiara:



*“Una buona giornata è quando non vado in giro con la voglia di sparare al primo che passa e poi puntare la pistola su me stesso.”*

L’atteggiamento verso il mondo è marcatamente disilluso: *“Non c’è nessun vantaggio a essere gentili o premurosi. È uno svantaggio.”*

Il pensiero globale sull’umanità è intriso di disgusto e rassegnazione: *“L’umanità è una piaga. Siamo narcisisti, egoisti, parassiti. Il mondo sarebbe migliore senza di noi.”*

La giornata di Tony è scandita da azioni ripetitive: lavoro, consumo di alcol, cura del cane e visione continua dei video della moglie, unica fonte di contatto con il passato e con la dimensione affettiva perduta.

Sul piano relazionale, mostra chiusura e irritabilità. Usa sarcasmo, ironia e aggressività verbale come difese per evitare l’intimità emotiva. Manifesta episodi di rabbia impulsiva e comportamenti a rischio, inclusi un tentativo di suicidio e l’assunzione sperimentale di eroina.

L’alcol viene utilizzato come analgesico emotivo, un modo per “attutire” la consapevolezza del dolore, alimentando un circolo di sollievo momentaneo e senso di vuoto e colpa successivi.

Il rapporto con il padre, ricoverato in una struttura assistenziale con una forma di demenza, è segnato da ambivalenza e senso di colpa: Tony si lamenta di “non voler essere lucido” perché la lucidità amplifica la sua sofferenza.

Nel corso della stagione emergono, tuttavia, interazioni che rappresentano i primi segnali di apertura relazionale:

- **Anne**, una vedova conosciuta al cimitero, offre a Tony uno spazio di dialogo empatico e non giudicante;
- **Sandy**, giovane collega, diventa progressivamente una figura di riferimento positivo;
- **Dafne (Roxy)**, una sex worker, viene coinvolta in un rapporto di aiuto non di natura sessuale bensì amicale;
- **Julian**, tossicodipendente, rappresenta uno specchio del dolore e della disperazione di Tony, la cui morte per overdose risveglia in lui un profondo motivo di riflessione.

### 3.2 Formulazione cognitivo–comportamentale

L’elaborazione del lutto in Tony si struttura intorno a una **triade cognitiva depressiva** (Beck, 1967), caratterizzata da una visione di sé come inutile e svuotato, del mondo come corrotto e del futuro come irrilevante.

La morte della moglie riattiva una rete di **schemi disfunzionali** profondamente radicati, che si rafforzano in modo circolare.

Schema disfunzionale	Contenuto cognitivo–emotivo	Esempi tratti dalla narrazione
Perdita / Abbandono	Convinzione che ogni legame significativo sia ormai concluso, con senso di condanna relazionale.	“L’unica cosa che potrebbe farmi sentire meglio è impossibile perché non c’è più.”
Inutilità / Inadeguatezza	Percezione di sé come privo di valore.	“Il mondo sarebbe migliore senza di noi, ognuno avrebbe il dovere morale di suicidarsi”
Sfiducia / Isolamento	Aspettativa che gli altri siano falsi o egoisti; convinzione che il mondo sia moralmente corrotto.	“L’umanità è una piaga... siamo disgustosi.”
Controllo / Autonomia assoluta	Illusione di gestire il dolore scegliendo se e quando vivere o morire, come compensazione dell’impotenza.	“Posso fare quello che voglio finché non mi va più, poi posso sempre uccidermi.”

Questi schemi alimentano un ciclo depressivo auto–rinforzante: i pensieri automatici negativi generano emozioni di disperazione, che rinforzano i comportamenti di evitamento e isolamento, i quali a loro volta confermano la convinzione di fondo di essere irrimediabilmente solo e privo di scopo.

Le principali **distorsioni cognitive** osservate includono:

- *Catastrofizzazione*, nella previsione di un futuro privo di senso;
- *Minimizzazione del positivo*, nel svalutare gesti di gentilezza e le relazioni con gli altri;
- *Ipergeneralizzazione*, nel trarre regole assolute da singole esperienze;
- *Pensiero dicotomico*, con alternanza tra onnipotenza e impotenza totale.

Il sistema cognitivo di Tony appare dunque rigidamente autoreferenziale e povero di flessibilità cognitiva, con scarsa capacità di decentramento e di mentalizzazione emotiva.

### **Comportamenti di mantenimento ed evitamento esperienziale**

Le condotte osservate riflettono una forte tendenza all’evitamento esperienziale (Hayes et al., 1999), manifestato attraverso:

- **ritiro sociale**, che riduce l'esposizione a esperienze correttive;
- **sarcasmo e umorismo nero**, usati come barriere difensive contro la vulnerabilità;
- **ruminazione** e fissazione nostalgica sul passato, con visione quotidiana dei video della moglie;
- **impulsività e comportamenti a rischio**, come forme di scarico emotivo;
- **uso di alcol**, impiegato come automedicazione del dolore.

Queste strategie riducono temporaneamente la tensione interna ma mantengono la sofferenza nel lungo periodo.

### Una lettura secondo il Modello delle 4P

Tony mostra un profilo psicologico caratterizzato da vulnerabilità preesistenti che si intrecciano con il trauma della perdita della moglie, dando origine a un quadro depressivo complesso. L'uso del modello dei 4P consente di distinguere i fattori che hanno contribuito alla sua predisposizione alla sofferenza, gli eventi che ne hanno determinato l'esordio acuto, i meccanismi che ne sostengono la persistenza e gli elementi che fungono da risorsa nel processo di regolazione emotiva e di potenziale ripresa. Questa prospettiva permette di leggere il suo funzionamento interno in modo strutturato e completo.

### Predisponenti

- **Stile di attaccamento evitante**: difficoltà a esprimere vulnerabilità e ad affidarsi emotivamente, compensa con sarcasmo e autosufficienza.
- **Tratti di personalità cinico-difensivi**: una tendenza a vedere il peggio negli altri, come forma di autoprotezione.
- **Razionale-intellettualizzazione** come difesa abituale: usa l'umorismo tagliente e la logica come scudo contro l'intimità emotiva.
- **Precedente sensibilità depressiva** (implicita nella serie): una certa disposizione all'umore basso e al pensiero pessimistico.

### Precipitanti

- **Morte della moglie Lisa**, improvvisa e devastante, che infrange il suo unico punto fisso e sicuro e lo costringe alla solitudine.

### Perpetuanti

- **Evitamento esperienziale**: rifiuta il dolore, si anestetizza con sarcasmo, alcol e disconnessione.
- **Isolamento sociale**: si chiude agli altri, irrigidendo ancora di più il circolo depressivo.

- **Ruminazione:** continua a ripassare mentalmente la perdita, senza arrivare a elaborarla.
- **Rigidità cognitiva:** convinzioni assolutistiche (“L’umanità è una piaga”, “Non vale la pena vivere”, “viviamo in un mondo pieno di idioti”).
- **Comportamenti autopunitivi** (es. rischiare volontariamente la propria sicurezza): rafforzano il senso di vuoto.
- **Disinvestimento nelle attività quotidiane:** alimenta l’apatia e lo scollegamento.

### Protettivi

- **Relazioni empatiche e contenitive:** Anne nel cimitero, Sandy al lavoro, Daphne; tutte gli restituiscono un senso di umanità e connessione.
- **Legame affettivo con Brandy** (il cane): motivazione quotidiana, fonte di attaccamento sicuro e regolazione emotiva.
- **Capacità riflessiva residua:** usa il sarcasmo, ma a tratti mette in discussione le proprie posizioni, mostrando un piccolo spiraglio di flessibilità.
- **Aiutare gli altri** (anche se non lo ammette): quando si prende cura di qualcuno, l’umore si alleggerisce.
- **Senso etico di fondo:** malgrado il cinismo, non riesce davvero a diventare “cattivo” e mostra empatia e compassione a persone che percepisce come innocenti e buone (es. anziano che ha intervistato)

### 3.3 Inquadramento diagnostico (DSM-5-TR)

L’analisi dei sintomi e del funzionamento complessivo di Tony Johnson supporta l’ipotesi diagnostica di *Disturbo Depressivo Maggiore, episodio singolo, con ideazione suicidaria* (DSM-5-TR, codice 296.2x).

Criterio DSM-5-TR	Manifestazione nel caso di Tony Johnson
Umore depresso persistente	Disperazione, cinismo, ideazione suicidaria
Marcata perdita di interesse o piacere	Disinteresse per lavoro, relazioni e attività
Riduzione di energia / fatica	Apatia e scarsa iniziativa

Sentimenti di inutilità o colpa	Auto-svalutazione e senso di vuoto
Difficoltà di concentrazione	Distrazione e disorganizzazione lavorativa
Ideazione suicidaria	Tentativo e dichiarazioni esplicite di morte
Alterazioni del sonno / appetito	Insonnia e trascuratezza alimentare
Compromissione funzionale	Isolamento, riduzione di rendimento

### Diagnosi differenziale.

- **Lutto fisiologico:** escluso in quanto l'intensità e la persistenza dei sintomi superano la normale reazione al lutto. Tony presenta marcata anedonia, pensieri suicidari ricorrenti, perdita del funzionamento sociale e lavorativo, ritiro marcato e rigidità cognitiva negativa, elementi che eccedono la tipica oscillazione tra dolore e momenti di sollievo propria del lutto normale.
- **Disturbo da lutto persistente:** i criteri temporali non risultano ancora soddisfatti, poiché la durata richiesta è superiore a quella mostrata nella prima stagione; tuttavia sono presenti segnali di rischio evolutivo (ruminazione centrata sulla perdita, incapacità di immaginare il futuro senza la persona deceduta, evitamento delle attività significative, dipendenza dal mantenimento del legame tramite video pre mortem), che possono prefigurare una possibile traiettoria verso questa diagnosi.
- **Disturbo dell'adattamento:** formulazione inadeguata dato che la gravità e la pervasività del quadro clinico eccedono la risposta sproporzionata ma circoscritta tipica di questo disturbo. La compromissione funzionale di Tony non appare limitata alla fase di adattamento allo stressor, e i sintomi assumono caratteristiche qualitative più vicine a un episodio depressivo maggiore (ideazione suicidaria, anedonia profonda, incapacità di provare interesse o piacere, appiattimento motivazionale).
- **Disturbo da uso di alcol:** l'uso di alcol si configura come comportamento secondario e strumentale alla regolazione emotiva disfunzionale, non come pattern autonomo o primario. Il consumo non mostra criteri chiari di perdita di controllo, tolleranza o compromissione specifica, ma appare come tentativo di attenuare i vissuti depressivi, coerente con un modello di coping disfunzionale.

- **Disturbo di personalità:** sono presenti tratti di evitamento emotivo, cinismo difensivo e stile relazionale distaccato, ma tali caratteristiche non mostrano la rigidità, la pervasività intercontestuale e la stabilità evolutiva necessarie per configurare un disturbo di personalità pienamente strutturato. Si tratta più verosimilmente di tratti di funzionamento preesistenti che aumentano la vulnerabilità depressiva, ma non raggiungono soglia clinica.

#### **Sintesi diagnostica.**

Il funzionamento psicologico di Tony risulta compatibile con un episodio depressivo maggiore grave, con ideazione suicidaria.

### **3.4 Traiettorie di cambiamento**

Nel corso della prima stagione di *After Life*, Tony Johnson attraversa un processo evolutivo lento e disomogeneo, caratterizzato da oscillazioni costanti tra disperazione, chiusura e sporadici momenti di apertura emotiva. Il nucleo depressivo rimane stabile per la maggior parte degli episodi, e i miglioramenti più evidenti compaiono soprattutto nell'ultima puntata, dove la narrazione assume un tono marcatamente positivo e simbolico, non del tutto coerente con un decorso clinicamente realistico di un disturbo depressivo maggiore.

La traiettoria globale può essere descritta come il passaggio da una condizione di **fusione cognitiva totale** verso un iniziale incremento di **flessibilità psicologica**, ancora fragile e non consolidata.

#### **Evoluzione cognitiva**

All'inizio della stagione, Tony risulta completamente identificato con i propri pensieri depressivi, trattati come verità oggettive:

*“La vita non ha più senso”, “Il mondo è una piaga”, “Non m’importa di nessuno.”*

Questa condizione di **fusione cognitiva** (Hayes et al., 1999) determina un funzionamento rigido e monotematico, in cui il dolore diventa il filtro interpretativo dominante.

Con il progredire della stagione emergono brevi, talvolta inattesi, momenti di defusione cognitiva e di distanziamento dai propri contenuti mentali.

Durante i colloqui con Anne, ma anche con Julien, Tony riconosce per la prima volta la natura condivisa della sofferenza (“Forse non sono l'unico a stare così male”).

L'interazione con Sandy introduce un primo ridimensionamento della credenza secondo cui la gentilezza sia “uno svantaggio”, aprendo alla possibilità che la connessione umana abbia un valore intrinseco.

Tali episodi costituiscono esempi di **flessibilità psicologica** emergente ma non determinano ancora una ristrutturazione significativa dei pensieri automatici né degli schemi profondi (Young et al., 2003).

### **Evoluzione comportamentale e relazionale**

Sul piano comportamentale, Tony mantiene per la maggior parte della stagione un funzionamento caratterizzato da ritiro, irritabilità, trascuratezza e uso di alcol.

Tuttavia, compaiono progressivamente alcuni comportamenti di attivazione iniziale:

- piccoli gesti di aiuto verso colleghi,
- maggiore disponibilità nel dialogo con gli altri,
- la decisione di chiedere all'infermiera del padre di uscire insieme,
- un atteggiamento più gentile nei confronti delle persone a lui vicine.

Si tratta di azioni circoscritte, che suggeriscono l'avvio di una **parziale riattivazione comportamentale**, ma non ancora la presenza di un cambiamento stabile.

### **Il carattere narrativo delle aperture finali**

Le modificazioni più chiaramente positive (scuse, gesti di riconciliazione, dichiarazioni di affetto, la scelta esplicitata di non togliersi la vita) compaiono quasi esclusivamente nell'ultimo episodio.

Da un punto di vista clinico, tali cambiamenti appaiono:

- rapidi,
- non pienamente integrati nel funzionamento osservato precedentemente,
- in parte incongrui con i tempi reali di ristrutturazione di schemi depressivi complessi.

È plausibile interpretare tali aperture come elementi funzionali alla chiusura narrativa e alla trasmissione di un messaggio di speranza, più che come un'evoluzione clinicamente verosimile.

### **Conclusione clinica**

La traiettoria di Tony Johnson configura un processo di autocura parziale, caratterizzato da oscillazioni tra chiusura e piccoli atti di connessione relazionale. Tony passa da una condizione di fusione cognitiva e chiusura comportamentale a brevi momenti di defusione, insight iniziale e modesta attivazione, senza raggiungere una ristrutturazione cognitiva o una modifica degli schemi depressivi.

Le aperture finali sono clinicamente plausibili come segnali di potenzialità, ma non rappresentano una remissione realistica, risultando invece funzionali alla costruzione narrativa della serie.

## 4. Discussione e Conclusioni

### 4.1 Sintesi interpretativa

L'analisi del caso di Tony Johnson mostra un'importante coerenza con i principi della Terapia Cognitivo–Comportamentale.

Nel modello di Beck (1976; 1987, 1989, 2002), la triade cognitiva, sé, mondo, futuro, trova piena espressione nel funzionamento del protagonista, caratterizzato da distorsioni sistematiche del pensiero (catastrofizzazione, ipergeneralizzazione, pensiero dicotomico).

Queste modalità generano un circolo vizioso tra credenze disfunzionali, emozioni negative e comportamenti evitanti, tipico del disturbo depressivo maggiore.

In termini di Schema Therapy (Young et al., 2003), il caso evidenzia la riattivazione di schemi precoci di perdita, inutilità e sfiducia, con conseguente collasso identitario e ritiro sociale.

La sofferenza di Tony dimostra come la riattivazione di tali schemi, in seguito a un lutto significativo, possa compromettere le funzioni di regolazione emotiva e di attribuzione di significato.

Considerando l'Acceptance and Commitment Therapy (Hayes et al., 1999), Tony rappresenta un esempio paradigmatico di **evitamento esperienziale**: il tentativo di controllare o sopprimere il dolore tramite sarcasmo, alcol e isolamento impedisce la rielaborazione del lutto e mantiene il disagio.

Le interazioni empatiche fungono invece da micro–esperienze di defusione e accettazione, aprendo alla possibilità di un agire orientato ai valori.

### 4.2 Implicazioni cliniche e possibili sviluppi

Dal punto di vista applicativo, la formulazione del caso suggerisce che un intervento CBT strutturato sarebbe molto adeguato per Tony Johnson.

Le linee guida di trattamento potrebbero includere:

1. **Intervento cognitivo:** identificazione e ristrutturazione dei pensieri automatici negativi, con lavoro mirato sulla triade cognitiva e sulle distorsioni del pensiero.
2. **Attivazione comportamentale:** progressiva reintroduzione di attività significative e socialmente gratificanti, finalizzata a interrompere i cicli di evitamento.
3. **Intervento sugli schemi:** esplorazione e modificazione degli schemi di abbandono, inutilità e sfiducia mediante tecniche esperienziali e immaginative.
4. **Gestione dell'uso di alcol e dei comportamenti a rischio:** introduzione di strategie alternative di regolazione emotiva.



5. **Approccio basato sull'accettazione:** introduzione di tecniche ACT per incrementare la flessibilità psicologica e la capacità di tollerare il dolore senza esserne sopraffatti.

Sul piano relazionale, la serie sottolinea il potenziale terapeutico dell'empatia e della connessione interpersonale. Le figure che ruotano attorno alla vita di Tony rappresentano per lui occasioni di riflessione e messa in discussione, e dimostrano come avere relazioni empatiche possa favorire processi di ristrutturazione e di riattivazione.

#### 4.3 Limiti e considerazioni finali

Il presente Case Report presenta limiti metodologici intrinseci, poiché si basa su un caso narrativo e non su un soggetto reale.

L'analisi, di natura qualitativa, si fonda su inferenze osservative e pertanto non può essere generalizzata.

Inoltre, il processo di cambiamento mostrato nella serie è verosimilmente amplificato per esigenze drammaturgiche: nella realtà clinica, la ristrutturazione cognitiva e l'elaborazione del lutto richiedono tempi più lunghi, una solida alleanza terapeutica e interventi mirati.

Nonostante tali limiti, il caso possiede un elevato valore didattico e formativo, offrendo un modello narrativo utile per:

- comprendere l'interazione tra schemi, pensieri automatici e comportamenti evitanti;
- riconoscere il ruolo dell'alcol e di comportamenti a rischio come coping maladattivo;
- riflettere sull'importanza delle relazioni empatiche come agenti di cambiamento.

In conclusione, il caso di Tony Johnson rappresenta un esempio clinicamente verosimile di *Disturbo Depressivo Maggiore, episodio singolo, con ideazione suicidaria*, in cui la sofferenza per la perdita della figura di attaccamento principale permane ma si accompagna all'emergere di una minima apertura verso la vita.

*After Life* illustra efficacemente il principio cardine della CBT contemporanea: il cambiamento non consiste nell'eliminare il dolore, ma nel modificare il proprio rapporto con esso attraverso l'accettazione, la connessione e la riscoperta del significato.

## Bibliografia

- Basile, B., Tenore, K., & Mancini, F. (2018). Investigating schema therapy constructs in individuals with depression. *J Psychol Clin Psychiatry*, 9(2), 214-221.
- Beck, A. T. (1967). Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. *Haper & Row*.
- Beck, A. T. (2002). Cognitive models of depression. *Clinical advances in cognitive psychotherapy: Theory and application*, 14(1), 29-61.
- Beck, J. S. (2022). La terapia cognitivo-comportamentale. Terza edizione riveduta e ampliata. Astrolabio-Ubaldini Editore.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G., DeRubeis, R. J., & Hollon, S. D. (2024). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Publications.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory.
- Beck, A. T., & Weishaar, M. (1989). Cognitive therapy. In *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 21-36). New York, NY: Springer US.
- Dantonio, T., & Onofri, A. (2009). La terapia del lutto complicato: interventi preventivi, psicoeducazione, prospettiva cognitivo-evoluzionista, approccio EMDR. *Psicobiiettivo: rivista quadrimestrale di psicoterapie a confronto*. Fascicolo 3, 2009, 1000-1021.
- Fleming, S., & Robinson, P. (2001). Grief and cognitive-behavioral therapy: The reconstruction of meaning.
- Giraldi, E., Lombardo, L., Penco, I., & Lai, C. (2024). La terapia del lutto complicato: basi teoriche, struttura ed evidenze empiriche a supporto dell'efficacia dell'intervento. *La Rivista Italiana di Cure Palliative*, 26(4), 217.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (a cura di). Process-based CBT. I processi e le competenze cliniche di base della terapia cognitivo-comportamentale. Giovanni Fioriti Editore. 2020.
- Jackson-Koku, G. (2016). Beck depression inventory. *Occupational medicine*, 66(2), 174-175.
- Kosminsky, P. (2017). CBT for grief: Clearing cognitive obstacles to healing from loss. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 35(1), 26-37.
- Malkinson, R. (2001). Cognitive-behavioral therapy of grief: A review and application. *Research on Social Work Practice*, 11(6), 671-698.
- Malogiannis, I. A., Arntz, A., Spyropoulou, A., Tsartsara, E., Aggeli, A., Karveli, S., ... & Zervas, I. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 45(3), 319-329.
- Martin, R., & Young, J. (2010). Schema therapy. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*, 317.
- Melli, G., & Sica, C. (a cura di). Fondamenti di psicologia e psicoterapia cognitivo-comportamentale. Modelli clinici e tecniche d'intervento. Erickson. 2015.
- Perdighe, C., & Mancini, F. (2011). Il lutto. Dai miti agli interventi di facilitazione dell'accettazione. *Psicobiiettivo*, (2010/3).
- Pizzichetti, V., Piazza, F., & Lombardo, L. (2021). Lutto e mindfulness. *La Rivista Italiana di Cure Palliative*, 23(4), 243.
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. (2010). *Schema therapy: Distinctive features*. Routledge.

- Renner, F., Arntz, A., Peeters, F. P., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. (2016). Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 51, 66-73.
- Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 58, 97-105.
- Rezaee, M., Ghazanfari, F., & Rezaee F. (2016). Effectiveness of emotional schema therapy on severity of depression and rumination in people with major depressive disorder.
- Testoni, I. (2016). Psicologia del lutto e del morire: dal lavoro clinico alla death education. *Psicoterapia e Scienze Umane*, (2016/2).
- Wirga, M., & DeBernardi, M. (2002). The ABCs of cognition, emotion, and action. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4(1), 5-16.
- Young, J. E., & Mattila, D. E. (2007). Schema-focused therapy for depression. *Depression: A Practitioner's Guide to Comparative Treatments*, New York: Springer, 2007, 291-313.
- Young, J. E., Rygh, J. L., Weinberger, A. D., & Beck, A. T. (2001). Cognitive therapy for depression. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*, 3, 264-308
- Zettle, R. (2007). *ACT for depression: A clinician's guide to using acceptance and commitment therapy in treating depression*. New Harbinger Publications.