

Un caso di Disturbo Bipolare

Fabio Moroni^{1,2}

¹Dipartimento di Psicologia, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna

²Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Riassunto

Il presente lavoro descrive il trattamento cognitivo comportamentale di un paziente di circa 27 anni con diagnosi di Disturbo Bipolare di Tipo I. Il trattamento, avuto inizio conseguentemente al secondo episodio maniacale, è stato incentrato sia sulla psicoeducazione al disturbo, sia sugli schemi di funzionamento sottostanti al disturbo affettivo. La maggiore consapevolezza del proprio funzionamento e la modificazione di alcuni pensieri e comportamenti disfunzionali ha permesso al paziente di riconoscere e gestire in modo più efficace gli stati emotivi legati alla fase depressiva.

Summary

Here, it is described the cognitive-behavioral treatment of a 27 years old patient with a diagnosis of a Type I Bipolar Disorder (BD). The treatment, following the second manic episode, has been focused both on the psychoeducation of BD and the functioning schema underlying affective disorder. The achievement of an improved insight of self functioning and the modification of some dysfunctional belief and behavior allowed the patient to discern and consequently to efficaciously manage the emotional states related to the depressive phase.

Dati anagrafici ed attuali condizioni di vita

A. è un ragazzo di 27 anni, studia informatica e al momento del primo colloquio stava preparando la tesi di laurea triennale. A. è figlio unico e vive con i genitori. Il padre ha 57 anni e lavora come portiere di condominio, mentre la madre ha 55 anni ed è infermiera in un ospedale pubblico. Oltre allo studio A. svolge saltuariamente lavori informatici, come gestione di siti internet ed elaborazioni software per database. Segue anche corsi teatrali.

Fabio Moroni, *Un caso di Disturbo Bipolare* N. 9, 2012, pp. 47-58.

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

Invio e contesto della terapia

A. si presenta alla fine di ottobre 2010 al CSM in seguito ad un secondo ricovero psichiatrico (il primo ricovero era avvenuto in autunno 2005) per un episodio di tipo maniacale. Il primo ricovero (2005) era avvenuto sempre in seguito ad un episodio maniacale, ma a differenza dell'ultimo, A. era risultato positivo alla presenza di cannabinoidi e stimolanti. Pertanto, l'esordio dell'episodio psicotico era stato attribuito all'abuso di stupefacenti. Il secondo episodio, al contrario, si è verificato in assenza di assunzione di stupefacenti.

In seguito al primo episodio maniacale A. era stato trattato farmacologicamente (Risperidone 2-4 mg/die) e seguito nella terapia farmacologica per i successivi due anni presso lo stesso CSM.

Dopo tre anni dalla fine del trattamento farmacologico, A. ha avuto il secondo episodio che lo ha portato nuovamente a presentarsi al CSM. In seguito al secondo ricovero gli è stata prescritta una nuova terapia farmacologica (Depakin, *sodio valproato*, 1000 mg/die; Abilify, *aripirazolo*, 20 mg/die) e gli è stato proposto di seguire contemporaneamente una psicoterapia.

Definizione del problema secondo il paziente: sintomatologia dichiarata

A. riporta una forte preoccupazione per aver avuto una seconda ricaduta, A. riporta di avere difficoltà di attenzione e memoria che lo portano a dimenticare le cose che deve fare e ad esporlo a possibili errori che valuta con molta gravità. Queste difficoltà si verificano nei rapporti sociali, nello studio e nel lavoro. Nello specifico, quando si trova con altre persone riferisce di distrarsi durante le conversazioni. Per A. ciò comporta due tipi di conseguenze, la prima è quella che gli altri possano accorgersene e considerarlo *“uno che non sta bene di testa”, “mi chiedono qualcosa e non rispondo perché non ho seguito quello che stavano dicendo. Questo non può essere, faccio la figura dell'impacciato”*. La seconda è relativa ad un confronto con la condizione precedente ai ricoveri. *“Prima non ero così, tenevo banco in tutte le conversazioni, ero brillante e sempre presente, ora non ci riesco più”*. Nello studio analogamente, riferisce di non riuscire a concentrarsi e di perdere tempo. Inoltre, riferisce di dimenticare appuntamenti importanti, come quelli con l'assistente del professore con cui sta facendo la tesi. Valuta queste dimenticanze come molto gravi. *“Non posso dimenticare queste cose, nella vita nessuno darebbe lavoro ad uno che si dimentica gli appuntamenti, anche se trovassi un lavoro, così facendo prima o poi lo perdere”*. A., riferisce anche di non sopportare l'idea di commettere errori. *“Non accetto di finire nella prigione dell'errore. Gli errori non si cancellano, rimangono e uno se li porta dietro per tutta la vita... se si fanno errori si riducono le possibilità di realizzazione futura”*.

Relativamente all'episodio che lo ha portato al ricovero A. riferisce di non ricordare molto di quello che è successo. Ricorda comunque di essere stato molto preso dalla formulazione di alcuni teoremi matematici che dovevano spiegare leggi universali importantissime. Dedicava quindi molto tempo alla stesura di queste formule, lavorandoci giorno e notte. Riferisce che in quel periodo (pochi giorni prima del ricovero) erano aumentate le discussioni con i suoi genitori. In particolare, queste discussioni nascevano prevalentemente con la madre quando lo rimproverava di non aver fatto alcune faccende domestiche, come rimettere a posto la cucina dopo averla utilizzata. *“Può anche aver ragione, ma non può rompere così. Le cose devono essere fatte per forza come dice lei e quando dice lei se no si arrabbia. Non vedo qual è il problema se lo faccio con i miei tempi. Per esempio un giorno mi sono preparato un toast, poi mi sono messo al computer perché mi era venuta un'idea, ad un certo punto mia madre si arrabbia perché avevo lasciato sporco in cucina. Non capisce che ci sono cose più importanti della cucina e che la cucina può aspettare”*.

Definizione del problema in termini diagnostico-descrittivi

A. ha avuto due episodi di tipo maniacale con sintomi psicotici che lo hanno condotto all'ospedalizzazione. I due episodi maniacali sono sempre stati seguiti da episodi depressivi senza sintomi psicotici. Dato il quadro sintomatico si può far rientrare A. nei criteri del Disturbo Bipolare di Tipo I secondo il manuale diagnostico DSM-IV -TR. Inoltre A. soddisfa i criteri per la Fobia Sociale. Ritengo però che l'ansia sociale sia unicamente secondaria alla fase depressiva del Disturbo Bipolare.

Definizione del problema secondo il terapeuta

Durante i primi incontri iniziati ad un mese dalla dimissione dal ricovero A. appare molto confuso. Ricorre a metafore, anche di tipo matematico, per descrivere i suoi stati mentali complicando fortemente la comprensione degli stessi. Mostra inoltre grandi difficoltà ad esprimere chiaramente un concetto e difficoltà nell'integrare l'esperienza soggettiva attuale con quella vissuta durante la fase maniacale. Per esempio, nei primi incontri che abbiamo avuto manteneva ancora una certa convinzione che le teorie matematiche a cui aveva lavorato fossero realmente geniali. Pertanto, il ricovero e i farmaci, sottraendogli quello stato mentale iperfunzionale, gli avevano impedito di ultimarle. Col passare del tempo A. comincia a mettere in dubbio l'esperienza precedente: *“stavo rileggendo gli appunti che avevo scritto e non hanno alcun significato, devo proprio essere uscito fuori di testa”*.

Dopo un periodo di circa due mesi A. sembra essere più stabile e fluido nei pensieri rendendo possibile lavorare su alcuni suoi stati mentali che emergono. Appare subito centrale in A. il bisogno

di essere efficiente e non mostrarsi manchevole. È fortemente preoccupato della sua performance sociale e lavorativa che mette in stretta relazione con il suo valore personale. Difficilmente però riesce ad attribuire le sue sensazioni corporee e somatiche a stati emotivi e a metterle in relazione con quello che gli sta accadendo. Ad esempio: parlando delle difficoltà che aveva vissuto ad una festa di compleanno alcuni giorni prima A. comincia a toccarsi i muscoli del collo e della spalla con smorfie di sofferenza: “**A.:** *mi scusi ma alcune volte sento dolore a questi muscoli, come se fossi appeso a dei ganci. Sa, quando andavo a scuola lo zaino era pesante e questo deve avermi procurato problemi alla schiena, perché è un problema che ho da allora*”, “**Ter:** *ha fatto caso se ci sono dei momenti in particolare in cui le capita questo fastidio?*”, “**A.:** *no, ogni tanto capita*”, “**Ter:** *in questo momento si sente per caso teso, agitato?*”, “**A.:** *Non saprei, non mi sembra...*”.

Dopo un periodo in cui stimolo costantemente A. a fare attenzione alle sue sensazioni somatiche e a metterle in relazione alle situazioni che sta vivendo (vedi intervento terapeutico) riusciamo a ricostruire i seguenti ABC (vedi tabella 1).

A	B	C
In un periodo in cui sente di avere problemi di concentrazione e di memoria si trova insieme ad alcuni amici	Ora dovrei dire qualcosa per non sembrare noioso e apparire interessante, ma non riesco a tenere un concetto chiaro in testa! - sto facendo la figura dell'impacciato	-Senso di smarrimento -Peso allo stomaco (Ansia) -abbassa lo sguardo (vergogna)
-Senso di smarrimento -Peso allo stomaco -Abbassa lo sguardo (vergogna)	Ecco, ora sì che non sarò in grado di dire qualcosa di sensato né di stare attento, così si che farò la figura dell'impacciato - Gli altri si stanno accorgendo che non riesco nemmeno a guardarli in faccia: penseranno che sono uno con problemi psicologici - Se reagisco così sono proprio “bruciato” e ormai non ci posso più far niente.	-Senso di smarrimento + -Peso allo stomaco + Tristezza
A	B	C
Durante l'incontro con gli amici sta prevalentemente in silenzio. Dopo essersi separato da loro...	Se continuo ad essere così alla fine gli amici non mi vorranno più. Che interesse possono avere a stare con uno così noioso Anche in futuro se non riesco a parlare avrò problemi con il lavoro	Agitazione (peso allo stomaco) Tristezza

Tabella 1: esempi di ABC ricostruiti con il paziente.

Queste sue valutazioni di fallimento nelle relazioni sociali gli portano alla mente altre situazioni in cui si sono avverati i suoi timori (*mood congruety effect*) aumentando la tristezza e l'autosvalutazione.

Gli stati mentali in cui emerge sempre come scopo centrale la prestazione si verificano anche in situazioni non sociali in cui studia da solo a casa (vedi tabella 2).

A	B	C
Sto studiando per la tesi e mi immagino l'esame in cui mi fanno domande sull'argomento	E se non rispondo bene o non rispondo affatto farei proprio una figuraccia	Ansia = -Vista offuscata -fastidi alla pancia e bisogno di andare in bagno
Ansia = -Vista offuscata -fastidi alla pancia e bisogno di andare in bagno	Così non riesco a studiare, sto perdendo tempo e avrò maggiore probabilità di fare una figuraccia all'esame E se mi sento offuscato e di andare in bagno anche durante l'esame?	Ansia += -Vista offuscata + -fastidi alla pancia e bisogno di andare in bagno +

Tabella 2: esempio di ABC in un contesto non sociale ricostruito con il paziente.

In generale A. esprime una forte preoccupazione per i due ricoveri, ritenendo la malattia irrecuperabile e la sua condizione di vita (nei termini di relazioni interpersonali, realizzazione lavorativa) fortemente compromessa. Ricorda se stesso nel periodo dai 15 ai 19 anni come ben funzionante, brillante nelle conversazioni, rapido e pronto nel tenere un concetto in testa. Si colpevolizza per aver fatto alcune scelte (assunzione di droghe) che a suo avviso lo hanno portato a sviluppare il disturbo. La sua difficoltà a riconoscere ed individuare i suoi stati interni (emozioni) e a metterli in relazione con le situazioni vissute e i sintomi derivanti (es. confusione mentale) aumentano la percezione del disturbo come invalidante per sé (sono confuso perché “bruciato” dalla malattia e non perché in ansia). Allo stesso modo, i momenti positivi sono vissuti solo nei termini di assenza di sintomi, senza capacità di riconoscere i fattori che hanno determinato la loro assenza. Questi vissuti portano A. a percepire la sua condizione di malato come imprevedibile e quindi ingestibile, aumentando le sue preoccupazioni.

L'elevato investimento di A. nell'obiettivo di essere valutato positivamente dagli altri e l'attribuzione del valore personale in base alla performance rappresenta l'asse principale in cui si struttura il suo disturbo bipolare. Nel periodo in cui ha iniziato la terapia, A. stava uscendo dalla fase maniacale ed entrando in quella depressiva. I sintomi associati allo stato depressivo come la perdita di energia, le difficoltà di concentrazione e di memoria associati allo stigma del ricovero, hanno minato in A. la percezione di sé come efficace nelle relazioni interpersonali e nello studio.

Questa condizione ha messo fortemente a rischio l'obiettivo di A. creando le condizioni per un quadro clinico di tipo fobico sociale. Infatti, A. ha iniziato ad essere fortemente preoccupato di incontrare gli amici per paura di fare figuracce, di non riuscire a parlare e seguire i discorsi, e pertanto di essere considerato un impacciato o uno con problemi mentali. Questa condizione lo ha portato ad evitare le situazioni temute aumentando l'isolamento sociale e il suo stato depressivo. Inoltre, le occasioni in cui si è trovato in situazioni sociali e si è dimostrato fallimentare hanno aumentato la sua autosvalutazione con conseguente aumento della depressione. Al contrario, quando l'umore di A. risaliva i sintomi associati alla depressione venivano meno e A. si percepiva più efficace nelle relazioni sociali. Infatti, A. ha riportato situazioni in cui usciva con gli amici e stava bene, senza essere preoccupato di non riuscire a tenere una conversazione. In quelle situazioni si sentiva capace nel fare battute e nell'apparire simpatico agli altri. Anche in queste occasioni però, va tenuto conto che la valutazione di A. sulla percezione di benessere\malessere in una situazione sociale è fortemente dipendente dalla sua prestazione e non dalla condivisione emotiva ed empatica con altre persone.

Fattori e processi di mantenimento

Per il disturbo bipolare.

Nonostante A. appaia molto motivato nella terapia e mostri una buona aderenza al trattamento farmacologico, il suo obiettivo di essere valutato positivamente lo pone in alcuni contesti sociali a non tirarsi indietro rispetto a condotte potenzialmente nocive per la sua malattia. Per esempio, uscendo la sera con gli amici, per paura di essere giudicato negativamente, non si astiene dal bere bevande alcoliche anche fino a tarda notte. Questi comportamenti possono pertanto minare il mantenimento della fase eutimica e provocare instabilità nell'umore con potenziali ricadute.

Per la fobia sociale e depressione

Un primo meccanismo intrapsichico di mantenimento è rappresentato dall'elevato investimento nel *goal* di essere valutato positivamente dagli altri. Il perseguimento dello scopo legato al dover dimostrare di essere capace fa sì che nel momento in cui sperimenta la sensazione di non esserci riuscito e di aver fallito, ciò gli rimandi ancora di più l'idea di incapacità e di umiliazione favorendo, inoltre, un aggiuntivo aumento dell'ansia e della vergogna. Questo meccanismo è inoltre aggravato dalla sua credenza che un fallimento anche piccolo comprometta irrimediabilmente il proprio valore e potenzialità (*"ho sbagliato sono un cretino, ora ho meno possibilità di realizzarmi in futuro"*).

A. produce una serie di ragionamenti iperprudenziali che lo portano a stimare come più probabile l'evento temuto, e a ciò consegue una valutazione del tipo *better safe than sorry* (ad es. "stai zitto finché non hai chiaro il concetto in testa"). Ne consegue, tuttavia, che sia portato ad evitare sempre di più le situazioni sociali (a causa di questa sovrastima) non concedendosi di sperimentarsi e mettersi alla prova nella situazione che gli provoca ansia, e questo impedisce di disconfermare l'ipotesi temuta (potrebbe, infatti, riuscire a sopravvivere nonostante avvenga la catastrofe).

Pensieri di tipo ruminativo su doverizzazioni:

- Devo essere simpatico e brillante (altrimenti gli altri mi abbandonano)
- Non devo fare errori (altrimenti non mi realizzo nella vita)
- Devo essere sempre attento ed efficiente
- Devo essere interessante

Le ruminazioni portano A. ad un continuo *check* della sua performance con una maggiore attenzione a quelle negative, in quanto sono quelle a cui deve porre rimedio. Il passare molto tempo in queste ruminazioni aumenta la percezione di catastrofe nel fallimento. Così facendo, A. espone costantemente se stesso a immagini che rappresentano situazioni fallimentari peggiorando e mantenendo la sua tristezza.

Questi doverizzazioni sono poi associate a scopi di vita descrittivamente poveri e ambigui. Infatti, A. non ha ben chiaro cosa intende per realizzazione personale che il più delle volte viene valutata in potenziale: questo significa che nell'ottica di A. da una serie infinita di possibilità potenziali di realizzazione vengono virtualmente sottratte alcune opzioni ogni qualvolta si dimostra incapace, in-efficace o manchevole. Questo tipo di visione porta A. a vedere ogni piccolo fallimento come una perdita di potenziale e ad aumentare la tristezza e l'autosvalutazione.

A., inoltre, in seguito a situazioni in cui si è riconosciuto fallimentare (ad es. non riuscire a parlare con gli amici, dimenticare un appuntamento) e dove ha esperito ansia e/o vergogna e/o tristezza tende a ricordare eventi passati in cui ha esperito quelle emozioni e soprattutto situazioni in cui si sono realizzati gli eventi temuti (ad es. essere impacciato, dimenticare un appuntamento). Questi eventi sono per A. esempi di fallimento, che aumentano la sua percezione di essere fallimentare (*mood congruety effect*). Queste immagini di sé come fallimentare lo portano ad evitare ulteriormente le situazioni temute.

Esordio e Scompenso

L'esordio e lo scompenso non sono ancora chiari ma possono forse essere ricondotti all'inverno del 2004 quando A. trova lavoro a Milano in una società di montaggio televisivo. Si allontana pertanto dai genitori e vive un periodo di piena libertà. A Milano fa un forte uso di cannabinoidi e stimolanti (scompenso per l'episodio maniacale), e per ragioni di lavoro (turni di notte) altera il suo ritmo sonno-veglia. A. riporta che in quel periodo amava girare la città pattinando per lunghi periodi (forse eccitazione psicomotoria). Sempre a Milano, insieme al suo collega e compagno di stanza, conosce un barbone che gli propone una serie di teorie filosofiche sulla realtà del mondo. In quelle occasioni A. comincia a perdersi in queste teorie fino a sviluppare una sua percezione del mondo in cui si sentiva in grado di ricostruire la sua vita partendo dalla modificazione di eventi passati e dall'osservazione di come questi potessero modificare il suo futuro. A. riporta che in quel periodo faceva molta attività fisica, pattinava molto e cominciava a sentire il bisogno di stare in movimento (o pattinare) anche tutta la notte fino a giungere al ricovero.

Un secondo scompenso è avvenuto al secondo ricovero, quando A. si è reso conto di aver avuto una seconda ricaduta (nonostante non assumesse droghe) e quindi di essere cronicamente malato.

Vulnerabilità

Indipendentemente dalla componente biologica del disturbo, gli standard perfezionistici e il bisogno di essere valutato positivamente dagli altri potrebbe essere alla base di condizioni vissute come stressanti (ansia prestazionale), di comportamenti nocivi (consumo di alcolici e perdita di sonno) che possono aggravare il disturbo e portare a ricadute. L'origine di tali credenze fortemente radicate in A. potrebbe risalire già alla prima infanzia.

Infatti, A. racconta che nonostante avesse un rendimento scolastico più che sufficiente i genitori non si mostravano mai soddisfatti, ma gli richiedevano di impegnarsi sempre di più. Ricorda episodi in cui la madre parlando con le amiche diceva che A. andava bene ma che non si impegnava abbastanza e che bisognava sempre spronarlo, anche quando lui riteneva di essere andato bene. Ricorda, inoltre, che il padre aiutandolo a fare i compiti di matematica lo aggrediva con rabbia ogni qualvolta faceva errori dicendogli che doveva stare più attento e concentrarsi di più. Anche nel presente, A. riporta discussioni con la madre e il padre che lo rimproverano di aver trascurato faccende domestiche o non aver seguito con scrupolo e attenzione impegni universitari (pratiche per la tesi) o di carattere medico (analisi cliniche, appuntamenti). In generale, gli rimproverano di essere distratto, poco impegnato e pertanto inaffidabile.

Un altro fattore che può essere ricondotto ad un vissuto familiare di non accettazione del fallimento è quello dell'abbandono degli studi da parte del padre. Infatti, il padre da giovane era emigrato in Italia per studiare ingegneria meccanica. Interrompe però gli studi con la nascita di A. e attualmente fa il portiere di condominio. A. riferisce di aver assistito più volte a situazioni in cui la madre biasimava il marito per aver rinunciato agli studi.

Questi fattori potrebbero quindi aver contribuito alla genesi in A. di scopi con standard elevati ma non concreti.

La terapia

L'obiettivo concordato della terapia è stato quello di indagare gli stati mentali\psicologici che lo rendono vulnerabile alle ricadute e l'individuazione dei prodromi, al fine di intervenire preventivamente sulle stesse.

La prima fase, durata per un lungo periodo, è stata incentrata sul riconoscimento degli stati mentali e dei vissuti emotivi. Considerate le difficoltà di A. nel riconoscimento degli stati mentali è stato fatto un lavoro di addestramento sistematico nel tempo ad attribuire i sintomi percepiti alle emozioni e a metterli in relazione con le situazioni e i pensieri. In particolare il lavoro era focalizzato sul visualizzare immaginativamente le situazioni e ricostruire gli ABC. Questa prima fase gli ha permesso di riconoscere che le sensazioni di confusione e mancanza di attenzione fossero riconducibili a stati emotivi come l'ansia e a stati depressivi (quindi più controllabili e transitori) che a un danno irreparabile dovuto alla malattia (quindi più ingestibili e irrecuperabili), normalizzando il vissuto di malattia di A.. Questa prima fase ha avuto l'effetto di ridurre in parte le sue preoccupazioni nei contesti sociali. Ha iniziato a vedere più spesso piccoli gruppi di amici riferendo che la sensazione di confusione e ansia erano più basse e gestibili.

In un secondo momento, quando A. iniziava ad avere più chiari alcuni suoi stati mentali ed emotivi ho cominciato a dedicare una serie di incontri alla psicoeducazione sul disturbo bipolare. Abbiamo così affrontato le caratteristiche del disturbo ad A. adattandole al suo modello di funzionamento cognitivo. Molto importante in questa fase è stata la spiegazione della differenza tra fattori eziologici e scatenanti. Questo ha ridotto il forte senso di colpa e svalutazione di A. sulla passata assunzione di droghe e ha migliorato la sua consapevolezza di come alcune sostanze (alcol e caffè) possono essere deleterie per il suo disturbo. Inoltre, questo ha aumentato l'idea di A. di avere un qualche potere gestionale sulla malattia. Successivamente è stata affrontata l'importanza dell'aderenza al trattamento farmacologico ed i pericoli della sua sospensione. In questa fase, il problema più grande riscontrato è stata l'accettazione dell'idea di dover prendere i farmaci a vita.

Per A. ciò comportava due problemi: il primo è la paura degli effetti collaterali a lungo termine dei farmaci, il secondo degli effetti di leggera sonnolenza ed assopimento derivanti dalla loro assunzione. In particolare, questi due problemi minano l'obiettivo di A. di avere sempre una performance elevata e quindi ridurre le possibilità di successo relazionale e lavorativo. Pertanto, è stato discusso come la fase maniacale e la successiva fase depressiva sono state le cause maggiori di prestazioni scadenti. In particolare, abbiamo ricostruito e discusso come la confusione e i problemi di memoria da lui lamentati erano dovuti prevalentemente alla depressione più che ai farmaci. A tal fine, abbiamo compilato una lista dei pro e dei contro relativa all'assunzione dei farmaci, dalla quale è emerso come i farmaci avessero pochi effetti collaterali a confronto delle fasi maniacali e depressive. Inoltre, sfruttando i successi accademici (laurea triennale) che A. è riuscito ad ottenere durante l'assunzione dei farmaci, abbiamo concordato come in realtà la sua vita sotto farmaci non fosse affatto limitata. In un'ulteriore sessione, abbiamo fatto un elenco di quali sono i comportamenti e le cause scatenanti in genere che possono portare alle ricadute. In questa fase, che era stata accennata nei primi incontri della terapia, abbiamo affrontato l'importanza della regolarità nello stile di vita e di avere un ritmo sonno-veglia regolare con orari di addormentamento e risveglio il più costanti possibile e che ricoprissero almeno 7-9 ore di sonno. Inoltre, ho istruito A. su una serie di regole di igiene del sonno al fine di apprendere quali sono i comportamenti che possono alterare la regolarità del sonno. Inoltre, ho consegnato ad A. dei diari del sonno da compilare tutti i giorni al risveglio dove doveva indicare l'orario di addormentamento e risveglio e l'orario di assunzioni dei farmaci più altre informazioni sulla qualità del sonno. Questo è stato fatto al fine di avere una maggiore consapevolezza delle proprie abitudini di sonno e veglia e per avere degli indicatori di cambiamento nella fase ipo-maniacale. Al fine poi di identificare i possibili prodromi di una fase ipo-maniacale è stata stilata una lista dei possibili cambiamenti che possono essere considerati un campanello di allarme. Pertanto, una diminuita quantità di sonno, l'aumento delle discussioni con i familiari e l'aumentato bisogno di attività fisica (passeggiate o pattinare) sono stati riconosciuti come indicatori o segnali della necessità di una richiesta di aiuto (familiari o psichiatra).

La seconda fase della terapia, ancora in corso, è volta a ridurre i fattori di vulnerabilità come lo stress generato dall'ansia da prestazione e i comportamenti nocivi derivanti dal bisogno di essere valutati positivamente dagli altri (come descritto in precedenza). Inoltre, è volta ad indebolire alcune credenze disfunzionali e i processi di mantenimento degli stati depressivi e fobici sociali sopra descritti, che possono condurre alle ricadute. In generale, l'intervento ha come obiettivo

quello di ridurre la pervasività dell'investimento elevato di A. nella performance e nel bisogno di essere giudicato positivamente dagli altri.

Nello specifico, partendo dalla ricostruzione dei contesti che producono in A. un quadro di tipo fobico sociale, sono state affrontate alcune credenze disfunzionali. In primo luogo, è stata messa in discussione la credenza rigida che un errore sia una prova di mancato valore, facendolo riflettere sul fatto che il comportamento di un momento non definisce il valore di una persona (es. si può sbagliare un giorno e fare bene il successivo). Questo è stato fatto perché le situazioni in cui A. riteneva di aver fatto una brutta figura o aver commesso un errore erano viste come irrimediabili e definitivamente caratterizzanti il suo valore in negativo. Pertanto, mostrargli che alcuni giorni la sua prestazione sociale fosse buona e in altri meno, fosse dovuto a uno stato momentaneo, lo ha aiutato a riconsiderare l'idea che la prestazione di un giorno lo definisse nel suo valore.

Un'altra credenza messa in discussione è stata quella concernente la valenza catastrofica di una figuraccia. In questo caso abbiamo discusso quanto fosse per A. catastrofico il fare una figuraccia con alcuni amici, quali potessero essere le conseguenze, e se veramente gli altri non avessero più voluto avere niente a che fare con lui dopo una figuraccia. In particolare, ho fatto soffermare A. su come avrebbe considerato o valutato un suo amico il giorno in cui gli capitava di fare una figuraccia. Oppure, facendolo riflettere sul fatto che le persone che lo conoscono bene basano il loro giudizio su di un periodo prolungato e non su un episodio momentaneo.

Infine, stiamo intervenendo sugli scopi perfezionistici e ambigui e le doverizzazioni che ne conseguono. In particolare, stiamo cercando di mettere in discussione la convinzione di A. di dover sempre apparire interessante e simpatico agli altri e il fatto di vivere le relazioni interpersonali come una competizione tra sé e gli altri. A tal scopo, gli mostro come l'investimento in uno scopo così ambizioso lo porterebbe inevitabilmente al fallimento (non si può piacere a tutti) e ad aumentare la sua percezione personale di fallimento. Infatti, apparire interessante a tutti è un compito fortemente oneroso, perché richiede di conoscere ciò che interessa ad ognuno dei suoi interlocutori. Gli pongo domande del tipo: *"è veramente necessario essere interessante a tutti, non ci sono persone più significative di altre per te? Persone per cui vale la pena questo sforzo"...* *"in questo modo non pensi di rinunciare a quelli che poi sono i tuoi interessi?"*. In questo modo, sto cercando di far accettare ad A. l'idea che può non piacere ad alcune persone, ma che questo non comporta che non ci siano persone che lo apprezzino molto. La difficoltà più grande in questa fase dipende dal fatto che A. vede e ha sempre visto le relazioni interpersonali in termini competitivi. Pertanto sto cercando di far comprendere ad A. che le relazioni diventano piacevoli quando vi è la condivisione

empatica di emozioni e che questo obiettivo può essere raggiunto quando si accetta di poter perdere la partita.

Per quanto riguarda, gli aspetti fobico sociali e depressivi di A., ho preferito non intervenire comportamentalmente sugli evitamenti con tecniche di tipo espositivo ma solo discutendo gli schemi di funzionamento. Questo perché, gli aspetti fobico sociali dipendono fortemente dallo stato dell'umore e vengono meno con il miglioramento dell'umore. Pertanto, ho sfruttato le variazioni di umore per far esperire ad A. come certe emozioni fossero dipendenti dallo stato umorale.

Difficoltà nella terapia

Il bisogno di A. di rappresentarsi secondo standard perfezionistici contrasta con l'obiettivo della terapia di mettere in luce ed accettare le sue difficoltà. Ogni intervento, come per esempio la ricostruzione di un ABC mette A. di fronte alla concretezza delle sue difficoltà e debolezze allontanandolo dall'immagine di sé come persona che deve mantenere standard perfezionistici. Questo problema crea delle resistenze da parte di A. nell'accettazione degli stati mentali che emergono durante il colloquio. Una particolare attenzione ad accettare e normalizzare il vissuto di A. è stato spesso di grande aiuto.

Esito della terapia

A. ritiene di sentirsi meno preoccupato per la sua patologia e sembra ormai aver raggiunto uno stato prevalentemente eutimico. Si presenta sempre alle sedute di terapia con puntualità e, tranne rare occasioni ben motivate, non ha mai saltato un appuntamento. Riesce a studiare con continuità e a dare esami. Frequenta gli amici con minor timore e preoccupazione. Al momento segue il trattamento farmacologico e il suo ritmo sonno veglia non appare alterato. Non ho osservato rilevanti e bruschi cambiamenti d'umore.

Fabio Moroni

**III Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma
Specializzato a Roma, training Semerari-Lorenzini (SPC)**

e-mail: fabio.moroni@uniroma1.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it