

## Un caso di Disturbo Delirante e Disturbo Evitante di Personalità

Fabio Moroni<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Psicologia, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna

<sup>2</sup>Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

### *Riassunto*

Il presente lavoro descrive il trattamento cognitivo comportamentale di un paziente di circa 25 anni con diagnosi di Disturbo Delirante (Tipo di Persecuzione ed Erotomanico) e di Disturbo Evitante di Personalità. Considerato il grado elevato di ritiro sociale e la forte sospettosità del paziente, la prima parte del trattamento è stata incentrata sulla costruzione della fiducia e dell'alleanza terapeutica. In un secondo momento, nelle occasioni in cui il paziente riusciva ad affrontare in seduta i suoi stati mentali problematici, l'intervento è stato incentrato prevalentemente sulla normalizzazione, psicoeducazione e ricostruzione degli stessi. Ad un anno dall'inizio del trattamento, il paziente appariva meno depresso, mostrava un maggiore distacco dai suoi pensieri riuscendo a volte a metterli in discussione.

### *Summary*

Here, it is described the cognitive-behavioral treatment of a 25 years old patient with a diagnosis of Delusional Disorder (Persecutory and Erotomanic type) and Avoidant Personality Disorder. As a first step, the treatment has been focused on building trust and therapeutic alliance, since the elevated social withdrawal and mistrustfulness of patient. Successively, when the patient was able to face his problematic states of mind, the intervention has mainly been focused on normalization, psychoeducation and reconstruction of such states. At one year from the beginning of the treatment, the patient looked less depressed, he showed a higher detachment from his thoughts, being sometimes able to bring them into question.

### **Dati anagrafici ed attuali condizioni di vita**

G. (figlio unico) è un ragazzo di 25 anni nato in Polonia. I genitori si separano quando lui aveva 4 anni, e da allora è stato cresciuto solo dalla madre. Nel 1995, all'età di nove anni, lui e la madre si

Fabio Moroni, Un caso di Disturbo Delirante e Disturbo Evitante di Personalità, N. 10, 2012, pp. 37-46

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)

trasferiscono in Italia. Attualmente, G. vive sempre con la madre in un piccolo appartamento e studia scienze politiche dopo aver abbandonato giurisprudenza.

#### **Invio e contesto della terapia**

G. viene inviato, a gennaio del 2011, al CSM da uno psichiatra con cui era in cura. Le motivazioni di invio erano un sospetto disturbo fobico sociale o disturbo evitante di personalità. G. mi viene inviato per un *assessment* e definizione del problema. La terapia farmacologica attuale prevede la somministrazione di Depakin (*sodio valproato*) 500 mg/die e Zeldox (*ziprasidone*) 40 mg/die.

#### **Definizione del problema secondo il paziente: sintomatologia dichiarata**

G. riferisce di sentirsi molto in ansia quando si trova insieme ad altre persone. Quando si trova a lezione all'università si sente gli occhi degli altri addosso e si sente avvampare e arrossire in volto. Ritene che gli altri possano accorgersene e prenderlo in giro. Ritene, inoltre, che il rossore in volto possa essere interpretato dagli altri come un segno di eccitamento sessuale e che gli altri possano prenderlo in giro perché sta facendo pensieri di tipo maniaco-sessuale sulla professoressa. G. riferisce che non ha amici e che non ha mai avuto una relazione con una ragazza. G. racconta che ha questi problemi dalla scuola media e sono peggiorati durante le superiori. In quel periodo riferisce di essere stato oggetto di ripetuti atti di bullismo da parte dei compagni. Si è sentito sempre descritto dagli altri compagni e professori come uno stupido e incapace, nonostante il suo rendimento scolastico fosse sufficiente. G. è molto preoccupato dal fatto che, se non sta molto attento, gli altri possano approfittarne e fargli del male.

#### **Definizione del problema in termini diagnostico-descrittivi**

G. soddisfa i criteri per il disturbo evitante di personalità (1- è riluttante nell'entrare in relazione con persone, a meno che non sia certo di piacere; 2- è inibito nelle relazioni intime per il timore di essere umiliato o ridicolizzato; 3- si preoccupa di essere criticato o rifiutato in situazioni sociali; 4- è inibito in situazioni interpersonali nuove per sentimenti di inadeguatezza; 5- si vede come socialmente inetto, personalmente non attraente, o inferiore agli altri). Tale disturbo però è in comorbilità con un disturbo delirante di tipo persecutorio e erotomanico. G. ritiene di essere pedinato e controllato da alcuni esponenti politici del governo che complottano contro di lui. Il complotto si sarebbe poi allargato per conoscenze ai professori universitari che farebbero di tutto per fargli abbandonare l'università. Inoltre dichiara di essere stato oggetto di proposte sessuali da parte del ministro dell'ambiente. Tale convinzione delirante sussiste in maniera continuativa da un anno circa. Non dichiara allucinazioni. Comunque la diagnosi di G. non è al momento ancora del

tutto chiara poiché esistono due possibili alternative. A) Il disturbo evitante di personalità potrebbe essere secondario al disturbo delirante, in quanto gli aspetti di evitamento sociale potrebbero essere dovuti alle interpretazioni persecutorie derivanti dal delirio. B) G. potrebbe appartenere a quella categoria di pazienti in cui un determinato assetto della personalità associato a specifici eventi significativi come forti vissuti di umiliazione e vergogna possono aver sviluppato una forma di delirio reattivo, secondo quanto descritto da Kretschmer.

### **Definizione del problema secondo il terapeuta**

G. appare fin dai primi incontri molto distaccato emotivamente. L'idea che si ha avendolo di fronte e che sia un robot, appare rigido, freddo e sospettoso. Gli aspetti di ansia sociale sono i primi ad emergere in terapia. Infatti, come descritto in precedenza, G. mostra le caratteristiche della fobia sociale. Si sente in forte agitazione quando deve affrontare una situazione sociale come le lezioni all'università. Si sente gli occhi degli altri addosso, si irrigidisce e prova vergogna. Si preoccupa che gli altri possano accorgersi delle sue reazioni emotive come lo stare rigido e soprattutto l'arrossire, e che queste reazioni possano essere interpretate dagli altri come un segno di debolezza. Indagando però maggiormente le sue preoccupazioni, emerge come non sia prevalentemente la sua immagine sociale a essere in pericolo. G. riporta, infatti, che il suo più grande timore è quello che gli altri vedendolo debole possano approfittare di lui e fargli del male. Questa credenza si radica in G. durante il periodo delle superiori, anche se probabilmente ha origini più remote (vedi storia di vita). Riferisce che in quel periodo era preso di mira dai compagni e sottoposto a molti scherzi (alcuni fortemente violenti) che viveva con forte umiliazione e senso di impotenza. G. ricorda che in quel periodo già manifestava preoccupazione per le situazioni sociali, come le interrogazioni o i momenti di ricreazione. G. ha attribuito le violenze subite alla sua incapacità di reagire e al fatto di mostrarsi debole (rigidità e rossore) agli altri. Uno degli aspetti più rilevanti nella sua preoccupazione che gli altri gli facciano del male, è che lui non teme primariamente un'aggressione diretta (cosa a cui ritiene possa sopravvivere) ma piuttosto una subdola, nascosta e imprevedibile cospirazione nei suoi confronti. Pertanto, la sua maggiore forma di preoccupazione è che qualcuno che gli vuole far del male stia tramando nell'ombra. G. mostra una grave incapacità a descrivere i suoi interlocutori, che nei suoi racconti non si caratterizzano e rimangono confusi. Se sollecitato a descrivere meglio i comportamenti o le espressioni facciali delle altre persone che giustificano l'idea di G. di essere odiato da loro, non riesce a farlo utilizzando immagini stereotipate. G. mostra forti difficoltà a differenziare tra realtà esterna e i suoi vissuti interni attraverso i quali ricostruisce gli eventi esterni prendendo alcuni stimoli a loro conferma. Per esempio, mi racconta che una volta

uscito dalla messa va incontro a due compagni del corso di pugilato che frequentava: “**G.:** *mi sono avvicinato per salutarli, ma non volevano parlare con me e hanno cominciato a ridere di me*”, “**Ter:** *come hai fatto a capire che stessero ridendo di te?*”, “**G.:** *ridevano e mi guardavano*”, “**Ter:** *d'accordo, ma non poteva essere che stessero ridendo da prima per i fatti loro e poi ti hanno guardato vedendoti avvicinare?*”, “**G.:** *no, ridevano di me perché il maestro di box me li ha messi tutti contro. L'ho deluso quando non ho fatto l'incontro di box che aveva organizzato per me e da allora ce l'ha con me. Dice a tutti che sono un coglione. Poi mi 'sputtana' dicendo a tutti che affitto i film porno al negozio del fratello*”.

G. mostra un umore prevalentemente depresso, ritiene di essere un incapace che all'età di 25 anni non riesce a completare gli studi e/o ad avere un lavoro. Vive forti sensi di colpa verso la madre, perché vive alle sue spalle e non contribuisce al mantenimento della famiglia. Questo senso di colpa è aggravato dal fatto che la madre emigrata in Italia lavora come domestica e pertanto vivono in forti ristrettezze economiche e con grossi sacrifici da parte della madre. Considerato il forte sentimento di incapacità e di autosvalutazione di G., ritengo che il suo delirio paranoide ed erotomanico possa rappresentare una risposta alle minacce alla sua autostima. Questa idea è avvalorata dal fatto che più volte G. appare euforico nel suo delirio. Ad esempio capita spesso che G. racconti ridendo: *”ma si rende conto dottore! Una cosa così assurda doveva capitare proprio a me che non sono nessuno e che non sono capace a far niente. Si rende conto! La ministra dell'ambiente che si innamora di me*”. In altre occasioni il delirio di G. vira verso forme più grandiose del tipo: *mi vogliono (riferito ad alcuni importanti esponenti politici) nel loro entourage politico*. In altri momenti invece G. si racconta molto preoccupato, sostenendo che hanno pensato di ucciderlo, o che lo costringeranno a fare lavori sporchi con la mafia o a fare il gigolò. Comunque anche in questi ultimi casi l'espressione del viso di G. non corrisponde alla gravità dell'argomento, mantenendo sempre un'espressione di riso paralizzato, quasi paretico. La mancanza di corrispondenza tra espressioni facciali e contenuti del racconto, come la rigidità anaffettiva durante le sedute, mi fanno ipotizzare la presenza di stati dissociativi in G.. Se interrogato non li riconosce. Considerata però la sua storia di vita potrebbe essere plausibile che viva sintomi dissociativi da così tanto tempo da non riconoscerli più come alterazioni della normalità.

### **Storia di vita**

G. nasce a Varsavia e i genitori si separano quando lui aveva 4 anni. Lui e la madre rimangono a Varsavia per altri tre anni fino a quando la madre perde il lavoro e si trasferiscono dallo zio in una cittadina sul Baltico. Lo zio vive con la moglie e un bambino di 1 anno. G. racconta che aveva un

buon rapporto con gli zii. In quel periodo frequenta le elementari e fa amicizia con un compagno di classe e di banco. Sempre in quel periodo, quando aveva 8 anni, ricorda che un giorno un ragazzo vicino di casa gli aizza contro il cane. G. racconta che il cane lo assalì e gli morse il petto. Rimangono dagli zii per due anni poi si trasferiscono di nuovo in un'altra città. Nella nuova città la madre conosce un nuovo compagno che G. definisce come persona colta (faceva l'ingegnere) e che lo trattava con affetto. G. sostiene di aver vissuto con frustrazione la presenza del nuovo compagno della madre, in quanto gli sottraeva le attenzioni della madre e lui non poteva farci niente. In quel periodo la nonna materna si ammala e viene a vivere da loro per un periodo, muore di fronte ai suoi occhi. Nella nuova scuola stringe amicizia con alcuni bambini. Anche in questo periodo G. racconta episodi di bullismo, come dei bambini più grandi che lo minacciavano di picchiarlo se non gli avesse dato i soldi. Il problema viene risolto con l'intervento di un suo zio che parla con i bambini e con la preside della scuola. Un altro episodio di violenza riguarda un ragazzo più grande che picchia l'amico di G. di fronte a lui e ad altri bambini del gruppo di scout. G. riguardo a questo episodio ricorda un senso di paralisi e impotenza. Quando ha 9 anni lui e la madre si trasferiscono in Italia. Frequenta la quarta elementare e ricorda quel periodo come sereno. La maestra mostra molto affetto nei suoi confronti ed un grande impegno ad insegnargli l'italiano. Stringe amicizia con alcuni compagni con cui gioca e trascorre dei momenti che descrive come spensierati. Alle scuole medie ricorda di non essersi impegnato molto nello studio. Si percepiva inferiore agli altri perché dimostrava meno anni. Ricorda di aver fatto alcune bravate come marinare la scuola insieme a due suoi compagni. Vengono però scoperti e la professoressa contatta la madre, e G. ricorda sua madre molto amareggiata. In quella occasione ha provato un forte senso di colpa e paura di aver compromesso l'affetto di sua madre: *“lei si è fatta in quattro per me ed io l'ho delusa”*. Dopo la scuola media frequenta un istituto tecnico ed il suo rendimento scolastico non è brillante ma nemmeno insufficiente in quanto viene sempre promosso. Negli anni delle superiori non riesce già più a socializzare, sostiene di essere costantemente preso di mira dai compagni: *“una volta hanno riscaldato la carta stagnola con l'accendino e poi me la hanno messa sul collo...il collo mi bruciava ma il professore mi ha detto di rimanere al posto, poi ho deciso di alzarmi e di andare dal preside che mi ha accompagnato al pronto soccorso”*. Descrive i momenti di bullismo come situazioni violente e inaspettate in cui lui non riesce a reagire. Attribuisce questi fenomeni a fattori esterni, come il fatto di essere un extracomunitario e pertanto odiato da tutti, anche dai professori.

Da tutti i racconti della sua vita passata emerge sempre la sensazione da lui esperita di incapacità a reagire e di *freezing*. Del resto in tutti gli episodi raccontati, G. non è mai stato capace di far fronte da solo alle difficoltà. Effettivamente queste sono state subite passivamente o sono state

risolte tramite l'intervento di altri. Tali vissuti possono aver radicato in G. l'idea di essere incapace a fronteggiare le minacce e aver minato fortemente la sua autostima.

### **Fattori e processi di mantenimento**

Lo stato mentale di ritenere che il prossimo lo giudichi male e che gli faccia sicuramente del male porta G. a focalizzare l'attenzione sugli stimoli negativi e ad ignorare quelli positivi, aumentando la sua percezione di essere non voluto e maltrattato. Inoltre, la forte focalizzazione sull'ipotesi maggiormente temuta (essere pedinato o che qualcuno stia tramando alle sue spalle), porta G. a cercare continuamente le prove dell'ipotesi. Attivamente osserva le auto che passano cercando un segnale dei pedinatori. Questo, da un lato aumenta lo stato di allarme, dall'altro lo porta ad errori di valutazione e a saltare subito alle conclusioni. Sia lo stato mentale di essere malvoluto, che il *bias* di saltare subito alle conclusioni lo portano ad un costante evitamento delle situazioni sociali che vengono considerate a priori un'aggressione nei suoi confronti, impedendo in tal modo la disconferma delle ipotesi temute.

Un altro meccanismo di mantenimento sono i cicli interpersonali. L'atteggiamento fortemente sospettoso e protettivo (mani incrociate o lungo i fianchi, sguardo aggressivo) di G., mettono in allarme un possibile interlocutore che può a sua volta sentirsi minacciato o malvoluto. Questo potrebbe comportare che la persona lo aggredisca oppure prenda le distanze da lui, dimostrando l'avverarsi dell'ipotesi di G.

### **Esordio e scempenso**

Per quanto riguarda il disturbo evitante l'esordio è incerto, ma presumibilmente si struttura durante il periodo delle superiori. Il disturbo delirante ha come esordio il periodo in cui G. frequentava il secondo anno di giurisprudenza (un anno e mezzo prima dell'inizio della terapia). G. racconta che in quel periodo le aule piene delle facoltà gli facevano vivere dei forti stati d'ansia, ricostruiti come ansia sociale. In questo periodo in cui l'esposizione a tante persone fanno aumentare la frequenza del vissuto di sentirsi giudicato negativamente dagli altri, non riesce a superare un esame. Comincia così a sviluppare l'idea che la sua padrona di casa (professoressa di farmacologia), che lo odia, abbia chiesto al suo collega e preside di giurisprudenza di spingere G. ad abbandonare la Facoltà. Lo scempenso avviene quando, scelto di abbandonare giurisprudenza, la madre lo colpevolizza fortemente. G., sente di aver deluso fortemente la madre e la nonna, che si sono sacrificate tanto per permettergli di studiare. Lo stato di abbattimento (depressione) e la rinuncia a uno scopo importante, condiviso dalla famiglia, lo portano a rivolgersi ad uno psichiatra.

### **Vulnerabilità**

Il prolungato ritiro sociale contribuisce fortemente all'aggravamento dei meccanismi di mantenimento sopra descritti. G. non ha sviluppato nel tempo competenze sociali ed esperienze adeguate. Inoltre, ha forti difficoltà a comprendere gli stati mentali ed emotivi delle altre persone che accentuano i suoi *bias* di valutazione. La sua storia di vita è caratterizzata da numerose esperienze di abbandono, di relazioni sociali ridotte nel tempo e da episodi di reale aggressione. Tutti questi eventi hanno radicato profondamente in lui non solo l'idea di non essere amabile ma di essere odiato (perché inetto, extracomunitario o povero).

### **La terapia**

Considerati gli aspetti fortemente sospettosi di G., la prima parte della terapia è stata dedicata alla costruzione della fiducia e dell'alleanza terapeutica. G. non mi racconta dei suoi vissuti di persecuzione e rimane su aspetti di umiliazione per gli atti di bullismo subiti e di un certo timore che gli altri possano approfittare di lui. Concordiamo quindi l'obiettivo di lavorare su questi timori in modo da gestirli meglio al fine di mantenere alcune relazioni sociali e perseguire scopi come andare all'università e superare gli esami.

I primi aspetti che emergono in terapia sono una grande difficoltà nell'esprimere stati emotivi in seduta e nel discuterne. Mi è rimasto pertanto difficile, se non impossibile, affrontare degli ABC ben strutturati su stati emotivi associati al fallimento e sul senso di colpa che ne derivava. Quando affrontavamo le sue difficoltà a far fronte a questi stati emotivi o ne rivivevamo alcuni, tendeva a divagare con argomenti di politica italiana e internazionale, non dandomi la possibilità di ritornare sugli stati affettivi. Nei primi tempi ho pertanto permesso a G. di affrontare tali temi con tranquillità, ascoltandolo e mostrando interesse. Queste discussioni di storia e politica mi sono state utili al raggiungimento di tre obiettivi. Il primo è stato quello di far sperimentare ad una persona con ridottissime relazioni sociali la condivisione di un argomento per lui rilevante e quindi suscitare delle esperienze empatiche di condivisione. Il secondo è stato quello di sfruttare uno dei suoi pochi punti di forza (la cultura storica e politica) per mostrargli e valorizzargli le sue capacità al fine di diminuire il suo senso di incapacità e l'autosvalutazione. Il terzo è stato di aumentare la fiducia reciproca attraverso la riduzione delle distanze affettive derivante dalla condivisione.

Parallelamente, quando era possibile, affrontavamo i suoi timori verso gli altri. Gli interventi utilizzati sono stati di normalizzazione, del tipo: *“mi rendo conto che con tutte le brutte esperienze che ha avuto durante la sua vita sia naturale avere timore delle altre persone”...* e *che la sua sensazione di non riuscire a far fronte a queste minacce sia maturata in un periodo (l'infanzia) in cui non aveva le possibilità di affrontarle”*. Questi interventi venivano seguiti da discussioni in cui

gli mostravo come le condizioni precedenti erano differenti da quelle attuali. Gli mostravo come durante le superiori accade che alcuni ragazzi possano prendersi gioco di chi appare più sensibile e debole e che nell'età adulta questi comportamenti si verificano meno. Lo facevo pertanto riflettere sul fatto che negli ultimi anni nessuno lo aveva aggredito. Inoltre lo stimolavo a riflettere su quali potessero essere le motivazioni che spingevano i suoi compagni di scuola a prevaricarlo. Abbiamo così condiviso la possibilità che in quella età ci si sente deboli e un modo per sentirsi più forti è quello di prevaricare o aggredire un compagno. Questo ha permesso a G. da un lato di cominciare a ragionare sugli stati mentali altrui e dall'altro a considerare meno forti e terribili gli altri. In questo contesto ho introdotto anche il significato dei cicli interpersonali, e come un atteggiamento sospetto e aggressivo protettivo possa suscitare negli altri i comportamenti che si vorrebbero evitare.

Considerata la gravità del ritiro sociale e la forte componente paranoidea, gli aspetti fobico sociali sono stati trattati unicamente a livello psicoeducazionale senza prevedere un intervento di esposizione. In particolare mi sono soffermato maggiormente su alcuni aspetti che ritenevo più funzionali per G.. Abbiamo discusso su come l'ansia e la vergogna e le loro espressioni somatiche di tremore e rossore siano condizioni normalmente esperite da tutti. Che l'elevata attenzione e focalizzazione su questi sintomi porta a sopravvalutarne l'entità e la visibilità esterna, con l'ulteriore conseguenza di non fare più caso alle reazioni degli altri per avere un *feedback*. Prevalentemente, stimolavo G. a spostare l'attenzione verso l'altro e le sue espressioni emotive. Alcune volte lo stimolavo a cercare di capire cosa passasse nella mia mente e quale fosse la mia emozione prevalente, ma con regolare insuccesso. Rivelandogli poi quale fosse il mio pensiero riuscivo a disconfermare le sue convinzioni rigide, relative al giudizio negativo su di sé che attribuisce normalmente agli altri.

Dopo alcuni mesi, G. mi rende partecipe dei suoi deliri. La seduta successiva al suo *coming-out*, quando gli chiedo come si sente, riferisce di essere sollevato perché non l'ho trattato come un matto e perché gli ho dato fiducia senza criticarlo aspramente come si sarebbe aspettato anche da sua madre. Decido pertanto che non posso mettere in discussione il delirio e di lavorare al suo interno. Una conferma in tal senso mi viene da alcune sedute successive, in cui chiedo a G. di provare a pensare che tutto quello che lui crede sulle "persecuzioni" sia solo uno straordinario incastro di coincidenze, e che in realtà sia stato vittima unicamente di un suo grosso fraintendimento. Incitato in questo compito G. perde la sua espressione di riso e muta verso una espressione di profonda tristezza. Gli faccio notare di aver assistito ad un rilevante cambiamento emotivo, dal sorriso alla tristezza, sul suo volto e gli chiedo spiegazioni. G. riferisce di non essersene accorto. Questo esempio mi fa pensare che il delirio svolga un ruolo di difesa alla sua autostima.



Relativamente al delirio fino a questo momento sono intervenuto nel seguente modo: gli spiego che quando si teme fortemente qualcosa, un normale meccanismo cognitivo consiste nell'aumentare l'attenzione verso gli stimoli potenzialmente pericolosi e nel cercare unicamente quelli che confermano il nostro timore. Questo meccanismo ci può portare ad alcuni errori di valutazione. Per spiegare meglio questo concetto gli faccio anche degli esempi miei personali per fargli vedere come anche io sono incappato alcune volte nei suoi stessi schemi e come poi ho scoperto che fossero errati, facendogli vivere indirettamente un cambio di interpretazione. In seguito, non mettendo in discussione la storia generale del delirio, gli chiedo di raccontarmi alcuni eventi giornalieri in cui ha visto alcuni che lo pedinavano o che lo minacciavano o insultavano. Gli chiedo di dettagliare la situazione fino a quando intervengo con domande come: *"Sei sicuro che le cose siano andate come mi hai detto? Che prove certe hai? Ti vengono in mente altre possibili spiegazioni? Quanto sei sicuro da 0 a 100?"*. In seguito lo aiuto a sviluppare spiegazioni alternative e dopo averne prodotte alcune gli richiedo quanto adesso è sicuro da 0 a 100.

Un'altra generale strategia adottata è stata quella di farlo riflettere sul fatto che le sue aspettative di essere ucciso, costretto a lavorare per la mafia etc. non si stanno avverando, e che forse si potrebbe cominciare a ritenerle meno certe e discutibili.

Per quanto riguarda lo stato depressivo e la bassa autostima abbiamo lavorato sul raggiungimento dell'obiettivo terapeutico condiviso e cioè il riuscire a superare l'esame all'università. Abbiamo discusso su quali fossero le sue difficoltà a studiare. G. riportava di svegliarsi e provare una forte stanchezza, mal di testa e senso di confusione quando si metteva sui libri. Gli ho spiegato come i sintomi che provava dipendessero dal suo stato depresso e dalla sensazione di non farcela a preparare l'esame. Abbiamo visto insieme come continuando a studiare, nel momento in cui si rendeva conto di essere riuscito a fare dei progressi i sintomi diminuivano e poi passavano. Abbiamo condiviso la necessità di continuare a studiare perché questo gli dava una sensazione di capacità e diminuiva la presenza dei sintomi. Per fare questo ho utilizzato dei diari giornalieri di studio in cui G. doveva riportare quanto fatto. Costantemente portavo la sua attenzione sui progressi raggiunti mettendo in discussione la sua idea di incapacità. G., prova l'esame due volte ma non supera lo scritto per poco. La terza volta supera l'esame. Sfrutto questa situazione per incoraggiarlo e per mostrargli quanto la sua idea di incapacità non fosse realistica. Analizzando bene la sequenza della giornata d'esame, scopro che G. dopo aver fatto lo scritto torna a casa con l'idea di non averlo superato. Viene poi contattato telefonicamente a casa dalla commissione d'esame per avvisarlo che aveva superato lo scritto e che poteva presentarsi per l'orale. Torna all'università e supera l'esame. Indagando meglio sul perché fosse tornato a casa prima dei risultati,

scopro che G. riteneva la professoressa coinvolta nel complotto contro di lui per fargli abbandonare l'università e che quindi non gli avrebbe mai fatto superare l'esame. Colgo questo favorevole evento per mostrargli come il saltare a conclusioni sulla malevolenza delle persone fosse un atteggiamento fallace. Inoltre, ciò lo portava ad attuare comportamenti di evitamento che gli impedivano di esporsi a situazioni che potessero disconfermare la sua idea di incapacità. Inoltre, indagando meglio, scopro che anche nei precedenti esami si era comportato identicamente. La commissione lo aveva, infatti, informato che aveva passato anche i precedenti scritti. Questo mi ha permesso di dare maggiore rilevanza ai costi dei suoi evitamenti e di validare ulteriormente le sue capacità di studio. Attualmente, il superamento dell'esame risale a due settimane prima della stesura di questo caso. La terapia è ancora in corso.

### **Esito della terapia**

G. mostra ancora minimi miglioramenti che riguardano un minore stato depressivo e maggiore fiducia nelle sue capacità. Riesce ad accettare la messa in discussione di alcuni suoi pensieri di riferimento paranoidei e appare più rilassato e confidente in seduta. G. non ha mai saltato una seduta di terapia, che dura da poco meno di un anno, ed è sempre puntuale.

**Fabio Moroni**

**III Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma**

**Specializzato a Roma, training Semerari-Lorenzini (SPC)**

e-mail: [fabio.moroni@uniroma1.it](mailto:fabio.moroni@uniroma1.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)