

Caso clinico Arturo: disturbo bipolare NAS

Dott. Dario Pappalardo¹²

¹ Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) - Grosseto

² Centro studi cognitivi Pandora - Lucca

Riassunto

In questo articolo si descrive il caso di un uomo con una storia di disturbo bipolare e con scopi prevalenti di successo professionale e interpersonale, il cui perseguimento è impedito, fra le altre cose, dalle elaborazioni rigide del suo stato timico, estremamente ottimistiche nella fase euforica e rovinosamente catastrofiche nella fase depressiva, da una scarsa propensione all'accettazione dei fallimenti o dei rovesci della fortuna e da tratti di personalità istrionici e narcisistici.

Verranno di seguito illustrati il profilo cognitivo del paziente, i fattori della genesi e del mantenimento del disturbo e la terapia basata sui capisaldi della psicoeducazione sul funzionamento del disturbo bipolare, della ristrutturazione cognitiva e delle tecniche espositive.

Arturo: a case of NAS bipolare disease

Summary

In this article it is described the case of a man with a history of bipolar disorder and with leading ends of professional and interpersonal success, whose attainment is prevented, amongst other things, from inflexible elaborations of his mood state, extremely optimistic in the euphoric phase and violently catastrophic in the depressive phase, from a low inclination to accept failure and misfortune and from histrionic and narcissistic personality traits.

Here will follows the patient's cognitive profile, the factors of disorder's origin and maintenance and the therapy, mainly based on the psycho-education of bipolar disorder functioning, on the cognitive restructuring, and on the exposition technique.

1. Introduzione

Arturo ha 41 anni, si presenta in chiaro umore depresso, triste, eppure reattivo. Attribuisce il suo stato attuale alla fine della sua ultima storia, durata pochi mesi, con S., una ragazza sudafricana di 23 anni, frequentatrice di locali e coinvolta nel giro della prostituzione d'alto bordo. La fine della storia risale a due mesi prima. Da allora Arturo si sente triste, svogliato, anedonico, esce solo per

andare a lavorare e per il resto sta a letto a dormire o a piangere. È Figlio unico di genitori 65enni, padre pensionato, madre casalinga; ha due cugine ed un cugino, con cui ha un buon rapporto, in particolare con quest'ultimo, ma dai quali si sente diverso, per stile di vita ("loro hanno messo su famiglia, hanno figli. Io vivo per me stesso, mi piace essere libero"). Vive da solo ma al momento della richiesta di terapia la madre va sempre a casa per sbrigare gli adempimenti domestici che lui non riesce in questo periodo a sbrigare. Tuttavia conserva il suo lavoro di cameriere in un noto locale della zona, dove lavora da poco meno di 20 anni, e del quale è molto insoddisfatto. E' stato fidanzato per circa 15 anni con E.: la storia è finita dopo un litigio avvenuto 5 anni prima, in seguito al quale ha avuto un episodio depressivo. Da quel momento, dopo aver superato la crisi, ha cominciato a frequentare locali notturni e a fare dei lavori di pubbliche relazioni, con sua grande soddisfazione personale, in aggiunta al suo primo lavoro. Ha sospeso tali frequentazioni dopo aver cominciato a frequentare S.. Non ha amici di vecchia data ma soprattutto amici conosciuti durante la vita nei locali notturni che al momento attuale non vuole frequentare per non farsi vedere in quello stato. Ha ricominciato a frequentare E., la sua ex, per avere un sostegno ("con lei che mi conosce, mi sento al sicuro").

Approda spontaneamente al CSM del suo comune, dove era già stato ricoverato per una crisi depressiva 5 anni prima scaturita dall'abbandono della sua ex, dopo la fine della storia con S. Da qui viene inviato allo psichiatra per un trattamento farmacologico più approfondito. Riceve come prescrizione Depakin (300mg/die) ed Efexor (150 mg/die). Viene poi inviato dallo psichiatra per un sostegno psicoterapeutico coadiuvante la cura farmacologica, con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza della diagnosi e della prognosi e la compliance alla farmacoterapia, oltre ad aumentarne le risorse di contrasto al disturbo. Arturo, dalla terapia chiede invece di poter ritrovare la lucidità, la concentrazione e la "carica" che aveva prima dell'inizio di questa crisi, per poter ritornare a fare la vita che amava fare. In occasione della prima telefonata per concordare il primo appuntamento chiede subito rassicurazioni sull'impegno e la partecipazione del terapeuta nel prendere in carico la sua situazione ("io ho bisogno di potermi fidare al 100% di una persona perché altrimenti sento che non potrò mai uscire da questa depressione nera")

2. Descrizione del problema, o dei problemi, del paziente negli aspetti quantitativi e qualitativi ed eventuali interazioni tra di loro

Arturo soddisfa i criteri minimi da DSM-V per la rilevazione di un episodio depressivo: anedonia, umore depresso, autosvalutazione al punto da interpretare tutti gli accadimenti negativi

come prova della propria inadeguatezza, distraibilità, difficoltà di concentrazione e di *decision-making*, sonno di 5-6 ore, poco ristoratore, con difficoltà nella fase di addormentamento, rallentamento psicomotorio, faticabilità e mancanza di energie. Al di là del lavoro esce raramente e passa il tempo libero a letto a piangere o in altra maniera inoperosa. Tali sintomi gli impediscono qualsiasi attività di tipo sociale e ricreativo, e solo in parte condiziona la capacità lavorativa, che comunque ha dovuto interrompere, per circa due settimane, nella fase acuta del disturbo.

Al momento della consultazione ammette di aver avuto pensieri suicidari ma di non averli mai coltivati al punto da sviluppare una chiara intenzione suicidaria.

Tale episodio depressivo, l'ennesimo, si innesta su un presunto temperamento ipertimico, la cui valutazione è supportata dai risultati del BriefTEMPS-M. In controtendenza, in lui è assente qualsiasi forma di predilezione per sostanze psicotrope per timore, per abitudine e per un'esperienza avversa capitata in adolescenza.

La diagnosi definitiva non c'è: in primo luogo non è inquadrabile come disturbo ciclotimico in quanto l'ultimo episodio depressivo si manifesta con sintomi assolutamente non attenuati come invece richiederebbe la diagnosi di tale disturbo, inoltre sono presenti nella storia del paziente altri episodi depressivi conclamati. Ciò non giustifica una diagnosi di disturbo depressivo maggiore perché sono presenti episodi paucisintomatici di ipomaniacalità. E' difficile, tuttavia, anche una diagnosi di Disturbo Bipolare di tipo 2 in quanto i sintomi ipomaniacali presentati dal paziente sono paucisintomatici ed inoltre sono di lunga durata, tale da rivestire un ruolo temperamentale più che di stato. È pur vero che il paziente rinforza il suo stato euforico con strategie di perpetuazione della stessa, ad esempio con il consumo di integratori e con una prosocialità estremizzata, per cui anche la definizione di ipertimia è solo ipotizzabile. Ci troviamo comunque, indubbiamente, all'interno dello spettro dei disturbi dell'umore e in particolare dei disturbi bipolari. Si ipotizza un disturbo bipolare tipo 4 secondo la teoria di Akiskal & Pinto anche se tale diagnosi non è riconosciuta dal DSM

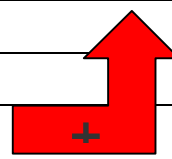
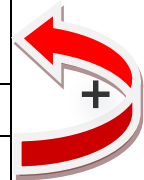
Il funzionamento è attualmente deficitario e si inquadra su un VGF di 35.

3. Profilo interno del disturbo

Il profilo interno del paziente durante il periodo depressivo è caratterizzato da una forte attenzione selettiva verso gli stati di faticabilità e stanchezza a loro volta alimentati dall'inattività o ipoattività manifestati rispetto agli stati precedenti. A tale stato di stanchezza e faticabilità ci è arrivato per un eccesso di stressor esogeni (pressioni lavorative, familiari, sentimentali) ed endogeni

(alte aspettative su di sé che vengono disattese, soglia di autoefficacia molto alta che non viene più percepita come raggiunta) che non è riuscito a gestire in maniera appropriata e che lo hanno portato a svalutarsi come persona. L'ansia, sia di far brutta figura, sia di ricadere in depressione, gioca un altro ruolo di primo piano, atto ad alimentare i sintomi di tristezza e poi quelli depressivi. Qui di seguito lo schema ABC relativo a questa seconda fase:

A	B	C
Stato di stanchezza, fatica e poca voglia di fare in seguito ad un forte periodo di stress	“non mi sento più grintoso come un tempo, e se è così valgo meno davanti a me stesso e agli altri perché sono meno efficiente	TRISTEZZA: - faticabilità - mancanza di energia - umore basso
	B PAR	C PAR
	Questi sintomi li conosco... rischio di ricadere in depressione, sarebbe terribile	ANSIA: - iperfocalizzazione sui sintomi di tristezza
C/A'	B'	C'
- faticabilità - mancanza di energia - umore basso	“Se mi sento queste difficoltà è SICURO che perderò tutto il successo personale e interpersonale che ho ottenuto nelle mie pubbliche relazioni e non lo potrò più riavere, per me è inaccettabile, irreparabile ma irrinunciabile! Ed è tutta colpa mia	DEPRESSIONE: - faticabilità ++ - mancanza di energie ++ - umor nero - autosvalutazione - Ex Consequentia Reasoning (Se sto così non riuscirò mai a riprendermi)
MOOD CONGRUITY EFFECT		
DEPRESSIONE	Ripenso a tutti i	



	momenti in cui mi sono sentito così in passato	
C/A'	B'PAR	C'PAR
	Se mi vedono così mi giudicheranno debole e questo mi metterebbe in cattiva luce. Meglio che faccia finta di nulla e non mi faccia vedere in giro	ANSIA ANTICIPATORIA - ritiro sociale

4. Fattori e processi di mantenimento

Diversi processi concorrono al mantenimento dello stato depressivo:

Ex Consequentia Reasoning sulla depressione: Arturo usa il proprio stato depressivo come informazione che conferma la sua idea di perdita inaccettabile e irreparabile peggiorando i sintomi depressivi ed impedendo la loro graduale risoluzione.

Valutazione secondaria di depressione sulla tristezza : Arturo giudica negativamente le ricadute fisiologiche e psicologiche del suo primario stato di tristezza, vale a dire la faticabilità, la flessione del tono dell'umore e la mancanza di energie. Queste componenti sono già indizi sufficienti di una perdita ormai presente, sicura ed insostenibile, ovvero il soddisfacimento dei propri standard di performance di autoefficacia personale e di performance interpersonale.

Ritiro sociale come tentativo di soluzione del Timore di Vergogna di mostrarsi depresso: per Arturo, esporsi in pubblico con umore flesso implica un rischio di valutazioni negative da parte degli altri nei luoghi in cui ha imparato a farsi conoscere come persona sociale, ottimista ed energica. Il ritiro sociale è la prima soluzione che Arturo utilizza ma è anche una scelta che aggrava lo stato depressivo e ne ritarda la risoluzione. Infatti il ritiro sociale impedisce di fare esperienze correttive dell'ipotesi focale di essere giudicato debole, perdente e indegno. Il ritiro sociale aumenta altresì la stessa ansia che ha portato Arturo a ritirarsi, in quanto l'assenza di esperienze espositive aumenta la suscettibilità al timore di valutazione negative. Per ultimo, la stessa ansia viene giudicata come indice di debolezza e porta a pensieri di autosvalutazione aumentando i livelli di tristezza prima, e di depressione poi.

Mood Congruity Effect: Arturo, con l'emergere dei correlati neurofisiologici e cognitivi della tristezza, e poi con l'insediamento dei sintomi depressivi, aumenta il richiamo di contenuti mnestici affini allo stato depressivo e ricordi chiari dei suoi precedenti depressivi.

Iperfocalizzazione ansiosa sui correlati neurofisiologici e cognitivi di tristezza: Arturo reagisce ai primi sintomi di faticabilità e di mancanza di energie temendo il loro peggioramento, per questo motivo iperfocalizza l'attenzione su tali sintomi aumentando così la percezione di prossimità e di frequenza di tali sintomi ed anche il Mood Congruity Effect.

Ciclo Cognitivo interpersonale sulla Depressione: in particolare Arturo si mette alla prova con gli altri per vedere se ottiene risposte che confermano la visibilità della flessione del tono dell'umore, della scarsità di energia e faticabilità. Ovviamente Arturo è iperfocalizzato alla ricerca delle conferme del suo stato depressivo e quindi si pone con gli altri in maniera già orientata a confermare questa valutazione, e quasi sempre ottiene quello che cerca, ovvero risposte del tipo "Arturo, cosa ti è successo, ti vedo strano". L'esito è il peggioramento e il mantenimento dello stato depressivo come anche degli stati d'ansia e, di conseguenza, del ritiro sociale come forma di evitamento interpersonale.

5. Scompenso

Lo scompenso di Arturo si manifesta in due fasi entrambe legate al tema di vita del rango. La prima è una lenta riduzione delle proprie energie a causa di vari agenti stressanti che lo rende incapace di risollevarsi prontamente dopo la seconda fase e che, a causa dell'iperinvestimento dello scopo del rango, non riesce ad accettare. La seconda fase riguarda il cambiamento di vita che Arturo subisce dopo la decisione di lasciare S. e che lo lascia totalmente insoddisfatto e afflitto dal rimorso per la decisione presa:

1°FASE

A	B	C
Insieme di fattori stressanti: crisi al lavoro, interruzione delle pubbliche relazioni nei locali, salute del padre e soprattutto le pressioni e i litigi S. nei suoi confronti	Sento che non ce la faccio. Mi sento stanco. Ma se non ce la faccio mi sento che non valgo nulla, soprattutto davanti a S. Sto cadendo in depressione come quella volta e ho paura.	ANSIA - T.S.: lascia S. e cerca E. (con quest'ultima si sente al sicuro e non giudicato)

	Sarebbe terribile.	
--	--------------------	--

2°FASE

A	B	C
Lascia S. e si rimette con E. Poi si pente e tenta di ricontattare S. ma viene rifiutato.	Cosa ho fatto? E. non mi piace per niente, è malata e con lei non posso neanche avere figli. S. era così bella e giovane e con lei facevo bella figura nei locali. Come sto messo adesso non riuscirò né a riconquistarla né a riavere indietro la mia bella e irrinunciabile vita. E infatti mi ha rifiutato. Mi sento una nullità	DEPRESSIONE - umor nero - faticabilità e mancanza energia - anedonia
C/A'	B'	C'
- umor nero	Con questa faccia mi giudicheranno male. Meglio se non mi faccio vedere fino a che non mi sarò ripreso	TIMORE DI VERGOGNA - T.S.: ritiro sociale
C/A'	B'	C'
- faticabilità e mancanza di energie - anedonia	Guarda come sono finito. Non ho più nulla e non ho più le forze per riottenerlo. La mia vita non ha più senso.	DEPRESSIONE ++



6. Vulnerabilità

Sul piano della vulnerabilità storica si rintracciano i seguenti elementi.

Ipercompensazione di precoci esperienze di alienazione sociale e deprivazione: Arturo racconta di essere stato un bambino timido e timoroso (“arrossivo facilmente, piangevo perché non volevo andare a scuola”), poi un preadolescente bloccato con le ragazze e poco considerato perché non si sentiva all’altezza dei suoi compagni perché alcuni erano belli e sviluppati rispetto a lui e le ragazze guardavano solo loro. Da lì progressivamente ha cominciato a cercare attivamente i complimenti degli altri significativi. Crescendo allarga ai pari, e poi alle ragazze, la ricerca di consensi e complimenti. Ha iniziato ad usare strumenti come la simpatia, la socialità, l’umorismo, la capacità di intrattenimento e ad esporsi massivamente al pubblico per limare queste capacità, traendone una gran soddisfazione ed orgoglio di sé. Sceglie la professione di barista/cameriere proprio per esaltare questa sua disposizione interpersonale e ne trae una grande soddisfazione. Tale temperamento nutre il suo scopo nucleare di efficienza personale e di ricerca di stima interpersonale che prende corpo e viene iperinvestito fin dai primi anni di vita fino ad arrivare alle motivazioni della scelta professionale. Tale iperinvestimento di rango e autoefficacia percepita costituiscono un importante fattore di vulnerabilità attuale, renderà difficile l’interruzione del circuito ricorsivo sulla depressione e gli impedirà di accettare suoi errori e debolezze facendolo sprofondare e rimanere nel disturbo depressivo.

Racconta inoltre che, quando stava male, tendeva a tenersi le cose per sé, perché suo padre “non lo capiva”, racconta che in situazioni di dolore o sconforto in alcune occasioni si è rivolta alla madre ma in altre tendeva a tenersi tutto dentro, perché la madre, pur essendo una figura accudente, lo deprimeva. Questi elementi potrebbero avere un ruolo nella tendenza al disinvestimento in scopi terminali di amabilità e di alterità che rendono difficoltoso il ridimensionamento degli scopi di rango.

Antimodello familiare e autonomizzazione precoce: già a 16 anni lascia la scuola per cominciare a lavorare al ristorante di famiglia senza avere un dovuto ritorno economico mentre i suoi compagni potevano permettersi ben più di lui senza guadagnarselo. Riconosce presto che la gestione del ristorante è poco accorta e poco a poco riesce a far vendere l’attività in perdita a buon prezzo. Impara molto presto a fidarsi solo di se stesso. Giudica negativamente i suoi genitori, sia sul piano affettivo che educativo: suo padre lo giudica un incapace scialacquatore, violento e affettivamente assente; sua madre la giudica buona, coscienziosa ma assolutamente dimessa, passiva, introversa e un po’ debole. Lei stessa ha avuto episodi di depressione trattati farmacologicamente. Giura ben presto che sarà una persona diversa da loro, attenta ai soldi e alle spese, volitiva, prosociale e soprattutto che confiderà solo in se stesso. Questo fattore gli impedisce

di chiedere aiuto e probabilmente ne aumenta la risposta ansiosa davanti a cenni di stanchezza (risorse di coping interne si riducono mentre Arturo continua a rifiutare le risorse esterne: “se non ci penso io non ci penserà nessuno”) che, congiuntamente alle alte aspettative di autoefficacia ne decreta la svalutazione di sé e lo scivolamento nella depressione.

Sul piano della vulnerabilità attuale si rintracciano i seguenti elementi:

Iperinvestimento sullo scopo del rango: per Arturo il proprio valore personale si misura su due fattori, l'autoefficacia percepita e il riconoscimento sociale. Nel momento in cui cessa di avere risposte sociali o ne ha meno perché riduce le frequentazioni, come nel caso del momento subito precedente alla rottura con S., il suo valore personale tutto sbilanciato sul rango ne risente. Se poi comincia a sentirsi meno efficace, ad es. per motivi di stanchezza o perché viene giudicato male da persone significative per il suo rango (ad es. da S., una bella ragazza difficile da conquistare e da mantenere), il valore personale decade del tutto, e lo scompenso depressivo diventa un rischio attuale.

Sensibilità ansiosa agli stati depressivi: per Arturo un depresso è un perdente e un essere inferiore, ovverosia una persona poco efficace e poco considerata dagli altri. Arturo ha già avuto episodi depressivi in passato che lo hanno fortemente sensibilizzato alle sensazioni prodromiche di questi stati rendendolo ansioso ogni qualvolta avverte una di queste sensazioni, l'ansia, che supera una soglia tollerabile, poi gioca un ruolo di peggioramento dei sintomi di stanchezza, quali difficoltà a concentrarsi e fabbisogno di sonno, che vengono a loro volta giudicate come sensazioni indicative di una pericolosa flessione depressiva. L'ultimo episodio depressivo è nato anch'esso da un eccesso di stressor culminato poi con la rottura con E.: la malattia della nonna poi deceduta, una frana nel paese che ha messo a rischio la sopravvivenza del ristorante di famiglia, pressioni sul lavoro come cameriere, pressioni sui lavori come amministratore di condominio dei genitori di E., l'insuccesso dell'inseminazione artificiale di E.

7. La terapia

Con Arturo si è messo sotto contratto il ripristino di uno stato timico da lui considerato soggettivamente soddisfacente e sufficiente a farlo tornare a fare la vita precedente alla storia con S.. A livello di scopi clinici si enumerano i seguenti in ordine di implementazione nel corso del trattamento:

- 1) Ridurre sintomi neurofisiologici quali la faticabilità e il rallentamento psicomotorio, sintomi cognitivi quali la difficoltà di concentrazione, attenzione e di presa di decisioni e

sintomi motivazionali quali l'anedonia, fino al livello tale da permettere un minor impatto sui circuiti ricorsivi quali il timore di vergogna di mostrarsi depresso e la depressione stessa, sufficiente a consentire un lavoro cognitivo sulle metacognizioni disfunzionali.

- 2) Attenuare il potere depressogeno delle metacognizioni sulla tristezza primaria, al punto da consentire un lavoro di accettazione sulla tristezza (perdita) primaria. In esso è insito l'obiettivo dell'azzeramento dell' ex consequentia reasoning e del mood congruity effect
- 3) Ridurre gli evitamenti ansiosi e il ritiro sociale
- 4) Neutralizzare il Ciclo Cognitivo Interpersonale sulla depressione
- 5) Ridurre l'iperinvestimento sul rango e i conseguenti atteggiamenti istrionici e narcisistici e dirottarli su altri scopi (amabilità, condivisione) e atteggiamenti (accettazione) per attenuare l'effetto degli stressor responsabili di provocare nuovi episodi depressivi. Questo obiettivo ha anche la funzione di far ridurre considerevolmente tutti i fattori di vulnerabilità.
- 6) Monitorare l'espressione patologica e prevenire le ricadute.

Come cornice, vista l'importanza della fiducia nel terapeuta, si è dato molto spazio al contenimento delle emozioni negative iniziali, la possibilità di inviare mail e messaggi contenenti pensieri del momento. A molto è valso mostrare di comprendere l'esperienza del paziente riformulando molto spesso le sue riflessioni, facendogli ripetere spesso il razionale di certi suoi comportamenti dandogli il senso che la terapia avesse una direzione ben precisa. Si è spesso fatto ricorso anche alla ricapitolazione di fasi di terapia per far vedere al paziente il punto al quale eravamo arrivati

Qui di seguito sono illustrate le strategie e le tecniche usate in ordine per ogni scopo elencato:

- 1) **Strategia:** riattivare i processi neurofisiologici (prontezza, vigilanza), stimolare i processi cognitivi e il gusto della ricerca mediante la riattivazione comportamentale e degli affetti positivi (azione sui C):
 - a. Tecniche Comportamentali: Lista dei desideri, Agenda giornaliera delle attività pianificate, istituzione di regole di base (sveglia alle 8.00, evitare sonnellini pomeridiani, andare a letto entro le 23.00, rispettare l'orario dei pasti soprattutto nei giorni festivi, fare cyclette o camminata veloce per 30 minuti per almeno 3 volte per settimana)
 - b. Lista dei desideri: elenco di desideri da tentare di perseguire con azioni chiare ed obiettivamente.

- 2) **Strategia:** ridurre la forbice fra la perdita percepita e la perdita reale e la sua presunta irreversibilità mediante una ristrutturazione delle cognizioni e una pronta informazione psicoeducativa
 - a. Tecniche di ristrutturazione cognitiva: dialogo socratico orientato a togliere forza e attendibilità alle proposizioni (B) distorte depresso-tipiche. (es “se davvero la tua vita non avesse senso, perché continueresti ad andare a lavoro? Il fatto che tu ci vada non ti sembra che sia indice del fatto che un senso di vita permane?”)
 - b. Tecniche psicoeducative sulle emozioni di tristezza, sugli stati depressivi e sul tipico funzionamento di un disturbo dello spettro bipolare per riconoscerne il funzionamento e dare forza sia alle tecniche di ristrutturazione cognitiva (anche per timore e per ricadute) sia alle tecniche comportamentali della 1° strategia. Graficizzazione, condivisione ed evidenziazione dei processi disfunzionali compresi alcuni specifici fattori di mantenimento quali l'ex consequentia reasoning e il mood congruity effect.

- 3) **Strategia:** esporre alle situazioni sociali temute senza esibire evitamenti
 - a. Tecniche di Esposizione in simulata e in vivo: fare una classifica delle esposizioni sociali più temute ed esporre a simulazione in studio e poi in vivo senza accompagnamento. Dopodiché fare un monitoraggio dei livelli di ansia e degli evitamenti esibiti.
 - b. Tecniche psicoeducative sulle conseguenze degli evitamenti nel circuito ricorsivo della depressione, a sostegno delle esposizioni

- 4) **Strategia:** Ridurre l'iperfocalizzazione su critiche altrui VS aspetti interpersonali neutri o positivi attraverso tecniche di ristrutturazione cognitiva
 - a. Doppio standard: per mettere in luce l'eccessiva autocritica che esercita su se stesso rispetto a quello che eserciterebbe sugli altri nella stessa situazione
 - b. Dialogo Socratico: ridimensionamento sui rischi di fare brutta figura rispetto al “rischio” molto meno sottovalutato di non farne o addirittura di avere conseguenze controverse (es. “tu dici che se ti vedessero con quella faccia ti emarginerebbero.

Tu stesso però mi dici che se vedessi un tuo amico sottotono tenderesti ad aiutarlo, a tirarlo su. Come si conciliano queste due diverse visioni?)

- 5) **Strategia:** perlustrare a fondo gli scopi di rango in gioco, ridurne l'impatto, portare ad accettazione per il loro ineluttabile mancato soddisfacimento, ed introdurre lentamente altri scopi (amicizia, affetti, piacere indipendente da performance, alterità), tutto con l'ausilio di grafici atti a mostrare la quantità degli investimenti e i confronti fra ciascuno di essi
 - a. Laddering partecipato: rendere noto il grado di importanza del rango come fattore di vulnerabilità attaccandone la fallibilità nel perseguimento dei propri scopi di valore personale a lungo termine
 - b. Torta degli investimenti a cadenza mensile: indicare la quantità degli investimenti mese per mese e metterli a confronto. In questo modo Arturo riesce a vedere che non investe su una sola cosa e che questo è protettivo rispetto al rischio di perdita totale.
 - c. Tecniche di accettazione: pratiche informali di mindfulness
- 6) **Strategia:** monitorare l'umore collegandolo agli stressor, ai vari stimoli anche di lieve entità della quotidianità e al decalage dei farmaci
 - a. Diario dell'umore: indicazione delle variazioni d'umore, delle circostanze in cui ciò si verifica, dei momenti di irritabilità e confronto rispetto ai mesi precedenti
 - b. Psicoeducazione sulla fenomenologia dei disturbi dello spettro bipolare anche attraverso l'uso di grafici che ne mostrano le probabilità e l'intensità delle ricadute (effetto stagionalità, equiparazione del disturbo bipolare ad un altro disturbo cronico di tipo medico per far accettare l'impegno ad un monitoraggio continuo)
 - c. Stress Test: previsione e valutazione degli stressor esogeni ed endogeni suscettibili di provocare in futuro nuovi episodi depressivo-ansiosi.

8. La Supervisione

La terapia è cominciata nel mese di Settembre 2012: dopo un'iniziale anamnesi e la diagnosi mediante SCID-I, individuazione del VGF a 35 è stato fatto un contratto terapeutico iniziale con lo scopo di intaccare e ridurre la sintomatologia depressiva, effettuare un controllo del percorso fatto ogni fine mese per un massimo di tre mesi e poi eventualmente passare ad altro.

Il paziente si è da subito mostrato molto desideroso di guarire ma anche eccessivamente sensibile ai segnali sia positivi che negativi nel giudicare le speranze di guarigione, per cui oscillava da un ottimismo irrealistico ad un realismo depressivo accompagnato da bias confirmatori del proprio stato d'animo attuale. Si è tentato di mostrare a più riprese l'azione che avevano sullo stato dell'umore questi processi cognitivi, anche e soprattutto durante le fasi euforiche, per ridurne il potere, ma Arturo ha mantenuto i suoi bias che sono quindi rimasti dei fattori di mantenimento della fase euforica e dei potenti fattori di vulnerabilità per fasi depressive future. Nel corso dei mesi è stato chiaro come lo scopo terminale di rango fosse centrale, in questo momento, per Arturo ("a me una vita con una donna normale e con ritmi di vita routinari, senza il mio giro di conoscenze e attività, è una vita vuota e noiosa. Io ho bisogno di sentirmi libero"), in quanto anche se Arturo ha imparato in parte ad accettare il rischio di incappare in stressor endogeni ed esogeni e di sentirsi più debole in certi momenti, non ha comunque accettato una modifica di prospettiva. Inoltre ha ampliato il raggio di investimenti ma solo quelli per scopi strumentali (nuove attività, nuove conoscenze) comunque sempre subordinati alla terminalità del rango. Arturo Ha tolto l'efexor a sei mesi dal termine dell'episodio depressivo acuto e conservato solo il depakin. Per un anno ha risposto bene. Un altro problema terapeutico è stato quello di tenere Arturo sul lavoro psicoeducativo e di ristrutturazione delle credenze anche sulla fase euforica. Il paziente, sospinto dal miglioramento timico, dai bias di ottimismo irrealistico e dai tratti personologici di tipo istrionico e narcisistico, ha molto presto teso a ricercare sensazioni ed esperienze gratificanti cogliendo soddisfazione dal mettersi di nuovo alla prova soprattutto socialmente e sessualmente, invece di continuare ad osservare attentamente i processi e i contenuti di pensiero. Il momento critico è da individuare esattamente a cavallo fra Dicembre 2012 e Gennaio 2013, dove Arturo ha saltato due settimane di sedute per tornare dopo le festività. Già alla fine di Dicembre Arturo aveva parlato di un possibile lavoro promozionale per i centri benessere, e probabilmente già a questo punto avrebbe potuto essere messa a punto una chiara previsione della fase euforica basata su questi indizi allo scopo di costruire l'egodistonia sugli stati ipomaniacali e sostenere un lavoro di prevenzione condiviso. A giudizio clinico il paziente, al ritorno in seduta, ha infatti mostrato un chiaro incremento di euforia, anche se non un vero e proprio viraggio ipomaniacale, che lo ha portato a disinvestire su un lavoro di approfondimento dei determinanti patogeni e delle vulnerabilità. Di fatto sembra essere stata molto breve la fase interepisodica eutimica, anche in ragione del fatto che il paziente soffre da molti anni di questo disturbo e si può ipotizzare che le conseguenze abbiano ridotto la finestra di eutimia

e aumentato la spinta di Arturo a ricercare la sensazione di euforia, mai vista come parte del disturbo. Questo è stato chiaro nel momento in cui il paziente ha, poco dopo, rifiutato la diagnosi di disturbo afferente allo spettro bipolare che aveva in verità accettato durante la fase depressiva, attribuendo queste caratteristiche ad un suo lato del carattere. Poco dopo inoltre il paziente ha anche chiesto di rendere meno frequenti le sedute per far fronte ai suoi progetti di promozione turistica, proposta sconsigliata con argomentazioni legate alle risoluzioni delle vulnerabilità e al rischio di ricadute ma infine portata a compimento. In questa fase avrebbe potuto essere efficace essere più intransigenti e riportare il paziente davanti alla necessità assoluta di proseguire con una terapia a cadenza settimanale e con un lavoro sui nuclei anche spiacevoli dell'esperienza attuale e passata.

Dario Pappalardo

Psicologo, Psicoterapeuta, Livorno

Specializzato a Grosseto 2015, training Gragnani-Saliani

e-mail: dario.pappalardo@gmail.com

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