

---

## Trattamento mediante terapia cognitivo-comportamentale di un paziente con disturbo bipolare di tipo II: il caso di Leonida dai piedi di argilla

---

**Chiara Del Nero** – Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Grosseto

**Marco Saettoni** – Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Grosseto; UF Salute Mentale Adulti ASL Toscana Nord-Ovest, Valle del Serchio

**Andrea Gragnani** – Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Grosseto; Scuole di Psicoterapia Cognitiva (APC/SPC), Roma

---

### Riassunto

L'articolo descrive il trattamento mediante terapia cognitivo comportamentale di un paziente con diagnosi di disturbo bipolare di tipo II in una struttura di personalità dai tratti narcisistici, tipo covert. Il percorso terapeutico fa riferimento al modello cognitivo funzionalista del disturbo bipolare che riconosce nel processo di lutto il modello base dei disturbi dell'umore e nella perdita il nucleo dell'esperienza depressiva; affronta la costruzione dei cicli interpersonali disfunzionali facendo riferimento alla terapia metacognitiva interpersonale.

L'interesse per questo caso verte principalmente su due aspetti: il ruolo delle credenze, dei bias cognitivi, della ruminazione e dei tentativi di soluzione attuati come fattori di mantenimento e di aggravamento del ciclo bipolare; le caratteristiche personalologiche di Leonida che hanno complicato la costituzione e l'evoluzione dell'alleanza terapeutica.

---

**Parole chiave:** *Trattamento disturbo bipolare II, Terapia cognitiva, Disturbo narcisistico di personalità, Alleanza terapeutica, Disturbi dell'umore.*

### Abstract

#### **Treatment using cognitive behavioural therapy for a patient with type II bipolar disorder: The case of Leonida with feet of clay**

This article describes the cognitive-behavioural treatment of a patient diagnosed with type II bipolar disorder and covert narcissistic personality traits. The treatment was oriented around a functionalist perspective of bipolar disorder, according to which the basic model of mood disorders is grief and grief-related processes, and the core feature of depression is the emotional experience of loss. Dysfunctional

interpersonal cycles were also targeted during the treatment using a metacognitive interpersonal approach.

There are two main reasons for interest in this case. The first one is the role of beliefs, cognitive biases, rumination and problem-solving attempts in maintaining and exacerbating bipolar symptomatology. The second one is the contribution of a narcissistic personality to the mood disorder and how it represents an obstacle to the creation and development of a good therapeutic alliance.

---

**Keywords:** *Bipolar II disorder treatment, Cognitive therapy, Narcissistic personality disorder, Therapeutic alliance, Mood disorder.*

## PRESENTAZIONE DEL CASO

Leonida è originario del sud Italia, è ultimogenito di tre fratelli, ha ventisette anni e lavora nelle Forze Armate. È single; le relazioni sociali conflittuali, lo spingono a preferire l'isolamento. Dalla visita psichiatrica emerge la presenza di un quadro sintomatologico depressivo che causa una significativa compromissione del funzionamento sociale, lavorativo e familiare. Decide di non seguire la farmacoterapia (ritenuta responsabile di aumento di peso in passato) ma concorda col medico di avviare una psicoterapia per i pensieri ricorrenti di morte.

Si presenta al primo incontro emaciato, trascurato nell'aspetto e nell'abbigliamento. Lo sguardo è rivolto verso il basso, il corpo ripiegato sulla sedia. L'eloquio lento è interrotto da pianti o da improvvisi attacchi verbali al terapeuta: «Sarà facile per lei stare a guardare la gente che soffre... mi domando quanto mi potrà aiutare con questa stronzata delle chiacchiere...». Il quadro depressivo è conseguente a un infortunio che interrompe la preparazione al concorso per entrare in un corpo speciale.

Nell'arco della vita sono presenti periodi di umore persistentemente elevato, espanso e irritabile, di aumento delle attività e dell'energia della durata inferiore alla settimana e presente per la maggior parte del giorno; autostima ipertrofica e percezione di grandiosità; diminuzione del bisogno di sonno e di alimentazione; maggiore loquacità e aumento dell'attività finalizzata (socialità e sessualità). I periodi di grandiosità possono associarsi a un umore ipomaniacale e far propendere per la presenza di un disturbo bipolare II.

Compare un pattern comportamentale e di fantasie legato al tema della specialità e del bisogno di ammirazione. Per la presenza di un passato di trascuratezza in famiglia e di umiliazione nel contesto amicale, nella struttura di personalità affiorano tratti narcisistici, tipo covert, aderenti alla tematica del riscatto sociale. Non sono rispettati i criteri per una diagnosi di disturbo narcisistico di personalità.

## PROFILO INTERNO DEL DISTURBO

Per la formulazione e la comprensione del presente caso clinico, il terapeuta fa riferimento al modello cognitivo funzionalista del disturbo bipolare che riconosce nel processo di lutto il modello basico dei disturbi dell'umore e nella perdita il nucleo dell'esperienza depressiva (Mancini & Rainone, 2008).

Tra gli elementi fondamentali che compongono la mente troviamo le credenze, idee che una persona ha di sé, degli altri e del mondo; e gli scopi, che spingono a modificare il mondo circostante attraverso regole e azioni (Castelfranchi, & Miceli, 2002). Agli occhi di Leonida, la perdita della salute fisica minaccia il proprio valore personale («essere forte per essere scelto», lo scopo strumentale), compromettendo irrimediabilmente la possibilità di essere amabile («essere degno d'amore», lo scopo terminale). La Tabella 1 mette a confronto il funzionamento cognitivo di Leonida durante la fase depressiva e quella ipomaniacale e spiega come l'esperienza fenomenologica sia filtrata da schemi cognitivi propri della fase che, in quel momento, conferiscono una specifica prospettiva e vulnerabilità (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979).

**Tabella 1** – Confronto sul funzionamento cognitivo di Leonida in fase depressiva e in fase ipomaniacale

Episodi depressivi	Episodi ipomaniacali
Triade cognitiva: Credenze sul sé	
Idee di inferiorità e di inaiutabilità: «Mi faccio carico dei casi umani e poi nessuno mi aiuta»	Idee di potenzialità; di specialità: «Non ho bisogno di nessuno nella vita»
Credenze sul mondo	
Idea che sia imprevedibile: «Il mondo è giudicante. Le sue regole sono incomprensibili»	Idee di opportunità e possibilità: «Il mondo non è più pericoloso per me»; «Tutti mi cercano»
Credenze sul futuro	
Idea che sia immutabile: «Nonostante ce la metta tutta io resterò così»	Idee di speranze e di occasioni: «Posso avere tutto e quando voglio»
Bias cognitivi: Deduzione arbitraria	
«Tutti hanno più successo di me»	«Sono il migliore di tutti perché io sono giusto»
Pensiero dicotomico	
«O riesco nei miei obiettivi o sono un fallito»	«O tutto o niente. E devo avere tutto»
Generalizzazione	
«Nella vita mi è sempre andato tutto storto»	«Tutte le donne guardano i miei muscoli»
Iperfocalizzazione	
«Senza Erika niente ha senso. È ingiusto quello che è capitato. Devo riconquistarla a tutti i costi»	«L'arruolamento è l'ultima possibilità di riscatto dall'ingiustizia e dal destino avverso»

<b>Personalizzazione</b>	
«È tutta colpa mia»	«Se hanno vinto è grazie a me»
Standard severi e traguardi difficili per ottenere approvazione e vicinanza e per innalzare la stima di sé: «Devo diventare un eroe»	
<b>Locus of control</b>	
Esterno: attribuzione dei successi alla fortuna o alla facilità dei compiti e degli insuccessi alla sfortuna o all'incapacità personale: «Chiunque può superare un concorso, anch'io, infatti»	Interno: attribuzione dei successi alla bravura o all'impegno e degli insuccessi alla sfortuna o alla difficoltà del compito: «Il merito è tutto mio»
<b>Problema secondario</b>	
La valutazione negativa dello stato depressivo e i conseguenti tentativi di risolverlo	La valutazione positiva dello stato di euforia e i conseguenti tentativi per mantenerlo
Tentativi di soluzione che mantengono la fase attiva	
Doverizzazione («Devo stare bene!», «Devo diventare qualcuno»); autocritica («Non sono neanche capace di badare a me stesso»); automonitoraggio (iperfocus sullo stato depressivo e defocalizzazione dall'ambiente e da qualsiasi altra attività) >> aumento stato depressivo	Doverizzazione («Devo avere buone sensazioni»); autoincitamento («Dai che sei il migliore!»); automonitoraggio (iperfocus sulle sensazioni di energia e instancabilità e defocalizzazione dall'ambiente e su qualsiasi altra attività) >> aumento stato ipomaniacale
<b>Ragionamento emozionale</b>	
«Se sono così preoccupato allora è vero che le cose sono messe male»	«Se mi sento così bene allora significa che valgo qualcosa e che ce la posso fare davvero»
<b>Piano di vita povero e la tematica del riscatto</b>	
Negli anni, il desiderio di riscattare un passato di frustrazioni, si è trasformato nell'unico scopo di vita. Le scelte sono ponderate in funzione di quello: sport, lavoro, amicizie, fidanzata. La povertà del progetto, conferma la percezione della irrinunciabilità ai beni via via perduti	Le fasi ipomaniacali sono orientate al riscatto e al guadagnare valore anche agli occhi degli altri da cui si sente criticato, usato o evitato. Lo scopo del valore personale resta la direzione perseguita; gli obiettivi di conquista servono per ridare valore all'immagine, tornare competitivo e amabile
<b>Ruminazione</b>	
Leonida trascorre gran parte del tempo isolato, sia impegnato a rivedere episodi del passato cercando di modificare decisioni prese e a sognare scenari migliori rispetto al presente; sia con l'attenzione rivolta a se stesso, ai propri sintomi e alle conseguenze (perdite, rinunce, sacrifici)	La ruminazione positiva alimenta i pensieri di potenzialità e le esposizioni a situazioni che confermano l'idea di valore di sé (Gruber, 2011) «Mi sento una bomba piena di energia!». «Io posso. Sono una persona di valore e ce la farò da sola»

Distorsioni cognitive	
I ragionamenti iperprudenziali fanno focalizzare sull'evento temuto (il rifiuto) attivando valutazioni («Prima di agire devo essere sicuro») per ridurre i rischi percepiti. Non raggiungendo la certezza, alla progettazione segue l'evitamento impedendo la disconferma dell'ipotesi temuta («Farò fiasco») e rinforzando le credenze disfunzionali (Bower, 1981): «ho fallito — sono fallito — non mi espongo più!»	Il problema secondario e le distorsioni cognitive che offrono una valutazione positiva dello stato di euforia, insieme al quadro esistenziale povero con pochi scopi di vita su cui investire, portano Leonida a cercare di prolungare gli stati positivi (Johnson, 2005). Al contrario della fase depressiva, in questo stato mentale non vengono prese in considerazione le variabili ostacolanti l'obiettivo prefissato
L'uso di alcolici	
È una strategia di regolazione emotiva, per non rimuginare prima di dormire e fantasticare su scenari positivi. Al risveglio, però, l'ansia sociale e il senso di inutilità vengono esasperati	All'inizio di un'interazione sociale offre la giusta distanza dai residui pensieri intrusivi confermandogli le idee di potenzialità e successo sia con le ragazze che in tutte le aree desiderate
Senso di solitudine o di grandiosità	
Il senso di solitudine lo porta a «comprare» la compagnia di conoscenti. Esempio: un compagno lo ricerca dopo anni. Leonida scoprirà che la ricerca è funzionale alla richiesta di denaro, ma aderirà al prestito (certo della non restituzione della somma) pur di «tenere l'amico»	Il senso di grandiosità e di potenzialità lo porta a pensare che l'altro voglia stare al suo fianco: «Ieri le ragazze mi guardavano incantate e stasera usciranno con me anziché col pallone gonfiato del mio collega. Sono un grande; quando mi sento così bene posso avere tutto»
Circolo vizioso	
della tristezza: perdita di un bene valutato irrinunciabile >> progressivo disinvestimento su attività avvertite come surrogato >> ulteriori perdite >> autocritica (ruminazione) e svilimento (problema secondario) >> automonitoraggio e percezione di non essere come prima >> ragionamento emozionale, percezione di indolenza >> maggiore tristezza >> (tentativi di soluzione) fuga nell'alcol + ritiro sociale >> autocritica, sentimenti di colpa e di rabbia >> senso di inaiutabilità >> temi di rovina	della mania: raggiungimento di un obiettivo >> eccitazione fisica, percezione di urgenza, irritabilità >> valutazione positiva dello stato mentale (problema secondario) >> auto-incitamento (ruminazione positiva) >> ragionamento emozionale, percezione di potenzialità personale >> aumento euforia >> (tentativi di soluzione) mantenere lo stato di potenzialità e ricerca di altri successi senza pianificazione delle iniziative >> percezione di grandiosità

Le fasi di ipomania, in un quadro anamnestico esente da episodi psicotici e da eventi minanti il piano sociolavorativo, sembrano conseguenti alla presa visione della compromissione degli scopi e dell'idea di sé durante la fase depressiva. Per riscattarsi Leonida si impegna, in uno stato psicofisico di urgenza, in progetti grandiosi (ad esempio avere rapporti con più ragazze, diventare un eroe...). Sovrastimando le proprie potenzialità e/o sottovalutando gli ostacoli nel percorso, gli episodi di ipomania si scontrano con la realtà. La delusione inaspettata genera un nuovo episodio depressivo. Il perseguimento dello

scopo del valore personale gioca un ruolo cruciale nello sviluppo e nel mantenimento del disturbo dell'umore (Mancini, 2016).

Nelle Tabelle 2 e 3 sono sintetizzati, secondo il modello cognitivo di Ellis (1962), i processi di pensiero che conducono Leonida ad agire due differenti pattern comportamentali: in fase depressiva (Tabella 2 – ABC1) e in fase ipomaniacale (Tabella 3 – ABC2).

**Tabella 2** – Schema esemplificativo del funzionamento mentale di Leonida in fase depressiva

ABC 1		
A (Antecedenti, evento)	B (Pensieri)	C (Conseguenze emotive e comportamentali)
Vedo una bella ragazza	Sarebbe bello se la invitassi a cena. I miei amici penserebbero che sarei figo!	Sensazione di euforia, fantasia di provare un approccio
C/A'	B'	C'
Fantasia di provare un approccio	E se ci provassi e mi rifiutasse?	Ansia, evitamento, rimuginii su relazioni
C'/A''	B''	C''
Rimuginii	Alla fine cosa posso offrirle? Sono un incapace. Non riuscirò mai a provare niente nonostante l'impegno	Tristezza, isolamento, assunzione di alcol
C''/A'''	B'''	C'''
Alcol	Sono un coglione al quadrato. Guarda come sto messo. Resterò solo e sfigato	Sconforto, desiderio di smettere di soffrire, ideazione suicidaria

**Tabella 3** – Schema esemplificativo del funzionamento mentale di Leonida in fase ipomaniacale

ABC 2		
A (Antecedenti, evento)	B (Pensieri)	C (Conseguenze emotive e comportamentali)
Esco con più ragazze insieme, l'una alla insaputa dell'altra	Ho in pugno la mia vita. Così posso avere tutto quello di cui ho bisogno e che non troverei in una ragazza soltanto	Euforia Sensazione di energia, infaticabilità, di urgenza, irrequietezza
C/A'	B'	C'
Euforia	Posso ottenere quello che voglio. Riscatterò i torti subiti senza aiuto di nessuno	Ruminazione positiva, iperattività e diminuzione sonno

Gli episodi scompensanti l'umore sembrano collegati alla compromissione via via maggiore del valore personale (Mancini, 2016). Per recuperarlo, negli anni Leonida alza la posta in gioco finendo per darsi come obiettivo quello di diventare un eroe (Johnson, 2005). In questo stato mentale, l'infortunio diventa inaccettabile e l'arruolamento un obiettivo insostituibile e irrinunciabile.

Primo episodio depressivo: poco più che maggiorenne, conosce la prima ragazza in chat. Dopo mesi segue la decisione di andare a convivere. Mentre è in cerca di un lavoro nella nuova città, la ragazza ci ripensa: «Con sorriso beffardo, mi dice che non c'è niente tra di noi». Alla delusione seguiranno sconforto e scherni dei conoscenti. La famiglia, che prima cerca di spronarlo e poi prende le distanze dall'indolenza, gli confermerà la credenza di essere degno d'amore a condizione di valerlo. Riuscirà a riprendersi, aggrappandosi al sogno di riscatto. Il viraggio della condotta e l'investimento nell'obiettivo di arruolarsi nelle Forze Armate rappresentano l'entrata nella fase ipomaniacale che condurrà sia al raggiungimento di progetti sia verso nuove delusioni.

Secondo episodio depressivo: sempre in chat, conoscerà Erika dalla quale resta attratto per la sua storia costellata da sofferenze e privazioni. Dopo alcuni anni e nel giorno dell'anniversario, viene lasciato per telefono («le ho comprato tutto quello che voleva per poi sentirmi rinfacciare che non avevo abbastanza soldi»). La rabbia per il rifiuto è tale da portarlo a inviare al padre di lei un sms di ingiurie. A tale reazione gli verrà bloccata la possibilità di ogni altro contatto. Seguiranno sentimenti di colpa e vergogna, rimuginazione e pensieri suicidari. Dopo mesi trascorsi in «branda», tornerà in auge l'obiettivo di riscatto: «Per la prima volta decido di essere egoista. Inizio a prepararmi per entrare nel corpo speciale. Avevo voglia di essere riconosciuto per strada». Con l'attività fisica, riceverà complimenti dalle ragazze aumentando l'autostima e la voglia di rimettersi in gioco. Analogamente all'uscita dal primo episodio depressivo, Leonida investirà tutto se stesso nel perseguire uno scopo legato al valore personale. La limitata progettualità, mirata in gran parte a raggiungere nel minor tempo il massimo risultato, condurrà al terzo scompenso.

In entrambi gli episodi depressivi, i sentimenti di svilimento sono innescati dal modo in cui viene comunicata la decisione di separazione: nel primo caso, Leonida si sente beffato nei sentimenti; nel secondo (via telefono) si vede negata la possibilità di replica. Più che avvertire la perdita dell'oggetto desiderato o la compromissione del progetto sentimentale, Leonida si percepisce attaccato nel rango e svalutato nel valore personale.

L'infortunio lo costringerà a rinunciare al concorso e questo significherà la compromissione definitiva e irrecuperabile del sogno di specialità in cui aveva riposto l'ultima speranza di riscatto. La debilitazione fisica non solo conferma l'impossibilità di cambiare la sorte, ma lo vede anche all'estremo opposto alla specialità: disabile e bisognoso di cure quindi, non amabile. Da qui, il disinvestimento totale di fronte a un progetto esistenziale percepito come fallito. Niente è più possibile; non c'è niente per cui valga la pena continuare a lottare.

## **FATTORI DI VULNERABILITÀ**

La costruzione dei fattori di vulnerabilità al disturbo bipolare sono innanzitutto rintracciabili nel contesto di sviluppo primario che ha favorito la strutturazione di una

personalità pre-morbosa introversa e insicura. Leonida cresce in un ambiente dallo stile genitoriale contraddittorio e non disponibile ad accogliere le emozioni, specie la tristezza, la paura e la rabbia: rifiutante e critica la madre, descritta come «tiranna», ingombrante, incapace di rispondere alle espressioni di emozioni (Bowlby, 1979, 1980, 1988); più permissivo il padre anche se non ritenuto una solida figura di riferimento. Il rapporto tra i fratelli è conflittuale nel tentativo di creare uno spazio in cui ricevere affetto. In questo contesto, Leonida apprende la valutazione secondaria negativa all'emozione di tristezza e ad associare che lo stato d'animo triste sia sintomo di debolezza e portatore di esclusione.

Inoltre, vive esperienze di bullismo precoci e sensibilizzanti al tema di inferiorità e difettosità. I sentimenti di impotenza nascono in un quartiere italiano tra i più degradati dove la sopravvivenza e la derisione/sottomissione sono quotidiani. Leonida vive sentimenti di tristezza, rabbia e vergogna per non sentirsi all'altezza di difendersi né di difendere gli amici e sentimenti di ingiustizia per le prepotenze subite e mai punite.

In un ambiente sociale disagiato, in cui le figure di attaccamento non sono state in grado di aiutarlo a mentalizzare gli stati emotivi (Fonagy & Target, 2001), sono andati formandosi la credenza di doversela cavare da soli, l'intolleranza ai segnali di arousal emotivo, la ricerca di stati di eccitazione positivi e il progetto esistenziale orientato al valore personale per raggiungere l'amabilità.

## **DESCRIZIONE DEL TRATTAMENTO E DELLE MODALITÀ DI INTERVENTO**

L'intervento psicoterapeutico ha previsto il trattamento di due aspetti interferenti con la qualità della vita. Il primo relativo al disturbo bipolare, ostacolo alla stabilità e alla costituzione di una continuità in progetti e relazioni; il secondo relativo ai tratti di personalità narcisistici, compromettenti principalmente il versante interpersonale.

Il trattamento del disturbo bipolare è avvenuto facendo riferimento al modello cognitivo funzionalista del disturbo bipolare che riconosce nel processo di lutto il modello base dei disturbi dell'umore e nella perdita il nucleo dell'esperienza depressiva (Mancini & Rainone, 2008, Rainone & Mancini, 2010, 2012) ed è stato diretto al perseguimento dei seguenti obiettivi:

1. riduzione del rischio suicidario e riduzione della sintomatologia depressiva acuta;
2. comprensione del funzionamento bipolare nella storia di vita (analisi dei fattori di scompensazione, di mantenimento e di aggravamento del disturbo);
3. gestione e riduzione delle oscillazioni del tono dell'umore;
4. sviluppo di un piano di vita più articolato e riduzione della vulnerabilità alle ricadute.

I tratti di personalità narcisistici sono stati affrontati all'interno della relazione terapeutica facendo riferimento alla terapia metacognitiva interpersonale (Carcione, Nicolò, & Semerari, 2016). L'intervento è stato orientato a:

1. costruzione e mantenimento dell'alleanza terapeutica;
2. esplorazione del funzionamento delle relazioni affettive, amicali e lavorative;



3. comprensione delle condotte ricorsive e della costituzione dei cicli interpersonali disfunzionali;
4. acquisizione di abilità di problem solving per favorire l'istaurazione di relazioni sociali più appaganti.

All'inizio, in fase di sintomatologia acuta, la terapia si è concentrata sulla comprensione e sulla gestione dello stile di pensiero disfunzionale; in particolare, sull'idea pervasiva che il suicidio fosse l'unica soluzione all'interruzione della sofferenza. Il contratto terapeutico ha previsto l'accordo di posticipare di tre mesi l'eventuale passaggio all'atto. Facendo riferimento alla teoria interpersonale del suicidio (Van Orden et al., 2010; Selby et al., 2010), il terapeuta ha cercato di promuovere il riconoscimento di schemi, credenze e vissuti personali capaci di stimolare quel desiderio anticonservativo; approfondire le ragioni sottostanti la decisione e, mantenendo il focus su esse, esplorare eventuali ipotesi alternative.

Gli strumenti impiegati sono stati soprattutto il dialogo socratico e la disputa. Il primo ha consentito una serie mirata di domande e osservazioni volte a guidare Leonida nell'esplorazione dei pensieri ricorrenti e a promuovere un atteggiamento critico e distaccato nei confronti di essi. La disputa ha permesso di esaminare il valore di verità («In base a cosa sei arrivato a orientarti su questa idea?») e il valore di utilità del pensiero suicidario: «Voglio smettere di soffrire» («Ma questa soluzione è davvero così vantaggiosa? A chi, poi?»).

In un contesto privo di legami affettivi significativi e di stimoli esterni gratificanti, il venir meno anche di sé sembra innescare il desiderio di morire. Non emergendo in anamnesi precedenti tentativi suicidarie, il terapeuta si è riservato di valutare in itinere la reale necessità di prendere provvedimenti più risolutivi in relazione all'arma posseduta da Leonida favorendo la costruzione della relazione terapeutica (in cui sentirsi al sicuro di discutere qualsiasi tematica). Sono state approfondite le radici del desiderio di morire con lo scopo di prevenire le ricadute e rendere Leonida consapevole delle ragioni sottostanti gli agiti di rabbia così da poter scegliere comportamenti più funzionali in futuro. Sono state inoltre esposte tecniche ricavate dalle teorie di terza generazione; in particolare dalla *Dialectical Behavior Therapy*, abilità di tolleranza alla sofferenza (Linehan, 2015).

È stato possibile ridurre la fase acuta dell'episodio depressivo, modulando il senso di impotenza e ristrutturando la valutazione di irreparabilità a un danno percepito come ingiusto e doloso.

Solo una volta ridotta la fase depressiva acuta è stato ricostruito il modello di funzionamento cognitivo di Leonida con lo scopo di formulare e condividere un'ipotesi sull'oscillazione del tono dell'umore. La ricostruzione della storia personale ha determinato la riduzione sia del senso di responsabilità e di impotenza sul disturbo sia i sentimenti secondari di rabbia, vergogna e svalutazione per le condotte agite (alcol, isolamento, pensieri di morte). Ricostruendo un percorso di causa-effetto, Leonida ha potuto osservare quanto, negli anni, la percezione di subire perdite irrinunciabili, la percezione di impotenza nel recuperare i bene perduti e il bisogno di riscatto (per bilanciare privazioni progressive), costituiscono il *trigger* all'oscillazione dell'umore.

Gli strumenti usati in questa fase avevano l'obiettivo di stimolare l'analisi logica dei pensieri nell'esperienze di vita vissuta; di favorire la padronanza e il senso di efficacia; di

comprendere e modulare i problemi secondari connessi alle esperienze infantili e adolescenziali vissute in famiglia e nel gruppo dei pari. Principalmente sono stati utilizzati gli ABC, l'autocaratterizzazione, la *Life Chart*, la storia affettiva e la storia di vita.

L'inserimento della compilazione degli ABC come monitoraggio e modulazione degli stati mentali ha dato a Leonida uno strumento rapido ed efficace da impiegare anche in situazioni sociali per gestire l'attivazione fisiologica e i pensieri disfunzionali.

Una volta compreso il funzionamento mentale, sono state usate tecniche ricavate dalle teorie di terza generazione, in particolare dall'*Acceptance and Commitment Therapy* (Hayes et al., 1999) per sviluppare la flessibilità psicologica e favorire la ristrutturazione cognitiva – quindi modificare i pensieri automatici disfunzionali, identificare le resistenze al cambiamento e accettare ciò che invece non poteva essere modificato (come gli avvenimenti passati o la decisione dell'altro). Di questo modello sono state usate le metafore, le abilità di mindfulness, l'approccio ai valori e all'azione impegnata per favorire il processo di defusione cognitiva e ridurre l'impatto dei pensieri disfunzionali (Luoma & Hayes, 2009) sulle scelte, per stimolare il processo di accettazione e per mettersi in gioco orientato dal significato che hanno certe decisioni piuttosto che dal risultato finale. L'uso di metafore (ricavate dall'*Acceptance and Commitment Therapy*), di esercizi esperienziali e di tecniche mindfulness, hanno favorito l'esposizione in un campo nuovo, esente da intellettualizzazioni, ruminazioni e rimuginii a cui era abituato. Sono stati inseriti esercizi esperienziali per gestire la rimuginazione e stimolare l'acquisizione di un atteggiamento critico e distaccato. Contestualmente, Leonida avvia un corso di meditazione la cui pratica quotidiana riduce significativamente il problema secondario, grazie all'apprendimento di tecniche per restare in contatto col presente e col proprio mondo interiore senza criticare emozioni come la tristezza o la rabbia.

Con lo scopo di stimolare l'analisi logica dei pensieri anche nella fase espansiva dell'umore, Leonida impara strategie ricavate dall'*Acceptance and Commitment Therapy* (relative alla defusione cognitiva) per sviluppare la distanza critica anche dalla ruminazione positiva, ridefinita «Radio Baccano». L'ingaggio nel circolo del riscatto, definito «Autostima alla riscossa», si avvia passo dopo passo con minor intensità. La parte di sé bisognosa di specialità verrà infine soprannominata «Leonida dai piedi d'argilla».

In questa fase di lavoro sulla prevenzione delle ricadute delle fasi del ciclo bipolare, il terapeuta ha posto l'attenzione sulla necessità di porsi obiettivi raggiungibili — passi intermedi e gratificazioni quotidiane — e l'ampliamento del progetto esistenziale. Attraverso il diario delle attività Utili/Piacevoli, per gradi sono state reinserite attività per riportare sia una condizione di efficienza sia soddisfazioni in aree diversificate.

La seconda area di trattamento psicoterapeutico ha affrontato la costruzione dei cicli interpersonali disfunzionali all'origine dei conflitti e l'acquisizione di abilità prosociali. Partendo dall'esplorazione delle dinamiche all'interno della relazione terapeutica si è cercato di comprendere e interrompere i cicli interpersonali disfunzionali che si instaurano tra pensieri, emozioni e comportamenti; ricostruire le dinamiche interpersonali disfunzionali e modificare la rappresentazione sé/altro in una prospettiva agonistica; selezionare strategie più funzionali per regolare l'autostima e l'apertura alla prospettiva dell'altro.

L'analisi è avvenuta in vivo, ossia osservando l'andamento della relazione terapeutica in cui Leonida sin dall'inizio ha messo in atto un particolare repertorio comportamentale: attacchi e critica diretta al terapeuta, rotture improvvise della relazione terapeutica, condotte oppositive e provocatorie o remissive.

Il terapeuta si è avvalso di tecniche come il dialogo socratico per stimolare l'analisi logica del comportamento, per approfondire i processi sottostanti schemi e distorsioni cognitive (orientanti, per esempio, al perfezionismo e alla difesa personale) e per comprendere le ragioni determinanti l'attivazione di quella tipologia di reazioni. Sono state inserite in seguito attività di problem solving e role playing per incrementare la flessibilità comportamentale, integrare il punto di vista dell'altro rispetto a una prospettiva egocentrata e favorire l'acquisizione di abilità funzionali alla gestione delle relazioni sociali.

Sono state introdotte attività per sviluppare abilità assertive con lo scopo di ridurre le modalità «passivo-aggressivo» — per cui prima accondiscende le richieste dell'altro e poi esplose o si rammarica per non essere riconosciuto nei bisogni personali — e incentivare l'espressione dei propri bisogni, riconoscere i propri diritti rispettando quelli altrui. Ancora, utilizzando strumenti appartenenti alle teorie della terza ondata, specificamente il modulo previsto dalla *Dialectical Behavior Therapy* sulla regolazione emotiva (Linehan, 2015) è stato possibile definire gli attivanti delle emozioni — focalizzandosi sulla rabbia e sulla tristezza — e le conseguenti sensazioni somatiche e reazioni comportamentali.

All'interno della relazione terapeutica è stato sviluppato un atteggiamento cooperativo per uno scopo comune, riconoscendo ed esaminando il bisogno di entrare in conflitto col terapeuta.

Una volta acquisite le competenze prosociali basiche, sono stati affrontati i fattori di vulnerabilità nella storia di vita di Leonida tendenti a mantenere il comportamento diffidente e aggressivo, iperprudenziale verso l'altro e orientato al valore personale.

Mediante la ricostruzione di ABC riportanti scenari di interazione tipici, Leonida arriva a comprendere e ristrutturare le credenze su di sé, sugli altri e sul futuro (es. «Se mi dimostro incapace gli altri mi derideranno. Resterò per sempre solo») e incrementa la tolleranza all'errore e al rifiuto. Attraverso attività di role playing e problem solving, vengono individuate abilità e strategie di coping più funzionali e riguardate regole come «Se fallisco sono un mezz'uomo» che trasferiscono l'errore dal piano comportamentale (avere sbagliato) a quello esistenziale (essere sbagliato). Questa fase ha permesso di ridimensionare le aspettative e la gravità del commettere errori rivisitando bias cognitivi e credenze di irreparabilità, irrinunciabilità e catastrofe nei confronti di una perdita.

## **RISULTATI OTTENUTI DALL'INTERVENTO TERAPEUTICO**

Non è stato possibile somministrare alcun test per volontà ferrea di Leonida conseguente all'esperienza «lunga e fasulla» avuta durante le selezioni nelle Forze Armate.

A tre anni dall'inizio della terapia, Leonida ha accettato l'infortunio e si sta dedicando alla realizzazione di un progetto esistenziale alternativo in cui la disabilità incide in una percentuale minore. Grazie alla ristrutturazione cognitiva delle credenze disfunzionali e

all'acquisizione di abilità assertive che hanno prodotto un significativo miglioramento nei rapporti lavorativi, ha ottenuto il trasferimento in una città più grande della precedente dove ha avviato soddisfacenti relazioni interpersonali con conoscenti e nuovi colleghi che riesce ad affrontare con minor preoccupazione. Si è iscritto a un corso di studio per ampliare il quadro di vita e acquisire competenze che gli permettano di differenziare il lavoro quotidiano e differenziarsi (mantenendo un contatto col tema della specialità). Ha accettato di poter non entrare nella storia da eroe ma di poter essere speciale solo per qualcuno.

Dal punto di vista sentimentale, ha conosciuto varie ragazze e deciso di approfondire la conoscenza con un paio di queste. Da alcuni mesi esce con Pamela — in apparenza senza vissuti traumatici — ma non è sicuro di esserne innamorato. È soddisfatto per essere riuscito a costruire con lei una relazione paritaria nonostante a volte cada nella trappola che lo vede non degno d'amore e, per questo, in dovere di ricompensarla. Riesce però a riconoscere i pensieri disfunzionali e il fattore scatenante mantenendosi orientato verso il benessere.

Sentimenti di frustrazione e di rabbia sono ancora attivi così come l'attivazione preferenziale del sistema motivazionale competitivo ma oggi si dimostra consapevole di questa sensibilità. Al variare dei contesti, riesce a tollerare attacchi o critiche e a scegliere strategie più utili al raggiungimento degli obiettivi. Lo scopo di amabilità è sempre vivo ma meno assolutistico rispetto alla fase iniziale della terapia essendo stato ampliato il piano esistenziale ed essendo più sviluppate le capacità assertive e prosociali.

I pensieri suicidari ogni tanto emergono alla mente di fronte a difficoltà e imprevisti ma, sono percepiti come pensieri di rassicurazione e controllo piuttosto che come alternativa alla sofferenza. Leonida dimostra di aver modificato le credenze disfunzionali alla base dell'innesco del ciclo bipolare e di possedere maggiori capacità di problem solving per vivere una vita più ricca di attività e più soddisfacente a livello di interazioni sociali.

## **PECULIARITÀ DEL CASO CLINICO**

### *I bias cognitivi e il ciclo bipolare*

La prima parte dell'articolo mette a confronto il funzionamento cognitivo di Leonida nella fase ipomaniacale e nella fase depressiva evidenziando come — pur restando inalterato lo scopo del valore personale nell'arco della vita — le credenze disfunzionali, la ruminazione e tutti i tentativi di soluzione messi in atto fungano da filtro dell'esperienza fenomenologica e da fattori di mantenimento e di aggravamento del ciclo bipolare conferendo una specifica prospettiva e vulnerabilità (Beck et al., 1979).

### *La relazione terapeutica*

Il trattamento ha preso vita nel corso dello sviluppo altalenante della relazione terapeutica, composto di crisi, minacce di drop out e rotture in cui, ogni tentativo di riparazione da parte del terapeuta portavano all'effetto contrario: critiche e distacco.

Una scossa alla relazione avviene in conseguenza allo svelamento dei propri sentimenti al terapeuta («Perché non posso provarci?»). Sentendosi rifiutato Leonida minaccia la terapia. La confessione verrà poi affrontata apertamente cercando di esplorare se quanto provato non fosse già stato provato in altre occasioni (ad esempio la direttrice dalla quale poi subì il licenziamento), che cosa gli garantisse la relazione privilegiata e se quel tipo di relazione fosse l'unico modo per arrivare all'obiettivo (ad esempio guadagnarsi la stima).

Nel corso della terapia, si evidenzia quanto l'oscillazione di Leonida su due pattern comportamentali porti, di conseguenza, il terapeuta a sperimentare emozioni differenti e a reagire in modi diversi.

Quando Leonida attacca con ostilità, disdegnando ogni tentativo di riparazione dell'allezanza o di iniziativa terapeutica, dal terapeuta vengono sperimentati nervosismo, irritazione, risentimento fino alla rabbia, immaginando la liberazione nell'interruzione del percorso; quando espone invece i sentimenti di inautabilità e autosvalutazione, vengono sperimentati dal terapeuta desiderio di accudimento, sentimenti di impotenza e bisogno di rassicurazioni (dal trainer) sul livello di competenza professionale.

La disciplina interiore da parte del terapeuta è stata fondamentale per non prendere le accuse sul personale ma esplorare i significati e i processi sottostanti e dimostrare disponibilità, accettazione incondizionata, partecipazione e vicinanza affettiva. Il lavoro si è concentrato sul garantire un'esperienza emozionale correttiva e promuovere la sintonizzazione sul sistema motivazionale cooperativo. Leonida, da una seduta all'altra ma anche all'interno della stessa, transita dal piano di attaccamento a quello di accudimento a quello sessuale al competitivo tentando di tutto per sentirsi riconosciuto, apprezzato, speciale — nel bene (perché amato) o nel male (perché così tanto malato da poter essere contattato anche fuori dalla seduta) — e finendo con esternare agiti di rabbia per la frustrazione del mancare l'obiettivo di rapporto esclusivo (Liotti & Monticelli, 2014).

Accogliere tutti gli argomenti e i sentimenti esposti, rispondendo agli attacchi difensivi in modo da non consolidare credenze né cicli disfunzionali, ha permesso nei tre anni di terapia la sintonizzazione sul sistema cooperativo e l'acquisizione di nuove strategie di coping e abilità interpersonali.

## CONCLUSIONI

La terapia, iniziata a luglio di tre anni fa, è continuata a cadenza settimanale per alcuni mesi per subire due interruzioni di circa tre mesi ciascuna (a distanza di sei mesi l'una dall'altra) nei due anni successivi.

Il trattamento del disturbo bipolare II in Leonida è degno di interesse perché non ha previsto l'affiancamento della farmacologia per resistenze interne del paziente legate al valore personale. Inoltre, la presenza di tratti di personalità narcisistici tipo covert ha permesso di esplorare più da vicino la quantità di ostacoli lungo il percorso di terapia che sono chiamati a superare sia il paziente che il terapeuta nella stessa relazione. Tutt'oggi sono

in corso sedute di follow up a cadenza mensile perché Leonida si è trasferito in un'altra città. Per piccoli passi e non senza regressioni, si sta mantenendo orientato all'ampliamento del piano di vita e allo sviluppo di nuove relazioni interpersonali soddisfacenti. È ancora fidanzato con Pamela.

## BIBLIOGRAFIA

- Beck A. T., Rusch A. J., Shaw B. F., & Emery G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Bowlby, J. (1979). *The making & breaking of affectional bonds*. London: Tavistock Publications. Trad. it., *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Raffaello Cortina, 1982.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss. Vol III. Loss, sadness and depression*. London: Hogarth Press. Trad. it. *Attaccamento e perdita. Vol. 3. La perdita della madre*. Torino: Bollati Boringhieri, 1983.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. New York: Basic Books. Trad. it. *La base sicura*. Milano: Raffaello Cortina, 1989.
- Carcione, A., Nicolò, G., & Semerari, A. (2016), *Curare i casi complessi. La terapia metacognitive interpersonale dei disturbi di personalità*. Roma, Bari: Laterza.
- Castelfranchi, C., & Miceli, M. (2002). Architettura della mente: scopi, conoscenze e loro dinamica. In C. Castelfranchi, F. Mancini, & M. Miceli (a cura di) *Fondamenti di cognitivismo clinico* (pp. 45-62). Torino: Bollati Boringhieri.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Birch Lane. Trad. it. *Ragione ed emozione in psicoterapia*. Roma: Astrolabio Ubaldini, 1989.
- Fonagy, P., & Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Johnson, S.L. (2005). Mania and dysregulation in goal pursuit: a review. *Clinical Psychology Review*, 25, 241-262.
- Gruber, J. (2011). Can Feeling Too Good Be Bad? Positive Emotion Persistent (Pep) In Bipolar Disorder. *Current Directions in Psychology Science*, 2, 217-221.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. (2015). *DBT Skills Training. Volume 2: Schede e fogli di lavoro*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, G., & Monticelli, F. (2014). *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica: la prospettiva cognitivo-evolutionista*. Milano: Raffaello Cortina.
- Luoma, J. B., & Hayes S. C. (2009). *Cognitive Defusion*. In W. O'Donahue e J. E. Fisher (a cura di), *General Principles and Empirically Supported Techniques of Cognitive Behavior Therapy* (pp. 181-188). New York: Wiley.
- Mancini, F. (2016). Sulla necessità degli scopi come determinanti prossimi della sofferenza psicopatologica. *Cognitivismo clinico*, 13, 7-20.
- Mancini, F., & Rainone, A. (2008). La dimensione cognitiva. In G. B. Cassano & A. Tundo (a cura di), *Manuale Italiano di Psichiatria. Lo spettro bipolare* (pp. 111-124). Milano: Elsevier-Masson.
- Rainone, A., & Mancini, F. (2010). Il disturbo bipolare. Un'ipotesi cognitivista di comprensione. In Perdighe, C. & Mancini, F. (a cura di), *Elementi di Psicopatologia Cognitiva* (pp. 225-253). Roma: Giovanni Fioriti.
- Rainone, A., & Mancini, F. (2012). *Gli approcci cognitivi alla depressione*. Milano: FrancoAngeli.
- Selby, E. A., Anestis, M. D., Bender, T. W., Ribeiro, J. D., Nock, M. K., Rudd, M. D., Bryan, C. J., Lim, C., Baker, M. T., Gutierrez, P. M., & Joiner, T. E. Jr. (2010). Overcoming the fear of lethal injury: Evaluating suicidal behavior in the military through the lens of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicide. *Clinical Psychology Review*, 30, 298-307.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A. & Joiner, T. E. Jr (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117, 575-600.

Presentato il 29 marzo 2018, accettato per la pubblicazione il 16 luglio 2018

### Corrispondenza

Chiara Del Nero  
Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC)  
Via Giovanni Lanza, 26  
58100 Grosseto  
email: info@chiaradelnero.com

