

Pensiero e difese nei disturbi bipolari. Studio clinico e psicopatologico su bipolari I e bipolari II

*Thinking organization and defense mechanisms in bipolar disorders.
Clinical and psychopathological study on bipolar I and bipolar II*

ROSA LO BAIDO¹, MARIE DI BLASI², PIETRO ALFANO², PALMA AUDINO², CARMELA BELLAVIA¹,
ANNA ANTONIA BLANDO¹, ADELAIDE MERENDINO², ROSSANA MESSINA¹,
MARIA LUISA POMA², SABINA LA GRUTTA²

E-mail: rosa.lobaido@unipa.it

¹Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche (BioNec), Università di Palermo

²Dipartimento di Psicologia, Università di Palermo

RIASSUNTO. Obiettivi. Scopo del presente studio è esplorare il funzionamento psichico dei soggetti con disturbo bipolare I e II attraverso l'analisi e il confronto degli stili di pensiero e dei pattern difensivi. **Metodi.** Nel corso di un intero anno solare (2009-2010), presso la clinica Psichiatrica del Policlinico Universitario di Palermo sono stati reclutati 29 pazienti con disturbo bipolare I e II. È stato somministrato il seguente protocollo: Wechsler Adult Intelligent Scale-R (WAIS-R), per valutare il funzionamento cognitivo generale; Defense Mechanisms Inventory (DMI), per misurare i pattern difensivi. Sono stati quindi analizzati e confrontati i risultati ai due reattivi. **Risultati.** I soggetti con diagnosi di disturbo bipolare utilizzano modalità cognitive e strategie difensive del tutto peculiari, differenti rispetto alla popolazione normativa. La diagnosi incide sul livello e sul tipo di funzionamento cognitivo nonché sui pattern difensivi. I bipolari I presentano compromissioni cognitive più serie ed estese e un profilo difensivo più rigido dei bipolari II. In generale, i pazienti bipolari manifestano una personalità immatura centrata su funzionamenti arcaici che si riscontrano in tutte le sfere della loro personalità: emozioni, affetti, cognizione, forza dell'Io, adattamento alla realtà. **Discussione.** Il profilo cognitivo e difensivo del tutto specifico ottenuto conduce a importanti riflessioni sul contributo che le strategie psicologiche possono dare al trattamento "su misura" per questi pazienti.

PAROLE CHIAVE: disturbi bipolari, stili di pensiero, organizzazione difensiva.

SUMMARY. Aim. The aim of this research is to explore the psychical functioning in bipolar I or bipolar II disorder people through the analysis and comparison of their thought styles and defense patterns. **Methods.** 29 bipolar I and bipolar II people afferent to Palermo University Policlinical Psychiatric Hospital Department were selected during the whole 2009-2010 year. The following tests were administered: Wechsler Adult Intelligent Scale-R (WAIS-R) in order to measure the general cognitive function; Defense Mechanisms Inventory (DMI) in order to measure defense patterns. Afterwards, the results of the two tests were analysed and compared. **Outcome.** Bipolar disorder people use cognitive mechanisms and defense strategies that are very different from standard population. Bipolar I subjects show both wider and more serious cognitive deterioration and stricter defense mechanisms than bipolar II subjects. Generally bipolar patients show an immature personality based on archaic mechanisms that can be found in all the spheres of their personality: emotions, cognition, Ego-strength, adaptability to reality. **Discussion.** The peculiar achieved cognitive and defense profile leads to important considerations about how psychological strategies can contribute to use "bespoke" treatments for these patients.

KEY WORDS: bipolar disorders, thought styles, defence mechanisms.

«Pensiero è ogni evento psichico,
è artificioso parlare di processi mentali
come separati da aspetti affettivi a cui si dà il nome di psichico.
Mentale è un termine onnicomprensivo
di tutti i processi psichici, cognitivi e affettivi insieme» (1)

INTRODUZIONE

Scopo del presente studio è esplorare e mettere a confronto pensiero e pattern difensivi di soggetti con disturbo bipolare I e II.

Recentemente in letteratura si è rinnovato l'interesse rispetto al funzionamento cognitivo peculiare dei disturbi dello spettro bipolare, specie nella prospettiva di ottimizzare l'efficacia degli interventi terapeutici (psicoterapeutici e psicofarmacologici) e riabilitativi con lo scopo di migliorare, nel paziente, qualità di vita e funzionamento psicosociale (2-5).

Studi di orientamento neuropsicologico individuano le funzioni cognitive che nei disturbi bipolari risultano più compromesse: memoria, funzioni esecutive, apprendimento verbale, capacità di pianificazione (6-9). Studi psicopatologici approfondiscono il rapporto tra espressioni ed evoluzione della malattia – numero degli episodi, anni di malattia, età di esordio e tipologia di episodio all'esordio, associarsi al disturbo in asse I di un disturbo di personalità in asse II – e funzionamento cognitivo (10,11). Studi clinici di orientamento psicodinamico, a dire il vero piuttosto poco frequenti, si occupano di approfondire la qualità dei sistemi difensivi in rapporto agli episodi depressivi nello spettro bipolare, l'eventuale organizzazione difensiva specifica nei disturbi bipolari in rapporto ad altre patologie di asse I e di asse II e l'incidenza di una diagnosi di disturbo bipolare sulla riorganizzazione della personalità (12-15).

Tenuto conto della letteratura, il nostro studio si propone di offrire una visione unitaria del funzionamento cognitivo e difensivo del paziente bipolare.

Riteniamo, infatti, non solo che queste due dimensioni psichiche siano reciprocamente influenti e intrecciate, ma anche che, soltanto osservandole insieme nel loro evolversi, si possa immaginare una "psicoterapia su misura per il paziente" (16) e pianificare misure riabilitative adeguate ed efficaci.

MATERIALI E METODI

Fasi dello studio e descrizione degli strumenti

Il presente studio si è svolto in due momenti.

1. *Fase 1*: reclutamento del gruppo di studio. Con il contributo di psichiatri e psicologi in formazione, all'oscuro delle finalità del progetto di ricerca, ai pazienti in accesso (ambulatorio, DH, RO) presso la Clinica Psichiatrica dell'Università di Palermo (AOUP) è stato somministrato, previo consenso informato, il seguente protocollo: la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders e la Structured Clinical Interview for DSM-

IV Axis II Personality Disorders (SCID-I e SCID-II), strumenti standardizzati e di qualità, largamente adottati nella comunità scientifica internazionale per la diagnosi dei disturbi clinici e di personalità in asse I e II del DSM (17-19); colloquio clinico, per raccogliere informazioni circa l'anamnesi infantile e attuale del soggetto, la sua storia di vita e il suo vissuto di malattia.

2. *Fase 2*: al gruppo di studio reclutato nella prima fase dello studio, previo consenso informato allo svolgimento della ricerca, è stato somministrato, da personale appositamente addestrato (psichiatri e psicologi), il seguente protocollo:

- WAIS-R Weschler Adult Intelligence Scale-Revised (20-23): reattivo tra i più noti e meglio standardizzati in psicologia, la WAIS-R – attraverso undici prove, sei verbali (informazione, comprensione, ragionamento aritmetico, analogie, memoria di cifre, vocabolario) e cinque performance (associazione di simboli a numeri, completamento di figure, disegno con i cubi, riordinamento di storie figurate, ricostruzione di oggetti) – misura il livello intellettuale (nettamente superiore, superiore, medio superiore, medio, medio inferiore, al limite della deficitarietà, deficitario) e fornisce una mappatura del funzionamento cognitivo di un individuo in ordine a tipo di intelligenza (teorica-verbale: QIV; pratica-di performance: QIP; globale-totale: QIT), tipo di pensiero (astratto, funzionale, operatorio, concreto) e modalità cognitive tramite le quali il soggetto organizza la realtà (capacità di astrazione, adattamento sociale del pensiero, capacità di sintesi, capacità di analisi, orientamento spazio temporale). In breve, la WAIS-R, intendendo l'intelligenza come un costrutto complesso, multidimensionale, dinamico, vettore dell'intera personalità, sensibile ai fattori emotivi e affettivi, permette più globalmente di valutare le capacità di adattarsi all'esperienza e di sostenere la frustrazione.
- Defense Mechanisms Inventory (DMI) (24): questionario semiproiettivo a performance verbale che – favorendo l'immedesimarsi del soggetto in 10 storie che riproducono situazioni immaginarie relative ai conflitti che riguardano l'autorità, l'indipendenza, l'identità sessuale, la competizione, gli imprevisti – misura la presenza e l'intensità dei seguenti cinque cluster difensivi con i relativi sfondi emozionali: TAO (Turning Against Object), indica ogni espressione diretta o indiretta dell'aggressività per dominare le minacce esterne o nascondere conflitti interni eccessivamente dolorosi. La coloritura affettiva di TAO è improntata alla rabbia e alla vendetta; PRO (Projection) descrive un sistema nel quale il soggetto, pieno di risentimento, attribuisce agli altri intenzioni o comportamenti negativi senza alcun supporto realistico; PRN (Principalization) si riferisce alla possibilità di gestire nel proprio spazio intrapsichico, tramite strategie difensive legate alla rimozione, il conflitto e la frustrazione, con un'atmosfera emotiva

Pensiero e difese nei disturbi bipolari. Studio clinico e psicopatologico su bipolari I e bipolari II

che può andare dalla calma alla rassegnazione alla completa indifferenza; TAS (Turning Against Self), implica la messa in atto di comportamenti autosvalutanti e autodenigratori con lo scopo di ridurre le minacce alla propria autostima. La qualità affettiva di TAS è segnata dalla vergogna e dalla disperazione connesse a una scarsa stima di sé; REV (Reversal) è un regime difensivo che induce, con una vistosa (e pericolosa) distorsione della realtà, l'individuo a negare, ridimensionare, ignorare o addirittura ipervalorizzare le parti inaccettabili di sé. Gli effetti delle proprie azioni non vengono valutati correttamente e sono sottolineati con atteggiamenti neutrali o addirittura positivi. Il risultato è il generarsi di un'immagine ipertrofica e onnipotente di sé.

Soggetti

Il gruppo di studio è costituito da 29 pazienti (10 maschi – 19 femmine) con diagnosi di disturbo bipolare I e II (bipolare I: 11, 6 M e 5 F; bipolare II: 18, 4 M e 14 F), in eutimismo, di età compresa tra i 21 e i 64 anni (M= 48,3±10,4) (**Tabella 1**).

Sono stati esclusi dallo studio i soggetti con disturbo bipolare di età uguale o superiore a 65 anni perché l'età, nei pazienti bipolari, è un fattore che può incidere, in modo di-

Tabella 1. Caratteristiche del gruppo		
Età: M= 48,62, SD= 10,36 (range: 21-64)		
Sesso: 10 M (34%) – 19 F (66%)		
Diagnosi: 11 bipolari I (38%) – 18 bipolari II (62%)		
Età d'esordio: M= 32,18, SD= 10,13 (range: 17-51).		
Anni di malattia: M= 15,86, SD= 9,32 (range: 1-35)		
Numero di ricoveri: M= 2,79, SD= 3,28 (range 0-12)		
Livello di istruzione	elementare	4
	media inf.	7
	media sup.	13
	laurea	5
Professione	casalinga	10
	impiegato	9
	commerciante	2
	imprenditore	1
	libero prof.	1
	disoccupato	1
	pensionato	5
Stato civile	coniugato	17
	libero	9
	separato	3

scriminativo, sul livello di prestazione ai test cognitivi al di là del fisiologico decadimento dovuto all'età (25,26).

Metodi e tecniche

Nella seconda fase della ricerca, lo stabilire un clima di disponibilità, apertura e accoglienza rispetto ai pazienti è stato pededeutico al completamento, attendibile e valido, del protocollo utilizzato. WAIS-R e DMI sono reattivi che richiedono, infatti, al soggetto un elevato grado di impegno, motivazione e concentrazione. La faticabilità derivata dalla complessità degli strumenti adoperati ci ha indotto, quindi, a proporre per ogni paziente due sedute differenziate (una per la WAIS-R e una per il DMI) e individuali di somministrazione. La somministrazione è avvenuta in ambiente ospedaliero, le istruzioni fornite sono state standardizzate ma non sono stati posti limiti di tempo. A ogni paziente è stato proposto, ben accetto, un incontro individuale di restituzione dei risultati ai test somministrati.

Analisi statistiche

È stata effettuata, in primo luogo, un'analisi descrittiva dei dati ottenuti ai reattivi WAIS-R e DMI.

Tecniche parametriche (*independent samples t test*) hanno consentito: il confronto delle prestazioni del gruppo di studio ai reattivi WAIS-R e DMI rispetto alle popolazioni normative di riferimento; la verifica delle interazioni tra la variabile tipo di diagnosi (disturbo bipolare I e II), la variabile genere sessuale e gli indici misurati dai reattivi WAIS-R e DMI.

Tramite *r* di Pearson sono state infine esaminate le correlazioni tra i risultati ottenuti ai reattivi WAIS-R e DMI e la durata della malattia.

I risultati ottenuti con i reattivi somministrati sono stati interpretati in accordo con le indicazioni fornite dai manuali di riferimento (20,21,24).

Tutte le analisi statistiche sono state effettuate attraverso il software statistico SPSS. 13.0.

RISULTATI

Le prestazioni ottenute dal nostro gruppo di pazienti a WAIS-R e DMI sono state sottoposte ad analisi statistiche descrittive e quindi confrontate con le popolazioni normative (**Table 2-5**):

- tutti e tre i QI (QIT, QIV, QIP) del gruppo di studio sono risultati in media di livello medio inferiore, “deboli” rispetto alla distribuzione normale e ciò è stato valutato trasformando i punteggi QI in punti *z* per potere procedere al confronto con il rango percentile della popolazione normativa (**Tabella 2**). Nelle subprove alla WAIS-R, inoltre, il gruppo ha osservato un progressivo declino delle prestazioni (**Tabella 3**) anche per effetto di un'estrema faticabilità al com-

Tabella 2. Risultati medi del gruppo alla WAIS-R

QIV	88,34±14,1 Medio inferiore
QIP	84,34±15,9 Medio inferiore
QIT	85,14±14,9 Medio inferiore

Tabella 3. Risultati medi del gruppo alle subprove della WAIS-R

Prova	Media	DS
Informazioni	8,34	4,00
Memoria di cifre	8,00	2,98
Vocabolario	6,62	2,82
Ragionamento aritmetico	6,93	2,81
Comprensione	6,37	2,47
Analogie	6,24	2,86
Completamento figure	5,89	2,51
Riordinamento di storie	5,13	2,23
Disegno con cubi	4,82	3,26
Ricostruzione di oggetti	4,51	2,81
Associazione di simboli a numeri	4,48	1,7

pito prolungato (circa un'ora e un quarto di somministrazione) e di un difetto di concentrazione;

- per quanto riguarda le difese, il gruppo evidenzia un profilo difensivo “tipo” REV (**Tabella 4**) testimoniando uno stato psichico pervaso da assenza di conflittualità interna, difetto di critica e di giudizio. Inoltre, a segnalare lo stato di sofferenza psichica importante, la percentuale di profili sintomatici è notevole e ammonta al 72% (21 soggetti su 29) e tra questi il profilo più frequente è proprio quello REV (69%; 14

Tabella 4. Risultati medi del gruppo ai cluster difensivi del DMI

Cluster difensivo	Media	DS
TAO	44,86	7,44
PRO	50,03	5,54
PRN	47,62	10,42
TAS	49,21	7,06
REV	60,31	9,49

soggetti). A questo punto risulta del tutto comprensibile come il gruppo di studio si differenzi dalla popolazione generale, adottando in misura significativamente maggiore tutte le difese più disadattive: REV con $t(28) = 14,21, p < ,001$), PRO proiezione con $t(28) = 7,08, p < ,001$), TAS aggressività autodiretta con $t(28) = 11,43, p < ,001$ e TAO aggressività eterodiretta con $t(28) = 1,99, p < ,05$) (**Tabella 5**).

Abbiamo verificato l'interazione tra la variabile-tipo di diagnosi (disturbo bipolare I e II) e i risultati a WAIS-R e DMI.

I soggetti con diagnosi di disturbo bipolare I evidenziano una maggiore compromissione nell'intelligenza pratica, di performance (**Tabella 6**) a carico, in particolare, della prova di riordinamento di storie figurate ($p < ,05$).

Per quanto riguarda il rapporto tra tipo di diagnosi e DMI non abbiamo riscontrato differenze valutabili e discriminanti rispetto alla frequenza dei profili sintomatici e rispetto alla frequenza di particolari tipologie di profilo difensivo. Ciò che è risultato discriminante tra i due tipi di diagnosi è stato l'utilizzo dei cluster difensivi che descrivono più direttamente il destino dell'aggressività verso l'esterno (TAO) o verso l'interno (TAS). Ebbene, nei soggetti con disturbo bipolare I, l'aggressività segue un destino verso l'esterno e il comportamento, con una risonanza emotiva legata a rabbia e vendetta; nei soggetti con disturbo bipolare II l'aggressività segue un destino opposto: rivolta verso l'interno (**Tabella 7**) con risonanza emotiva improntata alla disperazione e impotenza. E tale andamento è presumibilmente legato al diverso impatto nell'equilibrio psichico dei disturbi bipolare I e II, degli episodi maniacali e ipomaniacali (e quindi di fatto il diverso incidere dell'episodio depressivo).

In ultimo abbiamo studiato l'interazione tra la variabile genere sessuale e risultati a WAIS-R e DMI.

Il genere sessuale non incide sulle prestazioni alla WAIS-R né per quanto riguarda il livello intellettuale né per quanto riguarda il tipo di intelligenza (**Tabella 8**).

Tabella 5. Confronto tra le medie ottenute dal gruppo al DMI e quelle ottenute dal campione di standardizzazione

	Media	DS	Valore t	P
TAO	44,86	7,44	1,99	<,05
PRO	50,03	5,54	7,08	<,000
PRN	47,62	10,42	1,41	,171
TAS	49,21	7,06	11,43	<,000
REV	60,31	9,49	14,20	<,000

Pensiero e difese nei disturbi bipolari. Studio clinico e psicopatologico su bipolari I e bipolari II

Tabella 6. Interazione tra tipo di diagnosi e risultati alla WAIS-R

	DBI	DBII	Valore di t	P
QIV	86±15,8 Medio inferiore	89,7±13,1 Medio inferiore	-,6	NS
QIP	77,4±12,5 Al limite della deficitarietà	88,5±16,5 Medio inferiore	-1,9	<,05
QIT	80,5±15,1 Medio inferiore	87,9±14,4 Medio inferiore	-1,3	NS
Informazioni	9±5,4	7,9±2,8	,6	NS
Memoria di cifre	7,6±2,8	8,2±3,1	-,5	NS
Vocabolario	6±3	7±2,7	-,9	NS
Ragionamento aritmetico	6,9±2,9	6,9±2,8	-,03	NS
Comprensione	6,5±2,6	6,2±2,3	,2	NS
Analogie	5,5±2,4	6,6±3,0	-1	NS
Completamento figure	5±2,1	6,4±2,5	-1,5	NS
Riordinamento di storie	4,1±1,4	5,7±2,4	-1,9	<,05
Disegno con cubi	4,6±2,6	4,9±3,6	-,2	NS
Ricostruzione di oggetti	4±1,8	4,8±3,2	-,7	NS
Associazione di simboli a numeri	4,4±1,8	4,5±1,7	-,6	NS

Tabella 7. Interazione tra tipo di diagnosi e cluster difensivi del DMI

Cluster difensivi	DBI	DBII	Valore t	P
TAO	48,8±9,0	41,6±7,5	2,0	<,05
PRO	48,3±6,3	50,4±7,2	-,7	NS
PRN	46,5±11,4	47,8±13,2	-,2	NS
TAS	42,8±7,2	52,5±7,2	-3,0	<,01
REV	58,3±8,2	60,7±11,7	-,5	NS

Per quanto riguarda il rapporto tra genere sessuale e DMI non abbiamo riscontrato differenze rispetto alla frequenza dei profili sintomatici e rispetto alla distribuzione di particolari tipologie di profilo difensivo. Ciò che è risultato discriminante tra i due sessi è stato il diverso utilizzo del cluster di difesa REV. Nelle donne più che negli uomini viene massivamente utilizzato il cluster REV, a dimostrare una tendenza maggiore

Tabella 8. Interazione tra genere sessuale e WAIS-R

	M	F	Valore di t	P
QIV	88,5±16 Medio inferiore	88,3±13,4 Medio inferiore	-,04	NS
QIP	79,8±17,4 Al limite della deficitarietà	86,7±14,9 Medio inferiore	1,1	NS
QIT	83,2±16,8 Medio inferiore	86,2±14,2 Medio inferiore	,5	NS
Informazioni	8,8±3,5	8,1±4,2	-,4	NS
Memoria di cifre	9±3,8	7,4±2,3	-1,3	NS
Vocabolario	6,4±2,9	6,7±2,8	,3	NS
Ragionamento aritmetico	6,1±2,7	7,3±2,8	1,1	NS
Comprensione	6,4±2,9	6,3±2,2	-,3	NS
Analogie	6,6±3,2	6±2,6	-,4	NS
Completamento figure	6,2±2,8	5,7±2,3	-,4	NS
Riordinamento di storie	4,8±2,5	5,3±2,1	,5	NS
Disegno con cubi	3,8±2,3	5,3±3,6	1,2	NS
Ricostruzione di oggetti	3,7±2,9	4,9±2,7	1,1	NS
Associazione di simboli a numeri	4,1±1,8	4,6±1,7	,8	NS

della donna, culturalmente condizionata, a tenere sommerso il livello di conflitto in favore di una immagine passiva più socialmente adattata (**Tabella 9**).

Tramite *r* di Pearson, abbiamo voluto verificare le interconnessioni tra i due reattivi utilizzati.

Il QI totale e il QI di performance sono negativamente correlati al meccanismo dell'aggressività eterodiretta TAO ($r_s = -.38, -.53, p < .05, p < .01$). Il QI di performance descrive, inoltre, una correlazione positiva con il meccanismo dell'aggressività autodiretta TAS ($r = .50, p < .01$). A confermare che un apparato psichico registrato su un locus of control esterno è molto dispersivo e distrae rispetto alle attività cognitive.

Infine, abbiamo notato come gli anni di malattia siano correlati con aggressività autodiretta TAS, ($r = .38, p < .05$), mentre il numero di ricoveri correla negativa-

Tabella 9. Interazione tra genere sessuale e cluster difensivi del DMI				
Cluster difensivi	M	F	Valore t	P
TAO	47,8±11,5	42,3±5,6	-1,5	NS
PRO	50,6±9,4	48,8±4,6	-,6	NS
PRN	48,7±16,6	46,3±8,6	-,4	NS
TAS	45,8±6,9	50,4±9,3	1,2	NS
REV	52,1±8,2	65,0±8,0	3,6	<,001

mente con QI totale e verbale ($r_s = -.44$, $-.44$ $p_s < .05$, $< 0,1$). Ciò renderebbe conto da una parte, con l'aumentare degli anni di malattia, di un progressivo declino della tempestività comportamentale di stampo ipomaniacale e maniacale a vantaggio del prevalere dell'atmosfera depressiva con maggiore senso di consapevolezza di malattia, ma anche con maggiore percezione di impotenza e disperazione; dall'altra, inevitabilmente, il numero dei ricoveri contribuisce al decremento dell'efficienza cognitiva di questi pazienti.

CONCLUSIONI E RIFLESSIONI

Le compromissioni cognitive sono risultate estese e globali a coinvolgere in modo massiccio sia la componente teorico-verbale dell'intelligenza sia la componente pratica-di performance. L'analisi delle subprove della WAIS-R dimostra, nello specifico, specialmente nei bipolari I, un decremento della curiosità intellettuale (pulsione epistemofila), delle capacità di giudizio e di analisi, dell'attenzione e della concentrazione, della memoria, del ragionamento logico, della pianificazione e del problem solving. In generale, abbiamo osservato il pensiero astratto scivolare verso un tipo di pensiero, di livello inferiore, funzionale (vengono perdute categorie e classificazioni verso una concezione degli oggetti per lo più legata all'utilizzo).

Le misure difensive adoperate dal nostro gruppo sono coerenti con le compromissioni cognitive, mettendo in luce un funzionamento difensivo difettuale e disadattivo fondato su meccanismi arcaici (scissione, identificazione proiettiva, diniego, acting e aggressività) che determinano di fatto assenza di conflittualità intrapsichica, mancanza di esame di realtà, discontrollo degli impulsi con acting contro di sé e/o contro gli altri e assenza di elaborazione cognitiva delle emozioni, un'atmosfera psichica globalmente impregnata di persecutorietà.

Si tratta quindi di pazienti con importante rigidità cognitiva, "vulcanici", che possono esprimere alternativamente stati affettivi opposti intensi e acuti, con una debolezza dell'Io che ostacola la continuità dell'esperienza e una lettura della realtà in chiave egocentrica. E il profilo cognitivo-difensivo dei bipolari I è marcatamente più deteriorato rispetto ai bipolari II con complessiva maggiore difficoltà di adattamento alla vita quotidiana.

Certamente, il numero dei ricoveri, in questi pazienti, diventa cruciale nel sostenere un circuito vizioso dove un presidio maggiormente regressivo seppur necessario – il ricovero – lede ulteriormente il funzionamento cognitivo e difensivo fino a rendere necessario un nuovo ricovero. E, d'altro canto, la lunghezza della malattia, in termini di anni, aumenta la disperazione dei pazienti e il loro senso di impotenza.

Dallo studio effettuato, insomma, emerge che i disturbi bipolari sono patologie che determinano importanti compromissioni sia sul piano cognitivo sia sul piano delle misure difensive adoperate in risposta agli eventi stressanti. Dette compromissioni, persistenti e significative, costituiscono un aspetto peculiare del disturbo bipolare seppure in passato si sia ritenuto che queste potessero differenziare l'esito tra la schizofrenia e il disturbo bipolare.

Tutto il quadro descritto, inoltre, produce un grande impatto sul funzionamento generale (relazionale, lavorativo) e conseguenze inevitabili sul piano del trattamento. Infatti, è chiaro che il trattamento deve tenere conto di pazienti con precise compromissioni cognitive e con un sistema difensivo immaturo, di fatto pazienti difficilmente complianti. E dal punto di vista psicologico le strategie espressive di intervento (interpretative, che si propongono di analizzare le difese e produrre cambiamenti strutturali) lasciano per lo più il passo a tecniche supportive che si prefiggono, attraverso un monitoraggio attivo e costante (che dovrebbe peraltro proteggere il paziente ed evitare il ricovero), di rinforzare le difese per indurre cambiamenti comportamentali. Queste strategie possono essere adoperate per migliorare l'adattamento di questi pazienti alla cura e alla vita quotidiana, contribuendo in modo fondamentale alla loro qualità della vita e al loro benessere.

BIBLIOGRAFIA

1. Bion WR. A theory of thinking. International Journal of Psycho-Analysis, 1962a, 43. trad. it. Pensare una teoria. In: Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico. Roma: Armando, 1970.
2. Kessing LV. Cognitive impairment in the euthymic phase of affective disorder. Psychol Med 1998; 28: 1027-38.
3. Van Gorp WG, Altshuler L, Theberge DC, Wilkins J, Dixon W.

Pensiero e difese nei disturbi bipolari. Studio clinico e psicopatologico su bipolari I e bipolari II

- Cognitive impairment in euthymic bipolar patients with and without prior alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 41-6.
4. Zubieta JK, Huguelet P, O'Neil RL, Giordani BJ. Cognitive function in euthymic bipolar I disorder. *Psychiatry Res* 2001; 102: 9-20.
 5. Tohen M, Hennen J, Zarate CM jr, et al. Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first-episode major affective disorder with psychotic features. *Am J Psychiatry* 2002; 157: 220-8.
 6. Baumann B, Bogerts B. Neuroanatomical studies on bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 142-7.
 7. Bearden CE, Hoffman KM, Cannon TD. The neuropsychology and neuroanatomy of bipolar affective disorder: a critical review. *Bipolar Disord* 2001; 3: 106-50.
 8. Benabarre A, Vieta E, Martinez-Aran A, et al. The somatics of psyche: structural neuromorphometry of bipolar disorder. *Psychother Psychosom* 2001; 71: 180-9.
 9. Dittmann S, Hennik Fast K, Gerber S, et al. Cognitive function in euthymic bipolar I and bipolar II patients. *Bipolar Disord* 2008; 10: 877-87.
 10. Clark L, Iversen SD, Goodwin GM. Sustained attention deficit in bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 313-9.
 11. Ferrier IN, Thompson JM. Cognitive impairment in bipolar affective disorder: implications for the bipolar diathesis. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 293-5.
 12. Hoglend P, Perry JC. Defensive functioning predicts improvement in major depressive episodes. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186: 238-43.
 13. Bloch AL, Shear MK, Markowitz JC, Leon AC, Perry JC. An empirical study of defense mechanisms in dysthymia. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1194-8.
 14. Kramer U, de Roten Y, Perry JC, Despland JN. Specificities of defense mechanisms in bipolar affective disorder: relations with symptoms and therapeutic alliance. *J Nerv Ment Dis* 2009; 197: 675-81.
 15. Inder ML, Crowe MT, Moor S, Luty SE, Carter JD, Joyce PR. "I actually don't know who I am": the impact of bipolar disorder on the development of self. *Psychiatry* 2008; 71: 123-33.
 16. Horwitz L, Gabbard GO, Allen JG, et al. Borderline personality disorder, tailoring the psychotherapy to the patient. Washington: American Psychiatric Press, 1996.
 17. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. SCID I Structured Clinical Interview for DSM-IV. Firenze: Giunti OS, 2000.
 18. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW, Benjamin LS. 1997 SCID II Structured Clinical Interview for DSM-IV. Firenze: Giunti OS, 2003.
 19. Othmer E, Othmer SC. The Clinical Interview using DSM IV-TR. trad. it. L'intervista clinica con il DSM IV-TR. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2004.
 20. Wechsler D. WAIS-R Wechsler Adult Intelligent scale - Revised. Firenze: Giunti OS, 1997.
 21. Orsini A, Laicardi C. WAIS-R Contributo alla Taratura Italiana. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1997.
 22. Lang M, Nosengo C, Xella OM. La scala WAIS. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1996.
 23. Freilone F. Funzionamento intellettuale e psicopatologia. Uso clinico della WAIS-R. Torino: UTET, 2002.
 24. Ihilevich D, Gleser GC. DMI - Defense Mechanisms Inventory. Firenze: Giunti OS, 1992.
 25. Gildengers AG, Mulsant BH, Beqlev A, et al. The longitudinal course of cognition in older adults with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2009; 11: 744-52.
 26. Delalove C, Moy G, Bauduois S, et al. Cognitive features in euthymic bipolar patient in old age. *Bipolar Disord* 2009; 11: 735-43.