

Vittoria: Disturbo Ossessivo Compulsivo con tratti di personalità paranoide

Chiara Muscarà¹

¹Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale - Messina

Riassunto

Il presente lavoro tratta il caso clinico di una paziente con diagnosi di Disturbo Ossessivo Compulsivo e tratti paranoidei di personalità. Viene descritto il funzionamento mentale della paziente con particolare riferimento agli stati mentali, ai cicli interpersonali, alle funzioni metacognitive, ai meccanismi di mantenimento, ai fattori di vulnerabilità e di scompensazione. Infine vengono riportati i principali *step* del trattamento volti a ridurre la sintomatologia della paziente.

Parole chiave: disturbo ossessivo compulsivo, disturbo paranoide di personalità, stati mentali.

Summary

The present work deals with the clinical case of a patient with a diagnosis of Obsessive Disorder and paranoid traits of personality. The mental functioning of the patient is described, with particular reference to mental states, interpersonal cycles, metacognitive functions, maintenance mechanisms, vulnerability and loss factors. Finally, the main steps of treatment are reported to reduce the patient's symptoms.

Parole chiave: obsessive compulsive disorder, paranoid personality disorder, mental states.

Presentazione caso

Vittoria, 38 anni. La famiglia d'origine è composta da: padre e madre e una sorella. Gentilizio positivo per patologie psichiatriche. La madre presenta, a suo dire, problematiche ansiose depressive.

Vittoria è laureata e lavora, tuttavia l'emergere di pensieri pervasivi, quali quelli di aver commesso degli errori sul lavoro e addirittura di avere infranto alcune norme deontologiche e legali, ha ostacolato e limitato la sua quotidianità e la sfera a lei più cara, quella professionale e sentimentale. Infatti a tali pensieri si associa notevole aggressività e conflittualità nei confronti di

chi le sta accanto, impulsività autodiretta. Inoltre Vittoria riferisce che al momento presenta anche uno stato d' animo di continuo allarme che la porta sempre più a diffidare di chi le sta accanto e a cautelarsi in tutti modi dai possibili attacchi esterni. Attualmente vive nella città natale, dopo circa 8 anni di sua permanenza in altra località. Dopo aver vissuto un primo periodo nella casa genitoriale adesso convive con il partner, con cui la relazione tuttavia appare essere compromessa.

Vittoria arriva a consultazione spinta dal partner e dalla sorella. In prima seduta la paziente mostra un atteggiamento poco espansivo e piuttosto riservato, appare sin da subito non del tutto disponibile al colloquio, ha un aspetto ordinato e curato. Presenta una buona capacità di espressione sebbene l'eloquio non sia fluido, poiché caratterizzato da numerose pause discorsive, la sua modalità narrativa è adeguata all'età e al grado di scolarità, risponde in maniera adeguata e pertinente, utilizzando il linguaggio in modo appropriato; non sono presenti salti illogici o disorganizzazioni del discorso. Vittoria appare sufficientemente orientata nello spazio e nel tempo, la capacità di empatizzare e di instaurare una reciprocità emotiva è solo parzialmente adeguata.

Descrizione problema

Il suo stato di salute all'arrivo in consultazione è caratterizzato da: rimuginio, chiusura, ostilità, conflittualità, agitazione. La paziente non è sufficientemente motivata ad intraprendere un percorso psicologico, tuttavia, pur presentandosi su insistenza del partner e della sorella, riconosce che da circa un anno a questa parte sono presenti pensieri e/o impulsi ricorrenti, persistenti, che ha tentato di sopprimere o neutralizzare con altre azioni.

Ha manifestato inoltre comportamenti ripetitivi di controllo e azioni mentali, atti ad evitare alcune situazioni temute come ad esempio: ripetuta lettura di documenti relativi alla propria professione, ripassare mentalmente tutte le azioni svolte, ripetere parole mentalmente: *“Durante la giornata passo molto tempo a pensare e a ripensare, mi agito, mi sfinisco fino a stordirmi, non riesco a concentrarmi sul mio lavoro, ho persino allentato... la mia mente va altrove, non riesco più a lavorare”*. I pensieri intrusivi (8 o più ore al giorno) i comportamenti di controllo e/o le azioni mentali le sottraggono molto tempo (8 o più ore al giorno): *“forse ho sbagliato nella stesura di quell'ultimo documento fornito ad un mio cliente... non lo so, non ricordo se ho sbagliato o meno... ma probabilmente sì... ci ho pensato e ripensato per intere giornate, è diventato un chiodo fisso... cerco di riportare alla mente e di visualizzare tutti i passaggi e i ragionamenti che ho compiuto ai fini di questa stesura... ma mi sembra di non raggiungere mai una conclusione certa... quando credo di aver dato risposta ad un dubbio, ne salta fuori sempre un altro, a cui non riesco a rispondere con certezza... Controllo e ricontrollo tutti i file presenti nel mio pc – le bozze, i modelli,*

i fac-simile – per rassicurarmi di aver fornito al cliente la documentazione esatta... vado su internet per ricercare modelli che siano uguali o congruenti a quello da me trascritto, nel tentativo di potermi tranquillizzare.”

“Se non correggo tutti gli errori presenti in quella pratica ... dovuti a colleghi che prima di me l’avevano seguita... sarà colpa mia se la mia carriera dovesse finire... Controllo e ricontrollo ogni minimo dettaglio di quella pratica... non arrivando così mai a concluderla... mi sta andando in fumo il cervello... non mi deve sfuggire nulla.” [Obsessioni e Compulsioni].

Inoltre, Vittoria presenta ruminazioni, necessarie a persuadersi che ciò che teme non si possa avverare: *“Ma davvero ho sbagliato ad apporre la firma?” “Ho firmato o non ho firmato?” “Ho dichiarato il falso?” “Sono sicura di aver compilato tutto nella maniera esatta? Sì, ho controllato... No, forse no... Non ce la faccio, non ne sono sicura, devo riguardare... perché se non fosse così potrei aver dichiarato il falso... non me lo perdonerei, vado a controllare.”* La paziente riferisce anche una tendenza a rimuginare su tematiche quali: eventuali errori e superficialità sul lavoro, conseguenti denunce, blocchi professionali, perdita dei beni immobili e finanche restrizioni cautelari. Senso di colpa. Frequenti dubbi. *“La paura di sbagliare che mi assale mi porta di evitare di compilare documenti, di stendere pratiche e/o verbali... persino evitare di recarmi in uffici, dove potrebbero riconoscere i miei errori e lì sarei finita... ho paura che i miei colleghi accorgendosi di qualcosa fatta male mi denunciino, potrei fallire... e allora nella mia mente scoppia una catena di se o di altri pensieri che mi aiutino a ricordare le cose compiute e a prevenire il peggio”* [Rimuginio].

Al contempo riconosce, sempre da circa un anno, una forte ansia ed eccessivo nervosismo, disturbi del sonno - frequenti risvegli notturni -: *“Non dormo bene, mi sveglio per controllare le cose, oppure durante il sonno, continuo a pensare... praticamente una lunga dormiveglia”*. Riconosce ancora di essere in costante stato di allerta nei confronti dell’ambiente, accompagnato da aspettative di nocimento, con particolare riferimento alla sfera familiare e professionale; e riferisce comportamenti ostili, rabbiosi e aggressivi in risposta a presunte provocazioni e offese intraviste in azioni e parole altrui. Racconta di liti frequenti, per esempio, a casa, con il partner. Riferisce, inoltre, pensieri intrusivi con contenuti di torto ed ingiustizia subita. *“ [...] non andando a lavorare e non presentandomi ad appuntamenti importanti, la do vinta ai miei colleghi che tanto so che vogliono farsi strada a mio discapito”*. [Aspetti paranoidei di personalità].

Vittoria riferisce di aver alle spalle una storia di periodi contraddistinti da pensieri intrusivi, persistenti e da eccessive preoccupazioni su aspetti quali: eventuali e/o presunte malattie ed elevati

standard da raggiungere, dapprima nello studio e poi nel lavoro: “quando ero all’università, pensavo sempre di non essere mai del tutto preparata, dopo aver sottolineato una pagina di un libro, tornavo più volte a sfogliare le pagine precedenti per controllare di non aver saltato parole importanti... ed essere così sicura di sapere tutto. Per un esame se ne andavano parecchi mesi di studio” - “Sono stata sempre una ragazza schifettosa e attenta alla salute... una volta ero convinta di aver contratto l’epatite C per aver baciato un ragazzo il cui fratello ne era affetto... tutti mi dicevano che ero fissata” - “Non ne ho mai parlato con un medico, erano eccessive preoccupazioni, sì, ma adesso ne sta andando della mia vita e del mio lavoro”.

Nell’ultimo anno infatti tali pensieri – nello specifico, quelli riguardanti la sfera professionale - sono diventati persistenti, costanti e pervasivi, tanto da limitare il funzionamento quotidiano in ambito lavorativo e relazionale. “Sto davvero male da più di un anno...da quando ho scoperto che mio padre ha fatto sparire soldi e beni... chissà per quale vizio o malaffare... ho fatto molte ipotesi, ho sempre sospettato di lui... so di essere sempre stata sin da più piccola una persona molto diffidente”. Gli aspetti problematici emersi sono rispettivamente riconducibili a: ossessioni, aspetti paranoidei di personalità, compulsioni, rimuginio, rabbia.

Test somministrati: SCL-90, Y-BOCS, TAS - 20, SCID – II.

Dalla somministrazione dell’SCL- 90 - R risulta un’ elevazione patologica di tutte le scale ad eccezione di quella Ansia fobica che risulta di non interesse clinico.

Somatizzazione	85,08
Ossessività	123,56
Sensibilità interpersonale	102,39
Depressione	99,51
Ansia	112,16
Ostilità	125,83
Ansia fobica	59,63
Ideazione paranoide	118,03
Psicoticismo	100,40
Indice di gravità globale	116,34

Cut-off = 60
(40 – 60 = normale; >60 = clinico)

Dalla somministrazione dell’intervista clinica strutturata SCID – II risultano sotto soglia tratti di personalità di tipo Paranoide. (3 criteri, cut off ≥ 4); personalità di tipo Passivo – Aggressivo (2 criteri, cut off ≥ 4); personalità di tipo Ossessivo-Compulsivo (2 criteri, cut off ≥ 4).

Dalla Somministrazione della TAS- 20 risulta:

FATTORE	PUNTEGGIO
Difficoltà di identificare i sentimenti	18/35
Difficoltà di descrivere i sentimenti	19/25
Pensiero orientato all'esterno	22/40

≥ 61 : Alessitimia positiva
50-60: Alessitimia Indeterminata
< 50: Alessitimia negativa

Totale	59/100
--------	--------

Dalla somministrazione dell' Y-BOCS Scale emerge un punteggio medio totale di 37/40:

Pensieri ossessivi	18
Compulsioni	19
Totale	37

Dalla somministrazione del PI risulta:

SUBSCALA	PUNTEGGIO GREZZO	RANGO PERCENTILE
Controllo insufficiente su attività mentali	57	99°
Venire contaminati	24	85°
Comportamenti di controllo	27	97°
Impulsi e preoccupazioni di perdere il controllo del proprio comportamento motorio	3	50°
Totale sub scale	147	99°

Subscala “Controllo insufficiente su attività mentali” (57): Punteggio indicante marcato disagio legato alla presenza di pensieri intrusivi e sgradevoli che la paziente non riesce a controllare. Subscala “Venire contaminati” (24): la persona presta molta attenzione alla pulizia e all’igiene, prova un discreto disagio nell’entrare in contatto con oggetti o animali che potrebbero contaminarla. Subscala “Comportamenti di controllo” (27): punteggio indicante la necessità di controllare ripetutamente che le cose siano state svolte in maniera corretta, tale necessità interferisce significativamente con il normale svolgimento delle attività quotidiane. Subscala “Impulsi e preoccupazioni di perdere il controllo del proprio comportamento motorio” (3): punteggio di non particolare rilevanza clinica. Totale subscale (147): punteggio indicante un notevole disagio.

D’analisi dei dati raccolti in anamnesi, in base ai colloqui iniziali e con il supporto dei test somministrati, si può dunque ipotizzare quanto segue in linea con criteri diagnostici del DSM V (APA, 2013):

- Diagnosi soddisfatta per Disturbo ossessivo compulsivo [3000.3 (F42)]. Specificatore: Con Insight Scarso - l'individuo pensa che le convinzioni del disturbo ossessivo - compulsivo siano probabilmente vere
- Diagnosi sottosoglia per disturbo paranoide di personalità. Risultano soddisfatti i seguenti criteri:
 - A. 1 Sospetta, senza fondamento, di essere sfruttato/a, danneggiato/a o ingannato dagli altri.
 - 2 Dubita senza giustificazione, della lealtà o affidabilità di amici e colleghi.
 - 3 Legge significati nascosti umilianti o minacciosi in osservazioni o eventi benevoli.

B. Il disturbo non si manifesta esclusivamente durante il decorso della schizofrenia, del disturbo bipolare o depressivo con caratteristiche psicotiche o di un altro disturbo psicotico e non è attribuibile agli effetti fisiologici di un'altra condizione medica.

Profilo Interno del Disturbo

A	B	C
Stimolo scatenante (errore nella compilazione di un modulo)	Valutazione di minaccia – Minaccia per colpa: «Questo errore di compilazione prima o poi salterà fuori... e a quel punto potrei essere denunciata... bloccata professionalmente... e potrei benissimo rischiare anche restrizioni cautelari... perderò tutto ciò che ho costruito e voluto con sacrificio e grande fatica... la mia professione... i miei beni... le mie relazioni più intime...»	Ansia
A'=C	B'	C'
Ansia	Valutazione negativa («Non doveva succedere una cosa del genere, adesso come farò?»)	Comportamenti protettivi per cercare di annullare i pensieri. Riduzione dell'Ansia.

A	B	C
Stimolo scatenante (la paziente si rende conto di essersi dimenticata un dettaglio in una delle ultime documentazioni fornite al proprio cliente)	Valutazione di minaccia – Minaccia per colpa: «Non inserendo quell'informazione potrei non aver rispettato le norme deontologiche ... potrei essere accusata di non avere corrisposto adeguatamente a quanto la deontologia mi richiede... Sarò bloccata nel proseguimento della mia professione.»	Ansia
A'=C	B'	C'
Ansia	Valutazione negativa («Ma come è stato possibile, come?! Non mi posso permettere un errore del genere! Non doveva succedere! Come ho fatto a sbagliarmi? Quello che è accaduto è qualcosa di veramente grave.»)	Comportamenti protettivi per cercare di annullare i pensieri. Riduzione dell'Ansia.

A	B	C
Stimolo scatenante (Vittoria scopre che il partner ha parlato al telefono con sua sorella senza che lei ne fosse a conoscenza).	Valutazione di minaccia ambientale per persecuzione/danno subito: «Si stanno alleando contro di me... mi tradiscono e parlano male alle mie spalle... perché pensano che ormai sono pazza... stanno stringendo un rapporto intimo a discapito del mio.>>	Rabbia – Torto subito

Figura 1: ABC esemplificativi degli stati mentali di Vittoria.

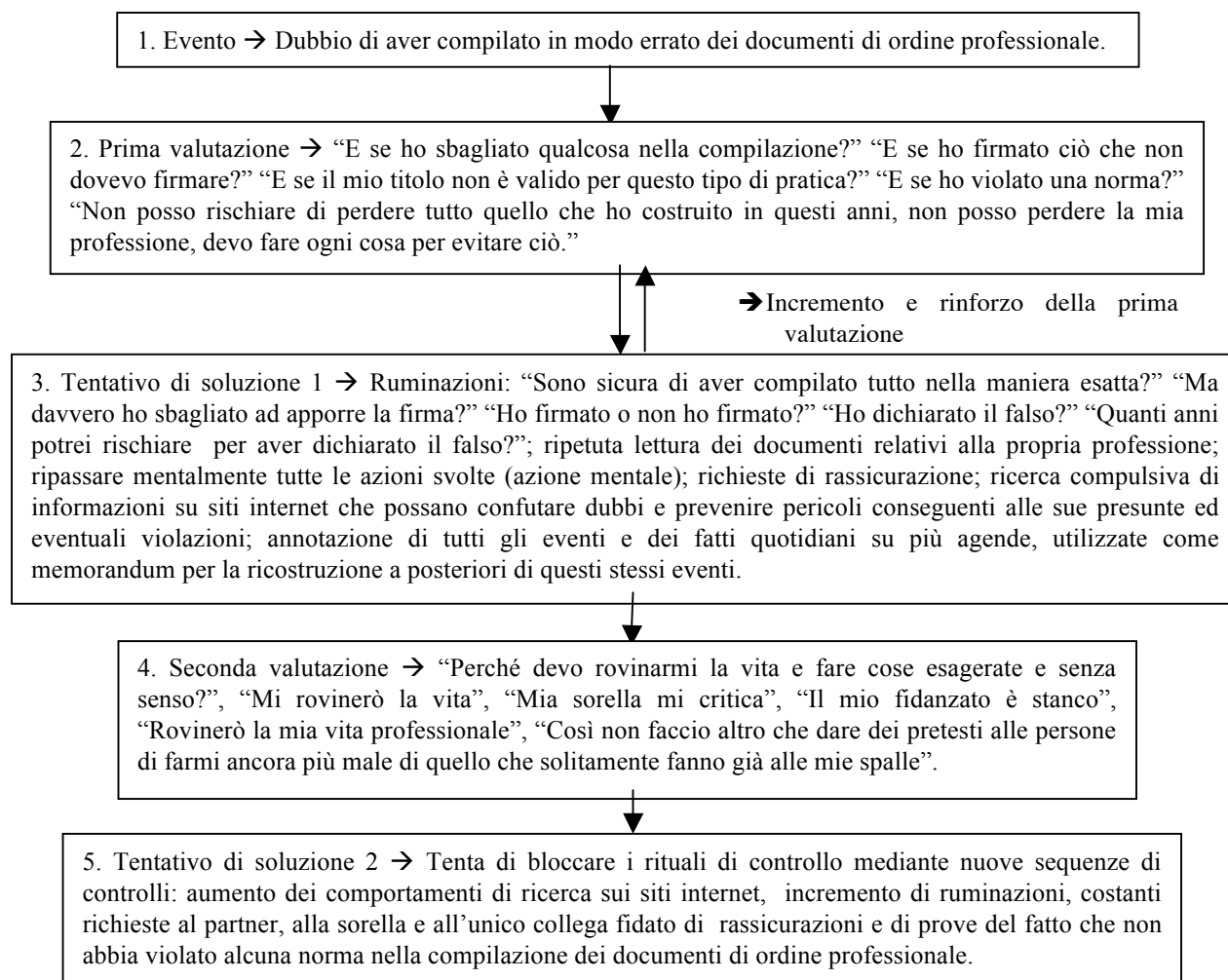


Figura 2: Profilo interno dell’attività ossessiva di Vittoria (Mancini, 2008; 2016).

In Vittoria sembrerebbe predominare la paura di aver causato, per negligenza, il proprio blocco professionale e/o la perdita di tutto ciò che ha costruito fin a quel momento, nel corso della propria esistenza. Non mettere in atto i controlli percepiti come necessari, spingerebbe la paziente ad assumere un atteggiamento fortemente autocritico, al punto tale da percepirsi come probabile origine del proprio fallimento a causa della sua irresponsabilità, ciò sarebbe vissuto da lei una colpa insostenibile. Pertanto il reale timore di Vittoria, più che il blocco professionale in sé, sembrerebbe che sia l’essere responsabile di tale grave eventuale fallimento di vita (timore di colpa per irresponsabilità) (Mancini et al., 2004). La problematica ossessiva di Vittoria è identificabile pertanto come una problematica morale; ella è centrata ad eludere un’intollerabile meritata imputazione di colpa (Figura 1). Si potrebbe quindi denotare che Vittoria sia maggiormente

impegnata a preoccuparsi di non aver compiuto errori di cui aver colpa e di non meritare pertanto intollerabili accuse (“senso di colpa deontologico”), anziché di recare sofferenza agli altri in conseguenza dei propri errori (“senso di colpa altruistico”) (Figura 2). (Mancini, 2008; Mancini e Gangemi, 2010; Mancini e D’Olimpio, 2016). Vittoria: *“Ma come ho potuto fare a dimenticarmi di inserire quel dettaglio così fondamentale nell’ultima documentazione fornita al cliente? Non inserendo quell’informazione potrei non aver rispettato le norme deontologiche... potrei essere accusata di non avere corrisposto adeguatamente a quanto la deontologia mi richiede... ma come è stato possibile, come?! Non mi posso permettere un errore del genere! Non doveva succedere! (Figura 1)”*.

A tutto ciò si accompagna una sovrastima dei pericoli provenienti dall’ambiente circostante, tale da indurre negli altri diffidenza e sfiducia (Figura 1). Tutto ciò si tradurrebbe anche in limitate interazioni sociali; stati mentali di allarme, minaccia, e di svantaggio/ingiustizia subita che la portano a scorgere negli altri possibili fonti di nocimento alla sua professione e alla sua persona. Raggiungendo finanche uno stato persistente di evitamento di situazioni professionali e relazionali che la porterebbero ad esporsi al pericolo di eventuali denunce e/o persino intenzionali complotti alle sue spalle (tratti di personalità paranoidei – minaccia ambientale per persecuzione/danno subito).

Stati mentali problematici

Stato mentale problematico di sospettosità: il tema di “Minaccia” si presenta frequentemente nelle narrazioni della paziente, nei riguardi degli ambiti: familiare, sentimentale e professionale. *“Durante la pausa di un convegno... al quale partecipavo da sola... alcuni colleghi chiacchieravano e ridevano vistosamente alle mie spalle, ho pensato che stessero parlando di me, deridendomi e facendosi gioco di me.”*

Stato mentale problematico di aggressività: gli altri vengono visti da Vittoria come persone che potenzialmente possono arrecarle danni in maniera ingiusta ed immeritata, che pensano solo a loro stesse, di cui non ci si può fidare facilmente, che non danno aiuto e che anzi sono pronte a trarla in inganno e a raggirarla a loro convenienza, per il raggiungimento di secondi fini. Tale stato mentale è inoltre caratterizzato da una componente “rabbiosa”, che in Vittoria si manifesta con eccessivo nervosismo, rabbia, aggressività e conflittualità. *“In studio, un mio collega mi ha passato una pratica, lui dice perché più attinente alle mie competenze, sono sicura invece che l’ha fatto per altri fini... per mettermi nei guai... in quanto si vedeva già in partenza che fosse una questione che tendeva a non risolversi positivamente... mi voleva mettere nei guai con i clienti e in cattiva luce*

con i colleghi... mi sono arrabbiata tantissimo... sono andata lì e gli ho detto che non poteva prendersi gioco di me in questo modo così palese! Gli ho scaraventato i fogli sulla sua scrivania e me ne sono andata!”

Schemi di Sé e dell’Altro

Vittoria percepisce se stessa come “vittima di ingiustizie” e gli altri come persone egoiste, di cui non potersi fidare, malevole, approfittatrici e sprezzanti. Se allora Vittoria diventa diffidente/sospettosa, si arrabbia, diventa ostile/aggressiva e si allontana, l’Altro a sua volta si sottrae all’interazione, si irrita, diventa aggressivo, la allontana, la esclude, la rifiuta.

Ciclo interpersonale

Le posizioni Sé/Altro di Vittoria contribuiscono alla strutturazione di un ciclo interpersonale “aggressivo” (Figura 3).

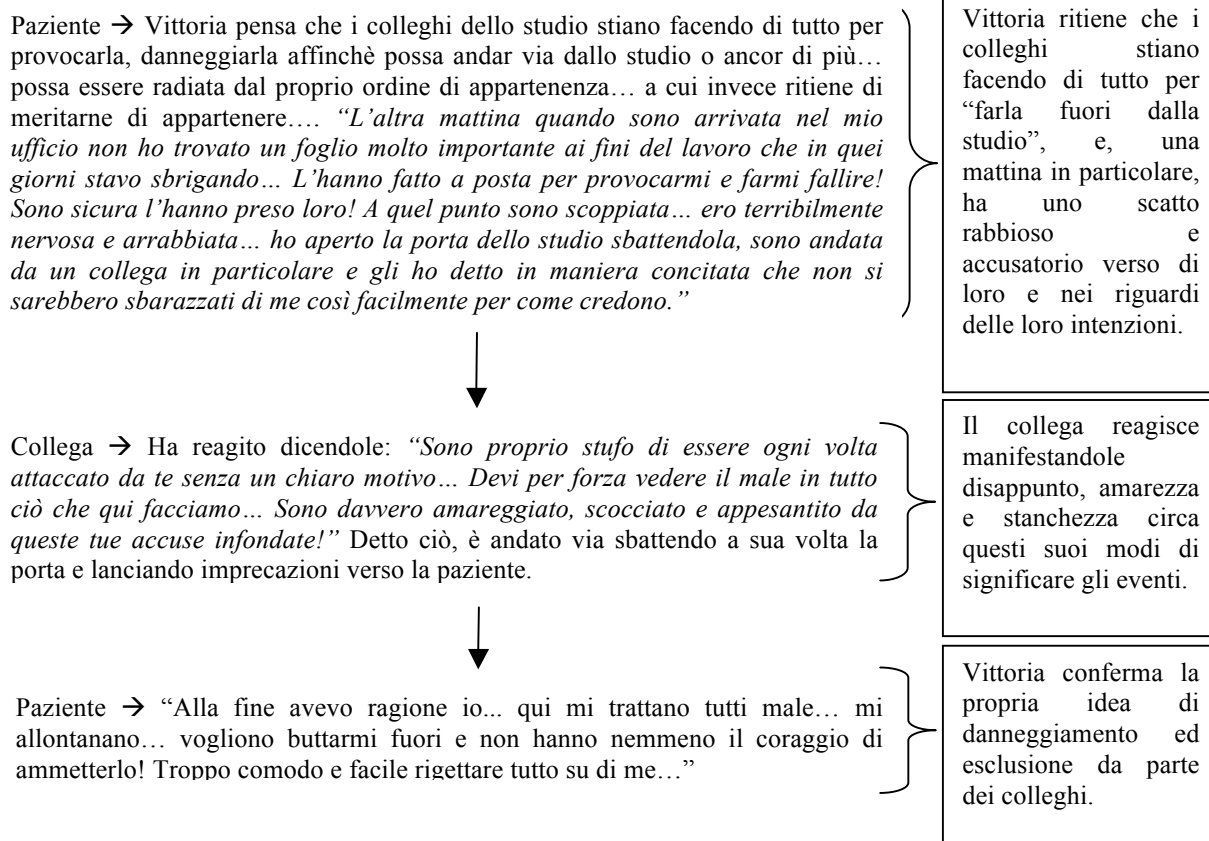


Figura 3: Ciclo interpersonale “aggressivo” di Vittoria.

Vittoria vive uno stato emotivo negativo nella convinzione di essere umiliata, derisa, ingannata,

e di subire ingiustizie e danni immeritati. Non è l'espulsione dal gruppo che viene percepita dalla paziente, bensì la sensazione che una coalizione ne impedisca l'appartenenza che invece sarebbe meritata e dovuta. Vittoria, percependo un attacco ed una minaccia alla propria incolumità, si pone in un atteggiamento anticipatoriamente aggressivo; l'altro a propria volta, sentendosi attaccato e minacciato e rendendosi conto che ogni azione compiuta viene mal interpretata, reagisce con irritazione, aggressività ed evitando sempre più di interagire con la paziente.

Funzionamento metacognitivo

- Monitoraggio: Tale funzione non risulta essere intaccata in Vittoria, la quale riesce a distinguere, riconoscere e definire gli stati interni in termini di emozioni, cognizioni, intenzioni propri ed altrui (Identificazione) e di comprendere i nessi causali (Relazione tra variabili).
- Differenziazione (disfunzione): Vittoria non discrimina chiaramente se ciò che percepisce appartiene al proprio mondo interiore oppure alla realtà esterna; per esempio, la minaccia non viene considerata come un vissuto soggettivo, al contrario come un elemento proveniente dall'esterno ed arrecante danneggiamento. *“Quando arrivo a lavoro i miei colleghi si guardano tra di loro e ridono... stanno facendo alleanza contro di me... si stanno unendo in un' unica forza per potermi sbattere fuori dallo studio una volta per tutte”*.
- Integrazione: Vittoria riesce nel complesso a cogliere i nessi fra diversi stati mentali e le modalità di funzionamento propri ed altrui, organizzando le descrizioni in narrazioni coerenti e comprensibili per l'interlocutore.
- Decentramento (disfunzione): Vittoria ipotizza il funzionamento mentale altrui a partire dalla propria prospettiva, senza considerare la possibile esistenza di significati alternativi ai propri. *“In studio, un mio collega mi ha passato una pratica, lui dice perché più attinente alle mie competenze, sono sicura invece che l'ha fatto per altri fini... per mettermi nei guai... in quanto si vedeva già in partenza che fosse una questione che tendeva a non risolversi positivamente... mi voleva mettere in cattiva luce con i clienti e con i colleghi...”*.
- Mastery (disfunzione): Gestisce le emozioni dolorose facendo ricorso a strategie basilari quali Evitamento e richiesta di supporto interpersonale; rimuginio.

Fattori e processi di mantenimento

Credenze e bias cognitivi:

- Eccessiva responsabilità e preoccupazione circa l'importanza di controllare i propri pensieri: Vittoria: *“Proprio non mi capacito di come saltino fuori questi pensieri... Il pensiero è qualcosa*

che si può controllare... e allora quando ho questi pensieri mi dico: non starò mica diventando pazza! Devo riuscire ad allontanarli dalla mia mente... Non posso permettermi il contrario! Questi pensieri mi stanno distruggendo.”

- Sovradimensionamento della nozione di responsabilità: il non poter prevenire danni potenziali, per omissione ecc., è vissuto come una colpa personale oggettiva¹. Vittoria: “Non doveva succedere... ma come è stato possibile, come?! Non mi posso permettere un errore del genere!”
- Sovrastima della minaccia: Sovrastima della probabilità che possano accadere determinati eventi pericolosi ed una sovrastima della gravità degli stessi e di ciò che ne potrebbe conseguire oggettiva². Vittoria: “Questo errore di compilazione prima o poi salterà fuori... e a quel punto potrei essere denunciata... bloccata professionalmente... e potrei benissimo rischiare anche restrizioni cautelari... perderò tutto ciò che ho costruito e voluto con sacrificio e grande fatica... la mia professione... i miei beni... le mie relazioni più intime.”
- Intolleranza dell’incertezza e urgenza di ottenere una certezza che sia tale al 100 %³. Vittoria: “Vorrei capire precisamente dove si trova adesso questo benedetto documento... se è stato visionato e da chi... dove è stato riposto... fintanto che non capirò ciò fino in fondo non riuscirò a stare tranquilla!”
- Perfezionismo: tendenza da parte della paziente a credere che esista una “soluzione perfetta” dinnanzi ad ogni problema e che, di contro, “soluzioni non perfette” possano comportare conseguenze catastrofiche⁴. Vittoria: “Se non modifico quel modulo nella maniera più corretta potrei incorrere in pesanti sanzioni... potrei essere denunciata...”.

Ripetitività dell’attività ossessiva: Vittoria teme di aver potuto e di potere ancora compilare in modo errato dei documenti di ordine professionale, di aver apposto delle firme laddove non si doveva, di aver infranto qualche norma o legge senza essersene accorta o a causa di consigli che lei per ingenuità avrebbe ascoltato, o ancora di non essere in regola con tutti gli adempimenti necessari previsti dalla propria professione finanche a quelli previsti dalle leggi (es. pagamento tasse, burocrazia), teme inoltre di poter perdere fogli, appunti più o meno importanti.

Reiterazione del controllo: Ripetuta lettura dei documenti relativi alla propria professione; ripassare mentalmente tutte le azioni svolte; controllare di non avere compiuto errori; ricerca compulsiva di informazioni su siti internet che possano confutare dubbi e prevenire pericoli

conseguenti alle sue presunte ed eventuali violazioni (es. ricerca di modelli fac-simile delle documentazioni in questione per verificarne l'esatta compilazione); annotazione di tutti gli eventi e dei fatti quotidiani su più agende, utilizzate come memorandum per la ricostruzione a posteriori di questi stessi eventi, si riscontra, infatti, una mancata fiducia nei riguardi della propria memoria.

Richiesta di rassicurazioni: le rassicurazioni ricevute dalla sorella, dal partner e dal collega le avvalorano e rinforzano l'idea di una reale presenza di pericolo;

Evitamento: le condotte di evitamento fanno sì che Vittoria non si metta alla prova nelle situazioni ansiogene e questo a sua volta fa sì che non si disconfermi l'ipotesi che teme;

Attenzione selettiva – Rimuginio: Interpretazione erronea in senso catastrofico, per cui fattori neutrali di tipo esterno o interno si trasformano in segnali minacciosi e aumentano la possibilità che questi pensieri si scatenino. Vittoria considera i pensieri inammissibili e pericolosi e tenta perciò di sopprimerli, tuttavia così facendo accresce soltanto la loro frequenza e intrusività.

Disfunzioni metacognitive: Vittoria presenta un malfunzionamento delle funzioni metacognitive di differenziazione, di decentramento e di mastery (vedi funzionamento metacognitivo – profilo interno).

Ciclo interpersonale: Ciclo interpersonale aggressivo: Vittoria, percependo un attacco ed una minaccia alla propria incolumità, si pone in un atteggiamento anticipatoriamente aggressivo; l'altro a propria volta, sentendosi attaccato e minacciato e rendendosi conto che ogni azione compiuta viene mal interpretata, reagisce con irritazione, aggressività ed evitando sempre più di interagire con la paziente (vedi Ciclo interpersonale – profilo interno).

Scompenso

La paziente riconduce l'affiorare di tali modalità ossessive del pensiero e il conseguente malessere al rientro nella propria casa di origine, dopo aver vissuto svariati anni fuori casa, in autonomia e lontana dal proprio contesto familiare di riferimento. Nello specifico, riconduce il proprio scompenso (in termini di aggravamento della situazione) al fatto di aver scoperto, durante questo periodo, le gravi "maggagne finanziarie del padre".

Vulnerabilità

Vulnerabilità storica

Gli elementi che hanno plausibilmente favorito la nascita e l'insorgenza del problema della paziente possono essere ricondotti, stando ai racconti della stessa, a:

- Madre *”presente quando la sua salute precaria permetteva di esserlo”*, scarsamente coerente e difficilmente prevedibile, che sottoponeva la figlia a punizione in maniera *“inaspettata, incomprensibile, immotivata”*. Vittoria narra infatti di episodi di rimprovero e punizione in cui la madre assumeva un immotivato atteggiamento sprezzante, critico e svalutante ed un’espressione rabbiosa; episodi in seguito ai quali la paziente veniva lasciata da sola con il proprio dolore e la propria incomprensibilità di quanto accaduto: *“Perché mia mamma sta facendo così? Che cosa ho fatto per farla arrabbiare? Che cosa ho combinato?”*. Inoltre Vittoria narra che la madre *“non aveva alcuna intenzione di riappacificarsi, non cedeva”* nonostante le sue accorate scuse, preghiere e richieste, ma che semplicemente, in seguito a tali episodi di *“rabbiosa punizione”* e di *“incomprensibile allontanamento”*, ritornasse da lei come se nulla fosse, rinforzando nella paziente l’incomprensibilità di quanto accaduto, l’impenetrabilità della figura materna e soprattutto la spiacevole sensazione di aver causato disgusto.
- Atteggiamento paterno poco responsivo ai propri bisogni. Il padre viene descritto come poco interessato alle dinamiche familiari, a suo dire *“anaffettivo, critico e periferico, ... la mattina spariva senza dire nulla per rientrare sempre e solo la sera... un mentitore accanito...violento quando qualcosa si discostava dal suo volere e punto di vista... una persona di cui è stato ed è impossibile fidarsi... che reca solo danni...”* ;
- Violenti litigi genitoriali;
- Frequente destabilizzazione economica durante il corso della sua storia di vita.
- Relazioni importanti vissute durante il corso dell’adolescenza, tuttavia concluse a causa di ripetuti tradimenti che le hanno causato molta sofferenza e dolore.

Vulnerabilità attuale

Alla base della vulnerabilità attuale della paziente si riscontra la situazione conflittuale con il padre e con il partner, l’incertezza economica e la salute precaria della madre. Questi vissuti attuali nel loro insieme contribuiscono alla visione negativa della realtà e degli altri.

Trattamento psicoterapeutico

Obiettivi espliciti:

- Stabilire alleanza terapeutica.
- Condivisione del modello di funzionamento della paziente.
- Riduzione e gestione dell’attività ossessiva e compulsiva.
- Gestione e riduzione dell’intensità della sintomatologia ansiosa.

- Automonitoraggio e autosservazione dei processi di rimuginio.
- Gestione della rabbia e Individuazione di condotte alternative alla rabbia.
- Acquisire sempre maggiore consapevolezza circa il proprio funzionamento mentale.

Obiettivi impliciti:

- Riconoscere gli stati mentali problematici.
- Validazione dell'esperienza della paziente.
- Riconoscimento dei malfunzionamenti metacognitivi e intervento.
- Riduzione dell'intensità degli stati di minaccia.
- Ragionamento sui cicli interpersonali disfunzionali e loro gestione.
- Interventi strategici per affrontare le problematiche condivise con la paziente.
- Migliorare il funzionamento e l'adattamento sociale.

Intervento sulla alleanza terapeutica

Alla luce dell' iniziale atteggiamento diffidente di Vittoria, si è cercato di promuovere un clima di cooperazione interpersonale entro cui poter vicendevolmente operare per il raggiungimento degli obiettivi e dei compiti inizialmente prefissati.

Si è favorito un clima di collaborazione adottando uno “stile conversazionale basato sulla trasparenza delle intenzioni”, rimandando costantemente brevi e chiare spiegazioni sulle motivazioni per le quali le venivano poste certe domande o fatte richieste (Semerari et al., 2016).

Nel corso della terapia, quando si sono manifestati momenti in cui la paziente evitava di affrontare argomenti significativi, manifestando segnali di evidente ritiro (silenzio) o segnali espressivi quali postura, mimica ecc, i quali lasciavano sottintendere un allentamento della cooperazione, è stata ricontrattualizzata l'alleanza terapeutica, comunicandole, a partire da tali segnali, la possibilità di una flessione della stessa alleanza, incoraggiandola inoltre a comunicare liberamente circa lo stato della relazione, finanche a rinegoziare un accordo. (Semerari et al., 2016).

Intervento sulle ossessioni e sulle compulsioni

A seguito di una prima valutazione diagnostica, si è proseguito alla ricostruzione del profilo interno del disturbo e alla condivisione con la paziente del proprio modello di funzionamento. Così facendo, si è creato un linguaggio condiviso e si è permesso a Vittoria di dare un senso al proprio disturbo e di sentirsi compresa nel proprio funzionamento. Create queste basi per l'alleanza terapeutica, si è poi proceduto a contrastare l' idea della paziente di doversi esimere ad ogni costo dal rischio di colpa mediante la tecnica del doppio Standard Modificato (Mancini e Gragnani,

2004; Gragnani et al., 2003; Perdighe et al., 2016). Nella prima fase si è chiesto a Vittoria di descrivere l'evento per il quale nutriva più sensi di colpa e di dire quanto grave valutava la sua colpa su una scala da 0 a 100. *"Non ricontrollare perfettamente la pratica senza che nulla mi possa sfuggire, provocando un serio danno alla mia professione... non mi perdonerei mai per la mia superficialità... sarebbe insostenibile!"* (100) Nella seconda fase, le si è chiesto di individuare una persona che conosceva molto bene e che fosse per lei degna di stima e di immaginare che questa stessa persona avesse commesso la sua medesima colpa e quindi di riferire quanto grave giudicasse la colpa di questa persona identificata, utilizzando la stessa scala di valutazione. Vittoria identifica una persona per lei molto significativa (un'amica) esprimendo verso questa una valutazione non colpevolizzante (vicino allo 0). In una terza fase alla paziente è stato chiesto di individuare almeno tre persone degne di ammirazione che conoscevano sia lei che l'altra persona per lei significativa ed è stata poi invitata ad immaginare il giudizio che tali persone avrebbero espresso della colpa di quest'ultima. Anche in questo caso, secondo Vittoria le tre persone identificate avrebbero giudicato la sua amica bonariamente, e si è preso nota delle ipotetiche valutazioni di ciascun individuo elencato. Successivamente, nella quarta fase, è stato domandato a Vittoria di riconsiderare le stesse persone di comune conoscenza e di riferire quanto grave avrebbero considerato la sua colpa, come l'avrebbero giudicata e si è preso di nuovo nota delle ipotetiche valutazioni di ciascun individuo elencato. Vittoria riferisce ancora un giudizio clemente da parte di questi verso la sua condotta. Nella quinta fase si è chiesto nuovamente a Vittoria, alla luce di quanto emerso durante le fasi precedenti, di riferire quanto grave valutava la sua colpa, in modo da facilitare una riconsiderazione del giudizio verso se stessa. Vittoria a tal punto ha espresso una valutazione di se stessa meno colpevolizzante. Infine nella sesta e ultima fase si è proceduto alla rielaborazione, aiutando la paziente a prendere visione dei diversi parametri di giudizio che tende ad utilizzare verso se stessa e l'altro, palesandole la maggiore rigidità utilizzata per valutare le sue colpe e i diversi criteri di giudizio adottati da lei stessa e dalle altre persone da lei denotate come degne di stima. Si è cercato infine di sottolineare la legittimità di non compiere i controlli, così come fatto dalle persone degne di stima da lei indicate, preservando comunque un'idonea qualità morale. Infine Vittoria è stata invitata ad utilizzare tale tecnica come homework in modo da rendere maggiormente stabili gli esiti avuti in seduta.

Conclusa questa fase di "accettazione cognitiva" della minaccia, si è facilitata la paziente verso un'accettazione concreta di un maggior livello di rischio, mediante una diretta esposizione alla minaccia temuta. La procedura messa in atto è stata quella dell'E/RP (Esposizione e Prevenzione

della Risposta). Dopo aver spiegato a Vittoria il funzionamento di tale tecnica, e avendo avuto il suo consenso a procedere, si è esposta la stessa agli stimoli da lei temuti e vissuti pertanto come una minaccia, stimoli graduati in maniera progressiva e sistematica, secondo un ordine che va dal meno al più ansiogeno – Scala SUD - (Es., 1. compilazione di un modulo prestampato (fac-simile) senza apposizione della firma prevenendone il controllo; 2. compilazione di un modulo prestampato (fac-simile) con apposizione della firma prevenendone il controllo; 3. redazione di un documento (non prestampato) senza apposizione della firma prevenendone il controllo; 4. redazione di un documento (non prestampato) con apposizione della firma prevenendone il controllo; 5. redigere una pratica di ordine professionale senza apposizione della firma prevenendone il controllo; 6. redigere una pratica di ordine professionale con apposizione della firma prevenendone il controllo; 7. Compilazione di un modulo prestampato (fac-simile), invitando la paziente ad omettere alcune informazioni e di commettere alcuni errori di forma, senza apposizione della firma prevenendone il controllo; 8. Compilazione di un modulo prestampato (fac-simile), invitando la paziente ad omettere alcune informazioni e di commettere alcuni errori di forma, con apposizione della firma prevenendone il controllo; 9. redazione di un documento (non prestampato), invitando la paziente ad omettere alcune informazioni e di commettere alcuni errori di forma, senza apposizione della firma prevenendone il controllo; 10. redazione di un documento (non prestampato), invitando la paziente ad omettere alcune informazioni e di commettere alcuni errori di forma, con apposizione della firma prevenendone il controllo; 11. redigere una pratica di ordine professionale, invitando la paziente ad omettere alcune informazioni e di commettere alcuni errori di forma, senza apposizione della firma prevenendone il controllo; 12. redigere una pratica di ordine professionale, invitando la paziente ad omettere alcune informazioni e di commettere alcuni errori di forma, con apposizione della firma prevenendone il controllo). Tutto ciò è stato mantenuto per un tempo maggiore rispetto a quello solitamente tollerato dalla paziente, prevenendo così la manifestazione delle normali condotte compulsive messe in atto da Vittoria. Le sessioni hanno avuto una durata di due ore, con una frequenza di due volte alla settimana. Inizialmente, a conclusione delle prime esposizioni, la paziente è stata contattata telefonicamente per verificare il suo stato emotivo. Inoltre è stato chiesto a Vittoria di ripetere a casa le esercitazioni svolte in seduta, almeno una volta al giorno, rispettando le modalità di esecuzione accordate (Luppino, 2016; Mancini e Perdighe, 2008). Operando in tal modo, Vittoria ha spostato sempre più in avanti il livello di tolleranza al rischio e di accettazione dello stesso, riuscendo di conseguenza a mettere meno in atto condotte preventive e ragionamenti cautelativi. In seguito, si è lavorato affinché la paziente contrastasse la tendenza a sovrastimare la

propria responsabilità rispetto al verificarsi dell'evento temuto, ai fini di ciò è stata utilizzata la tecnica della torta per la riduzione della responsabilità (Van Oppen e Arntz, 1994; Gragnani et al., 2003; Mancini, 2004; Gragnani e Buonanno, 2016).

Infine, si è agito per ridurre la vulnerabilità al DOC e quindi per la prevenzione delle ricadute, attraverso la tecnica dell' Imagery with Rescripting (Arntz e Weertman, 1999) con la quale la paziente è stata facilitata a cambiare la rappresentazione di sé, acquisita in riferimento ad esperienze riconducibili allo sviluppo del disturbo. A conclusione Vittoria è stata informata sulla possibilità del ripresentarsi della sintomatologia, e aiutata a riconoscere i segnali di una possibile ricaduta, e le eventuali strategie di farvi fronte in precedenza individuate (Mancini e Perdighe, 2008).

Intervento sul rimuginio

Dopo aver fornito alla paziente informazioni in merito al rimuginio e ai suoi effetti, la si è incoraggiata a prendere consapevolezza della sua tendenza a rimuginare e del tempo speso quotidianamente in tale processo cognitivo, sollecitandola all'autonitoraggio e all'auto osservazione dei processi di rimuginio, all'identificazione dei pensieri negativi e delle relative credenze, all'utilizzo di credenze alternative a quelle messe in atto nel corso del rimuginio, fino a disputare attivamente pensieri e convinzioni negative, invitando la paziente a testarli/e nella vita reale al fine di renderli/e inefficaci. Ci si è avvalsi, a tal proposito, della Tecnica sulle tre colonne: (Pensieri negativi → credenza associata → riformulazione); e della compilazione di un diario giornaliero in modo da favorire il riconoscimento dei momenti, ore e/o minuti, in cui è profondamente coinvolto nei pensieri che lo tormentano. Mediante suddetto diario del rimuginio la paziente è stata addestrata a riconoscere i momenti in cui inizia a rimuginare, così da renderla consapevole del fatto che tale processo cognitivo è parzialmente volontario. Infine la paziente è stata incoraggiata a mettere in discussione le sue convinzioni e a mettere in dubbio l'utilità delle stesse, prendendo atto che una delle conseguenze del rimuginio consiste in una diminuzione delle capacità di gestione dei problemi e un incremento del suo stato emotivo.

Intervento sulla rabbia

La paziente è stata aiutata ad individuare i pensieri disfunzionali – giudicati come tali per le conseguenze che comportano – i quali prendono il sopravvento quando si trova in determinate situazioni, e a sostituirli con pensieri alternativi che possano portare a reazioni più utili per il suo funzionamento relazionale oltre che personale. E' stata utilizzata la tecnica dei costi - benefici per far favorire nella paziente la comprensione degli svantaggi del comportamento dettato dalla sua

rabbia e le alternative possibili a tale condotta. Successivamente si è facilitato la paziente ad assumere le prospettive dell'altro, riattribuendo nuovi significati agli stimoli esterni, nuove letture agli accadimenti.

Intervento sull'aspetto di personalità paranoide

Sin dalle prime sedute si è cercato di creare le condizioni per stabilire un minimo di alleanza, accogliendo l'esperienza emotiva della paziente arrivata in uno stato di rabbia e sospettosità. In un primo momento si è facilitato il riconoscimento degli stati mentali problematici, attraverso la narrazione di un episodio e dei pensieri, delle sensazioni e delle emozioni che lo accompagnavano. Una volta individuati tali elementi, si è chiesto a Vittoria di rievocare altri episodi in cui gli stessi fossero presenti, fino a chiederle di dare un nome allo stato mentale in questione. Tutto questo ha favorito la rievocazione in seduta degli stati mentali prototipici e ha aiutato inoltre a creare, mediante un lessico condiviso, un clima di collaborazione terapeutica. Per cercare di mantenere un atteggiamento metacognitivo anche al di fuori della seduta, sono stati forniti alla paziente homeworks di autosservazione e promemoria scritti.

Successivamente la paziente è stata aiutata a riconoscere il proprio pensiero disfunzionale, a renderla consapevole della sua tendenza ad interpretare i fatti da una prospettiva egocentrica – disfunzione decentramento - e a distinguere i dati della realtà interna da quelli della realtà esterna – disfunzione differenziazione -. Si è invitata la paziente a riferire di episodi realmente accaduti in cui ha percepito un clima ostile e umiliante nei suoi confronti e tutti gli elementi che la portavano a trarre determinate conclusioni (ad esempio in merito all'agito dei colleghi internamente al proprio studio). In seduta, è stato chiesto a Vittoria di avanzare visioni di lettura alternative delle condotte altrui, ed ancora sono state impiegate le tecniche di “role playing storico ed attuale” (Semerari et al., 2016), per stimolare nella paziente una prospettiva decentrata.

Esiti

La terapia ha avuto una durata di un anno e due mesi, con una frequenza inizialmente bisettimanale e successivamente settimanale. A conclusione, sono stati programmati degli appuntamenti dilazionati nel tempo (dapprima ogni due settimane e poi ogni mese, per qualche mese). E' stato previsto un programma di follow-up.

L'attività ossessiva-compulsiva risulta essere notevolmente ridotta, la paziente ha ripreso la sua occupazione a pieno ritmo, senza gli evitamenti che le limitavano lo svolgimento dell'attività professionale e che addirittura l'avevano portata a pensare di abbandonare il lavoro.

Inoltre, lo stato di allerta nei confronti del suo ambiente relazionale e lavorativo risulta attenuato, la paziente infatti riesce ora ad interagire in maniera più flessibile, senza necessariamente mettere in atto atteggiamenti difensivi, con colleghi in precedenza diffidati; il rapporto con il partner è meno conflittuale ed ostile, è stata infatti da lei confutata la credenza della presunta combutta alle sue spalle da parte di quest'ultimo.

Inoltre, preso atto dell'inutilità del processo rimuginativo quale strategia preventiva, adesso è in grado di riconoscere i momenti in cui inizia a rimuginare, e di distogliere l'attenzione riportando la mente sui qui ed ora. La paziente, ancora, riesce adesso a gestire la rabbia mettendo in atto condotte alternative adeguate.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (V ed.)*, Arlington: American Psychiatric Association Publishing.
- Arntz, A. R., & Weertman, A. (1999). Treatment of Childhood memories: Theory and practice. In *Behaviour Research and Therapy*, 37, 8, pp. 715-740.
- Franceschina, E., Sanavio, E., & Sica, C. (2004). I disturbi d'ansia. In Galeazzi, A., & Meazzini, P., *Mente e comportamento. Trattato italiano di psicoterapia cognitivo – comportamentale* (p. 261). Firenze: Giunti Editore.
- Gragnani, A., Buonanno, C. (2016). Tecniche di ristrutturazione cognitiva. In Mancini, F. (a cura di), *La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo – compulsivo* (pp. 255-256). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Gragnani, A., Toro, B., De Luca, L., Cavagnoli, M., Mancini, F. (2003). L'efficacia nelle tecniche cognitive nella riattribuzione della stima della probabilità. *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, 9, 2, pp. 1986-1992.
- Luppino, O. I. (2016). L'ERP come pratica dell'accettazione. In Mancini, F. (a cura di), *La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo – compulsivo* (pp. 333-336). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Mancini, F. (2008). I sensi di colpa altruistico e deontologico. *Cognitivismo Clinico*, 5, 123-144.
- Mancini, F., D'Olimpio, F. (2016). Scopi e credenze determinanti prossimi dei sintomi ossessivi. In Mancini, F. (a cura di), *La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo – compulsivo* (pp. 47-51). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Mancini, F., D'Olimpio, F., & Cieri, L. (2004). Manipulation of responsibility in non-clinical subjects: does expectation of failure exacerbate obsessive compulsive behaviours? *Behaviour Research and Therapy*, 42, 449-457.
- Mancini, F., & Gangemi, A. (2010). Il ragionamento nel disturbo ossessivo - compulsivo. *Research in Psychotherapy*, 2(13): 191-216.
- Mancini, F., & Gragnani, A. (2004). Gli homework nel disturbo ossessivo – compulsivo. In Baldini, F., (a cura di), *Homework: un'antologia di prescrizioni terapeutiche* (pp. 105-136). Milano: McGraw-Hill.
- Mancini, F., & Perdighe, C. (2008). Il disturbo ossessivo compulsivo. In Mancini, F., & Perdighe, C., *Elementi di Psicoterapia Cognitiva* (pp. 118-127). Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Nicolò, G. & Nobile, M. S., (2003). Il modello del disturbo paranoide di personalità. In Dimaggio G., Semerari A (a cura di), *I Disturbi di Personalità. Modelli e trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali* (pp. 366 e 370-372). Roma: Editori Laterza.

- Pellacchia, G., & Semerari, A., (2016). I casi (quasi impossibili). In Carcione, A., Nicolò, G., & Semerari, A. *Curare i casi complessi. La terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità* (p. 239). Roma: Editori Laterza.
- Perdighe, C., Gagnani, A., & Rainone, A. (2016). L' accettazione del rischio tecniche cognitive. In Mancini, F. (a cura di), *La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo – compulsivo* (pp. 303-306). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Semerari, A., Moroni, F., & Procacci, M., (2016). Differenziazione e Decentramento. In Carcione, A., Nicolò, G., & Semerari, A. *Curare i casi complessi. La terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità* (pp. 201 e 207). Roma: Editori Laterza.
- Semerari, A., Pellacchia, G., & Carcione, A., (2016). La relazione terapeutica. In Carcione, A., Nicolò, G., & Semerari, A. *Curare i casi complessi. La terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità* (pp. 126-127). Roma: Editori Laterza.
- Van Oppen, P., & Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 79–87.

Dott.ssa Chiara Muscarà

Psicologo, Messina.

Training: Fiore – Procacci, Reggio Calabria

E-mail: c.muscara@yahoo.it

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

psicoterapeutiinformazione@apc.it

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