

## Amore e ossessione: storia di una madre

Lucia Destino<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale (APC Lecce)

### Riassunto

Il presente lavoro descrive il caso clinico di una paziente con diagnosi di Disturbo Ossessivo Compulsivo in comorbidità con Disturbo Depressivo Maggiore. Partendo da un'analisi del funzionamento mentale della paziente e dei processi di mantenimento, viene descritto il trattamento, con particolare attenzione alla tecnica di Esposizione con Prevenzione della Risposta, utilizzata nella variante del Tape Loop.

### Summary

*This paper describes the clinical case of a patient with a diagnosis of Obsessive Compulsive Disorder in comorbidity with Major Depressive Disorder. Starting from the analysis of the patient's mental functioning as well as the process to maintain it, the treatment is described focusing on the Exposure and Response Prevention technique which has been used in its Tape Loop variant.*

### Analisi della richiesta e presentazione del caso

Viola è una donna di 61 anni, diplomata in ragioneria, lavora come impiegata. Divorziata da 20 anni, ha un figlio di 32 anni, Marco, avuto dall'ex marito e attualmente convive col suo compagno. Viola si rivolge ad un CSM nel marzo del 2014 riferendo umore orientato in senso depressivo, fenomeni di ansietà, difficoltà nel sonno e pensieri a carattere intrusivo con forte egodistonia. Non riferisce familiarità psichiatrica. Lo psichiatra le consiglia di intraprendere una psicoterapia, ma la paziente si rifiuta più volte fino all'aprile del 2016, quando, in seguito ad un netto peggioramento della sintomatologia, è la stessa paziente a richiedere di affiancare alla terapia farmacologica una di tipo psicologico. Viola appare subito molto motivata, disponibile e collaborativa; è puntuale e ben curata nell'aspetto. Al momento della presa in carico la paziente assume Fevarin (100 mg x 2/die) e Rivotril (20 gocce a sera + 10 gocce al mattino).

### Descrizione del problema

La paziente riporta la presenza di pensieri pervasivi e frequenti riguardo alla possibilità che suo figlio si ammali o muoia. Queste idee compaiono in maniera intrusiva più volte al giorno, alle volte in seguito a contatti diretti con Marco, ma anche in presenza di stimoli a lui associati o a ciel sereno.

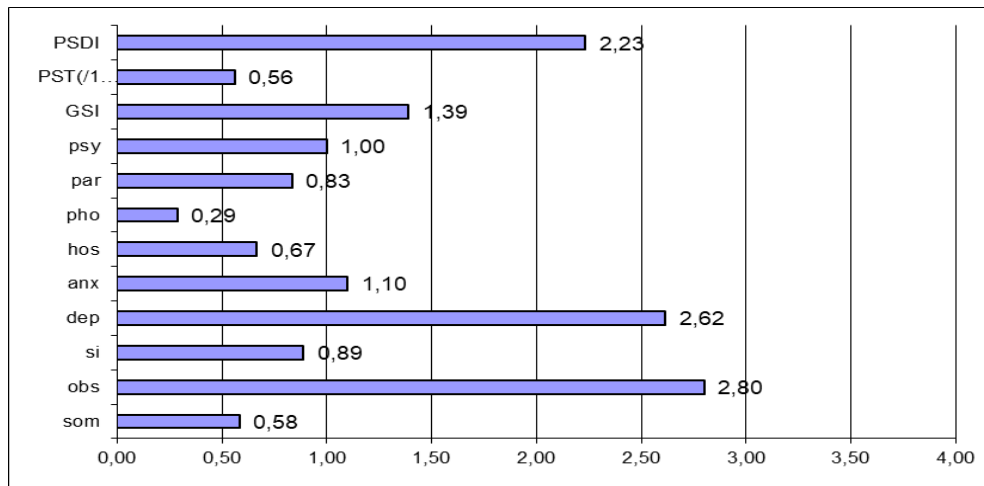
Lucia Destino, "Amore e ossessione: storia di una madre", *N. 20, 2017, pp.60 - 73.*

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su [www.psicoterapeutiinformazione.it](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)

Viola è preoccupata dall'idea che questi pensieri possano essere sintomo del suo desiderio che il figlio si ammali o muoia, per questo motivo emergono sentimenti di colpa. Per controllare la presenza dei suoi “pensieri proibiti” e l'effetto che le determinano, effettua ogni giorno dei check mentali. Per eludere l'insorgenza dei “pensieri proibiti” Viola evita, per quanto possibile, di vedere e sentire Marco. Viola è molto critica nei confronti del disturbo e dei sintomi, riconoscendo come il suo malessere la porti ad essere molto meno socievole e affettuosa, a distrarsi maggiormente nel lavoro e ad evitare situazioni sociali, con conseguente ulteriore peggioramento del tono dell'umore. Riferisce inoltre problemi d'insonnia.

Durante l'assessment ho sottoposto Viola ai seguenti test: *Beck Depression Inventory-II*: pt=35, depressione di grado severo; *Padua Inventory*: l'unica scala in cui emerge un punteggio clinicamente significativo è quella “Insufficiente controllo dei pensieri” in cui la paziente ha ottenuto un punteggio grezzo pari a 47 (Z=2,14); *Yale - Brown Obsessive Compulsive Scale*: pt ossessioni=14/20, pt compulsioni=14/20, pt totale=28/40; *Symptom Checklist-90-R*: dall'analisi del questionario emerge un livello generale di disagio di grave intensità, oltre la soglia di attenzione clinica.

La paziente riferisce un moderato numero di sintomi la cui intensità media è di grado severo.



*Scala per la valutazione globale del funzionamento (VGF)*: pt=55, sintomatologia moderata con moderata difficoltà nel funzionamento sociale e lavorativo.

Inquadramento diagnostico secondo il DSM 5: Disturbo Ossessivo Compulsivo 300.3 (F42); Disturbo Depressivo Maggiore 296.22 (F32.1)

## Profilo interno del disturbo

### Evento

Pensieri di malattia e morte del figlio



### Prima Valutazione

“Pensare alla malattia e alla morte di Marco rende più probabile che gli accada qualcosa e sarebbe colpa mia. Chi ha questo tipo di pensieri non ama il proprio figlio e non è una brava madre.”



### Tentativi di Soluzione di 1 Ordine

Neutralizzazioni → piegare le magliette fino a 3 volte

Controlli Mentali → ogni giorno controlla la presenza dei “pensieri proibiti” e l’effetto che le determinano

Soppressione del Pensiero → tentativi di scacciare il pensiero

Evitamenti → evitare di vedere/sentire Marco



### Seconda Valutazione

“La mia preoccupazione è infondata, questi pensieri mi fanno solo stressare, perdere tempo e stare male, dovrei smettere.”

“Le mie preoccupazioni rovinano tutti i momenti in cui potrei stare bene: rendo meno sul lavoro, sono meno socievole con gli amici, meno affettuosa con il mio compagno e rischio di allontanare Marco: mi stanno rovinando la vita.”



### Tentativi di Soluzione di 2 Ordine

Tentativi di soppressione del pensiero

Evitamenti finalizzati a prevenire il Doc, check mentali.

A seguito della comparsa di pensieri intrusivi di malattia e morte del figlio, Viola sperimenta forte ansia e senso di colpa: il principale scopo compromesso è quello di non essere una brava mamma.

Inoltre, teme che se succedesse qualcosa a Marco sarebbe colpa sua, in quanto il pensare alla sua morte ne aumenterebbe le probabilità. Questo accresce il suo senso di colpa deontologico.

Per fronteggiare tale minaccia la paziente mette in atto diversi tentativi di soluzione che riescono ad attenuare la sofferenza solo per brevi periodi, contribuendo invece al mantenimento del disturbo.

Viola è molto critica nei confronti del suo disturbo, tenta perciò di opporre resistenza con ulteriori tentativi di soppressione del pensiero, check ed evitamenti.

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

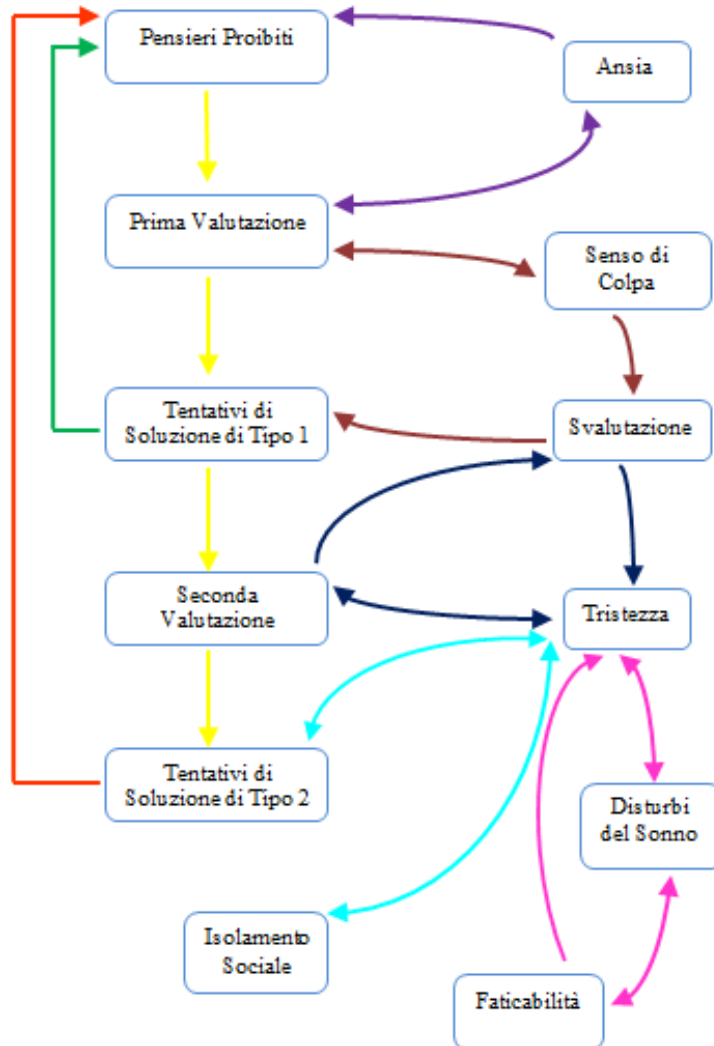
Il disturbo ossessivo compulsivo e la depressione maggiore si mantengono vicendevolmente tramite molteplici circoli viziosi. Il pensiero di malattia e morte di Marco viene percepito da Viola come egodistonico, inaccettabile.

- L'idea che il pensiero possa influenzare la realtà è un pensiero magico del tipo "fusione pensiero-realtà": la paziente valutandosi come responsabile dell'aumento di probabilità di malattia e morte del figlio prova intensa ansia e senso di colpa.
- L'ansia, provocata dalla prima valutazione, aumenta a sua volta la frequenza di comparsa dei pensieri intrusivi e l'attenzione selettiva su di loro.
- L'ansia e il senso di colpa, causate dalla prima valutazione, diventano a loro volta prova della pericolosità e dell'illegittimità dei pensieri, tramite il meccanismo dell'*affect as information*: lo stato emozionale viene utilizzato per validare le credenze negative che a loro volta amplificano le emozioni alimentando il circolo vizioso.
- Il senso di colpa aumenta la frequenza dei tentativi di soluzione di tipo 1 che, agiti per prevenire il danno temuto, incrementano il senso di responsabilità. I tentativi di soluzione di tipo 1 riducono il disagio e il malessere nel breve termine, ma aumentano la tendenza ad emettere ulteriori risposte sulla base dell'assenza di punizione. La minaccia è percepita come più probabile, grave e incombente e quindi si rinforzano le credenze e gli scopi alla base della sintomatologia ossessiva, portando ad un aumento dell'emissione dei pensieri di morte e malattia.
- Evitamento Marco: Viola evita il più possibile di vedere e sentire Marco con lo scopo di ridurre le occasioni di sperimentare i "pensieri proibiti". Questo tipo di condotta impedisce la disconferma delle sue ipotesi temute, divenendo anzi prova dell'importanza del pensiero, esacerbando la focalizzazione dell'attenzione e del rimuginio e di conseguenza mantenendo ed elevando l'ansia.

- I tentativi di soppressione del pensiero provocano l'effetto "orso bianco" o *rebound*, aumentando la frequenza del pensiero ossessivo: ad una soppressione sempre più potente farà seguito un altrettanto elevato incremento dei pensieri, in una sorta di escalation. Il fallimento dei tentativi di soppressione produce maggiore attivazione e ansia, si attiva un circolo vizioso con effetto di feedback positivo: più si tenta di sopprimere il pensiero e minore è il successo.
- I check, effettuati per assicurarsi di non aver avuto pensieri di malattia e morte di Marco, aumentano in realtà frequenza e persistenza delle ossessioni. Le ruminazioni con cui la paziente cerca di trovare una risposta definitiva al suo dubbio contribuiscono ad una maggiore focalizzazione sul pensiero ossessivo, conferendogli maggiore importanza e valore di pericolosità e immoralità.
- L'alto livello di responsabilità sperimentato e il timore di colpa portano Viola ad agire in modo prudentiale, seguendo la strategia del "*better safe than sorry*": Viola continua ad agire i rituali, nonostante sappia che non ci sono legami con l'evento temuto, preferendo non rischiare di sottovalutare la minaccia. I costi delle compulsioni sono ritenuti comunque minori di quelli potenziali conseguenti all'evento temuto
- La messa in discussione dello scopo di Viola di "*essere una brava mamma*" mira il suo valore personale, contribuendo ad un aumento della depressione e dell'evitamento di Marco, rinforzando e mantenendo il senso di colpa, la depressione e ledendo ulteriormente la sua autostima.
- L'isolamento comporta la riduzione degli impegni quotidiani e delle attività piacevoli, diminuendo di conseguenza le possibilità di sperimentare uno stato mentale positivo. Ciò compromette la qualità della vita di Viola e il suo funzionamento globale, aumentando le occasioni di ruminazione e rimuginio e, di conseguenza, mantenendo e rinforzando entrambi i disturbi.
- I disturbi del sonno aumentano la sua faticabilità e la sua passività, con conseguente perdita di motivazione spontanea e diminuzione di comportamenti attivi, confermando la credenza negativa su di sé e aumentando la depressione.
- Il sonno ha inoltre la funzione di stabilizzatore naturale dell'umore, la sua mancanza causa instabilità emotiva che a sua volta ha, ricorsivamente, effetti negativi sul sonno.
- L'insight critico al disturbo e alle sue conseguenze (seconda valutazione) provoca tristezza che a sua volta, per "*affect as information*", diviene un'ulteriore prova per la paziente della

sua scarsa capacità di superare il disturbo e gestirlo attivamente, ostacolando di fatto il cambiamento in una sorta di profezia che si autoavvera. Inoltre, l'umore depresso aumenta la frequenza dell'attività intrusiva, i cui processi interpretativi (prima valutazione) sono a loro volta influenzati dal mood congruity effect.

- Anche i tentativi di soluzione di tipo 2, atti a contrastare e contenere il disturbo, paradossalmente aumentano la frequenza dei pensieri proibiti: Viola tenta di modificare il proprio stato mentale cercando di sopprimere i pensieri ossessivi, di evitare situazioni potenzialmente "attivanti" ed effettuando check, ottenendo gli effetti controproducenti precedentemente illustrati.



### **Scompenso**

Viola ricorda molto bene l'episodio d'esordio del suo disturbo: Marco aveva 8 anni e giocava in cucina mentre lei preparava la cena. La paziente racconta di come fosse nervosa a causa del lavoro e dei rapporti conflittuali con suo marito e di quanto vedere Marco che saltellava per la cucina le provocasse crescente fastidio. Nonostante siano passati più di 20 anni la paziente ha in mente vividamente l'immagine di lei che rimprovera Marco mentre ha tra le mani il coltello con cui sbucciava della frutta. Ricorda inoltre di aver pensato che con quel coltello avrebbe potuto ferire suo figlio e di essersi chiesta per la prima volta se per caso tale eventualità non fosse per lei piacevole. Questo dubbio fin da subito ha provocato in lei malessere e senso di colpa per paura di non essere una buona madre.

Da allora la paziente ha convissuto con tali pensieri, sempre ritenuti egodistonici, ma la cui presenza e frequenza era tendenzialmente moderata, pur variando in base all'umore del periodo e allo stress accumulato.

Lo scompenso avviene all'inizio del 2016 quando, a causa della rottura sentimentale tra Marco e la fidanzata, lui torna a vivere nella casa che Viola condivide con il suo compagno.

La convivenza dura solamente un mese, ma basta ad acuire fortemente la sintomatologia ossessiva e il disturbo depressivo secondario: evitare Marco e gli stimoli a lui associati diviene pressoché impossibile e questo porta ad un'escalation dei pensieri proibiti e di conseguenza al peggioramento del disturbo. Anche successivamente alla fine della convivenza il disagio provato dalla paziente è molto forte e pervade il suo funzionamento generale. È in questo contesto che Viola decide di ricorrere alla psicoterapia.

### **Vulnerabilità storica e attuale**

La famiglia di Viola è composta da lei, dal padre, dalla madre e da tre fratelli maschi.

La paziente definisce la sua famiglia "matriarcale": a casa gestiva tutto la madre, dalle incombenze quotidiane domestiche all'educazione severa dei figli. La madre di Viola divideva questo impegno proprio con la figlia che, in quanto "femmina", era tenuta ad aiutare.

Il clima era di forte doverizzazione: *"si deve aiutare la famiglia"*, *"è compito delle donne prendersi cura degli uomini"*, *"una brava sorella si occupa dei fratelli"*, *"una brava figlia è quella che svolge il suo dovere aiutando in casa"*.

Questi assiomi non erano messi in discussione, Viola viene rimproverata e svilata se non svolgeva al meglio i suoi "doveri", al contrario non sono presenti particolari rinforzi positivi: non sono in gioco

concetti come l'amabilità proprio perché tali comportamenti sono imposti come severe regole di condotta morale.

Nel periodo in cui Viola subisce lo scompensamento sono presenti molteplici fattori di vulnerabilità: Marco torna a vivere nella casa materna, rendendo praticamente impossibile la strategia di evitamento, la paziente ha gravi problemi di insonnia e una vita sociale pressoché azzerata e sua madre ha problemi di salute e necessita di maggiore assistenza.

## **Terapia**

La terapia è durata circa un anno: le sedute si sono tenute con cadenza settimanale.

### *Contratto terapeutico e scopi concordati*

Gli obiettivi definiti con Viola sono stati: la riduzione della frequenza dei pensieri intrusivi di malattia e morte di Marco, la diminuzione dell'ansia legata ai pensieri intrusivi, la riduzione di evitamenti e rituali, l'aumento della qualità e della quantità del sonno, la comprensione del funzionamento del disturbo e l'innalzamento del tono dell'umore.

### *Trattamento*

La prima fase della terapia è stata l'assessment: durante i primi incontri sono stati svolti colloqui diagnostici al fine di conoscere la paziente, costruire un clima di collaborazione reciproca e ricostruire il profilo esterno del disturbo.

È stata indagata la storia di vita di Viola, cercando situazioni che presumibilmente sono alla base della vulnerabilità storica al disturbo ed è stato ricostruito l'esordio. Particolare attenzione è stata data allo scompensamento, analizzato nei suoi tempi e modalità, identificando soprattutto i fattori di vulnerabilità attuale.

Sono stati somministrati i test precedentemente illustrati sia per accertare l'eventuale presenza di comorbilità sia per misurare qualitativamente l'entità del disturbo in baseline.

Alla paziente è stato inoltre chiesto di monitorare, come homework, il suo sonno, tramite apposito diario in cui registrare nelle 24 ore i comportamenti legati al riposo e i conseguenti stati di benessere del giorno successivo, valutati su scala likert a 5 punti (1=pessimo, 5=molto buono) per rendere ancora più evidente alla paziente la contingenza reciproca tra sonno e benessere percepito e poter individuare eventuali comportamenti disfunzionali da correggere.

A Viola è stato in seguito consegnato un diario dell'umore da compilare due volte al giorno: la richiesta era di valutarlo su una scala da 0 a 100 segnando le attività svolte durante la giornata.



Si è dunque creato fin da subito un clima di empirismo collaborativo: alla paziente è stato spiegato il modello cognitivo-comportamentale e sulla base di questo è stato definito il contratto terapeutico concordando tempi, obiettivi e metodologie.

Successivamente, mediante la raccolta degli ABC, è stato ricostruito il profilo interno del disturbo, condiviso con la paziente.

La condivisione del profilo interno del disturbo ha avuto un effetto normalizzante per la paziente e le ha permesso di comprendere meglio il suo funzionamento: è stata svolta psicoeducazione sulle emozioni, in particolare su ansia, senso di colpa e tristezza e questo è servito per comprendere al meglio i circoli viziosi che mantengono i due disturbi.

In particolare, la rappresentazione grafica del profilo interno è stato utile in quanto ha reso ancora più intuitivo il rapporto tra gli eventi, i pensieri, le emozioni e i comportamenti emessi come tentativi di soluzione e le loro conseguenze paradossali e controproducenti. Attraverso la scoperta guidata Viola ha compreso come la frequenza dei suoi pensieri proibiti dipendesse proprio dal suo tentativo di scacciarli e non dalla sua presunta “immoralità”.

Tramite la rappresentazione grafica del profilo interno è stata fatta notare alla paziente la presenza di due motivazioni incompatibili tra loro: quelle a favore dell’attività ossessiva e quelle contrarie, nella forma di prima e seconda valutazione, e di come tale contrapposizione netta renda impossibile il raggiungimento di entrambi gli scopi, introducendo i concetti di scelta, rinuncia e accettazione.

Il suggerimento è stato quello di utilizzare lo schema come una sorta di mappa sulla quale poter orientarsi e ritrovarsi durante la propria esperienza quotidiana.

Ritengo che questa fase sia stata particolarmente utile alla costruzione dell’alleanza terapeutica: la paziente ha riferito di sentirsi compresa e non giudicata, oltre che maggiormente motivata al trattamento.

La presenza dell’accordo rispetto agli scopi della terapia, rispetto ai compiti specifici del trattamento e la presenza di un legame interpersonale positivo mi hanno quindi dato ragione di credere di aver instaurato una buona alleanza terapeutica.

Infine, la ricostruzione del profilo interno ha consentito la pianificazione dell’intervento terapeutico. Poichè i problemi d’insonnia duravano da molto tempo e valutando il loro impatto nel mantenimento complessivo del disturbo, ho deciso di svolgere primariamente la psicoeducazione sull’igiene del sonno che ha portato in poche settimane ad una correzione delle abitudini disfunzionali individuate nel diario e di conseguenza un netto miglioramento sintomatologico.

Nello stesso modo, essendo emersi dai compiti di automonitoraggio bassissimi punteggi relativi all'umore e pochissime attività svolte, ho deciso di procedere con una riattivazione comportamentale.

Ho spiegato alla paziente il *rationale* dell'intervento e insieme abbiamo individuato attività da lei ritenute piacevoli, invitandola a svolgere l'attività scelta "nonostante".

Parallelamente continuava il monitoraggio e ogni settimana veniva aggiunta qualche nuova attività piacevole.

Il diario è stato inoltre usato in itinere come strumento motivazionale, per dimostrare attivamente la correlazione diretta tra l'aumento delle attività e il miglioramento del tono dell'umore.

Nella fase seguente della terapia ho deciso di focalizzarmi primariamente sul secondo processo ricorsivo, ritenendo che la valutazione critica mossa dalla paziente alla sintomatologia e a se stessa potesse ostacolare il lavoro sulla prima valutazione.

Ho quindi chiesto alla paziente di individuare vantaggi e svantaggi dell'attività ossessiva proponendole, con la "tecnica delle due seggiole", di argomentare a favore della condotta ossessiva e poi contro.

Questo esercizio ha permesso a Viola di inquadrare le ragioni del disturbo e le motivazioni alla base della sintomatologia, portando di conseguenza a lenire le auto-colpevolizzazioni.

In particolare, Viola ha potuto sperimentare come la rinuncia a mettere in atto i tentativi di soluzione di 1° tipo implicasse l'accettazione della minaccia di responsabilità di un futuro danno a Marco, ma anche la sua rinuncia alla "perfezione morale".

Rinunciare alla perfezione morale comporta però una diminuzione del proprio valore morale: ho utilizzato la tecnica del "doppio standard modificato" per mostrare alla paziente le differenze tra le pretese che ha verso se stessa e verso gli altri.

Questo esercizio cognitivo ha aiutato la mia paziente a considerare i suoi pensieri da un punto di vista differente e il confronto con altre persone li ha resi moralmente accettabili oltre che condivisi, favorendo l'accettazione alla rinuncia dei tentativi di soluzione e preservando al contempo il proprio valore morale; inoltre, immaginare l'ipotetico giudizio di terze persone ha contrastato l'effetto del ragionamento emozionale.

Questo passaggio è significativo in quanto avviene una sorta di cambio di stato mentale, passando dall'investimento su uno scopo alla scelta della rinuncia allo scopo.

Dopo la normalizzazione dei pensieri intrusivi ho utilizzato diversi esperimenti comportamentali, sia per mostrare il fenomeno "orso bianco" alla base del fallimento del suo tentativo di soppressione del pensiero, sia per contrastare la fusione pensiero-realtà e il conseguente timore di colpa.

La fase seguente è stata la più dispendiosa in termini sia di tempo che di impegno, configurandosi come il cuore della terapia.

Avendo mostrato come i tentativi di soluzione provocassero in realtà risultati controproducenti e avendo lavorato sull'accettazione della minaccia, ho lavorato con la paziente sull'accettazione di un livello ancora maggiore di rischio esponendola direttamente alla minaccia tramite la procedura di *esposizione e prevenzione della risposta* (E/RP).

Il lavoro preparatorio all'E/RP è stato di tipo motivazionale e psicoeducativo: mostrando l'importanza di scegliere di ignorare le continue richieste del disturbo e illustrandole la curva dell'ansia la paziente ha appreso che, in assenza di rituali, l'ansia raggiunge un suo plateau fisiologico che poi spontaneamente si riduce.

La tecnica viene proposta e spiegata alla paziente nel suo *rationale*: lo scopo è quello di alterare il legame tra il pensiero proibito su Marco e il comportamento disadattivo contingente e cioè il tentativo di soppressione del pensiero.

L'accettazione dei pensieri e di un maggior livello di rischio porta un minore investimento nelle condotte preventive e di conseguenza minore ricorso a processi cognitivi di tipo prudenziale e maggiore flessibilità al cambiamento delle credenze alla base della sintomatologia.

A Viola ho chiesto di entrare in contatto con il suo timore ossessivo per un lasso di tempo superiore a quello che di solito è disposta a tollerare, bloccando la soppressione del pensiero.

La tecnica che ho utilizzato nello specifico è quella del "Tape Loop": un'esposizione con prevenzione della risposta utile proprio in caso di ossessioni pure e ruminazioni.

Con la paziente abbiamo costruito una gerarchia di stimoli elicitanti i suoi timori ossessivi e, per ciascun punto della lista, Viola ha espresso una valutazione circa l'intensità del disagio percepito (SUD - Unità soggettiva di disagio).

<b>Stimoli</b>	<b>Sud (0-100)</b>
Graffio Marco	10
Raffreddore Marco	30
Mal di pancia Marco	40
Slogatura caviglia Marco	60
Infezione Marco	80
Morte Marco	90
Tumore Marco	100

Essendo una procedura di esposizione graduale siamo partiti dallo stimolo meno ansiogeno per salire di intensità quando lo stimolo precedente non provocava più disagio.

Ho chiesto alla paziente di elicitare le sue intrusioni rispetto ai timori e le abbiamo registrate in spezzoni di 30 secondi circa, con particolare attenzione a non registrare eventuali neutralizzazioni.

Il risultato della registrazione era di questo tipo: *“Marco potrebbe morire. Voglio che Marco muoia. Se desidero che Marco muoia rendo più probabile che muoia veramente. Una brava mamma non vuole che suo figlio muoia.”*

Alla paziente ho chiesto di ascoltare la registrazione due volte almeno, per elicitare il disagio, e di valutare il livello di ansia suscitato dall’ascolto del pensiero intrusivo, della probabilità percepita che il suo timore si realizzi e del livello di impulso a mettere in atto i tentativi di soluzione.

La paziente doveva poi rimanere nel disagio senza mettere in atto il tentativo di soppressione o neutralizzazione e l’esercizio veniva sospeso dopo aver esperito una diminuzione del disagio di almeno il 50%. Alla fine dell’esposizione la paziente tornava a valutare i parametri sopra descritti.

Per facilitare il compito ho fornito alla paziente una tabella come questa.

Giorno	Livello Ansia (0-100)	Probabilità che Marco muoia perché ci ho pensato (0-100)	Impulso a distrarmi (0-100)
-- / -- / ---- - Tempo 0 - Tempo 1			

La paziente ha eseguito in seduta la prima esposizione ed è stato concordato che avrebbe continuato a casa due volte al giorno.

Viola si è dimostrata compliant e tramite la tabella ha potuto confrontare ogni volta i punteggi relativi all’esposizione in cui si mostrava come il livello di disagio percepito diminuisse sensibilmente senza sopprimere il pensiero e come anche l’impulso a distrarsi e la fusione pensiero-realtà decrescessero di conseguenza.

Progressivamente, pur esponendosi ad eventi sempre più critici, il disagio percepito dalla paziente era sempre minore, così come minore era il tempo necessario perché l’ansia calasse.

L'esposizione con prevenzione della risposta, che in un primo momento era svolta esclusivamente nei tempi concordati tra terapeuta e paziente, veniva poi estesa nei momenti di spontanea comparsa del pensiero proibito.

Questa tecnica, assimilabile ad un training di abituação ai pensieri ossessivi, oltre a far sperimentare l'abituação fisiologica al disagio, ha anche aiutato Viola a ristrutturare le sue idee disfunzionali riguardo l'utilità di mettere in atto i tentativi di soluzione e a riflettere sulla convenienza dell'accettazione della presenza di minacce rispetto ad una lotta estenuante e infruttuosa per combatterle.

L'accettazione della minaccia comporta a sua volta l'orientamento cognitivo con cui le minacce sono valutate: ad un maggior livello di accettazione corrisponde un minor senso di pericolo percepito e quindi una riduzione dell'atteggiamento prudentiale.

Nel caso di Viola questo ha portato, tramite generalizzazione, ad un decremento di tutti i tentativi di soluzione, anche di quelli non manipolati direttamente tramite E/RP.

L'ultima fase della terapia è stata dedicata alla prevenzione delle ricadute tramite la riduzione della vulnerabilità al disturbo: sono stati identificati gli episodi in cui la paziente si è sentita particolarmente sensibile al senso di colpa e si sono ristrutturate le credenze tramite dialogo socratico e la tecnica del doppio standard modificato.

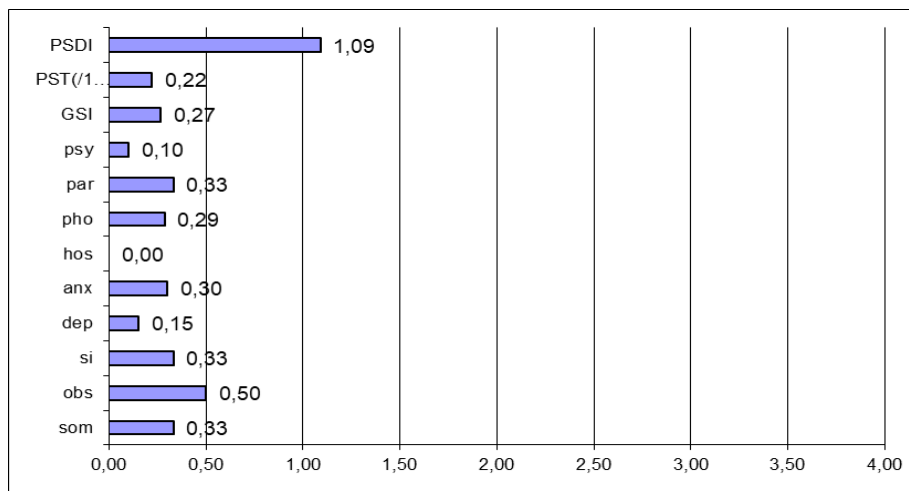
La paziente è stata informata della possibilità che la sintomatologia possa ripresentarsi e sono state individuate le circostanze facilitanti lo scompenso ipotizzando comportamenti alternativi da mettere in atto, aumentando il senso di autoefficacia nella gestione del disturbo.

A tal proposito è stato proposto e svolto un training assertivo volto all'addestramento della paziente al riconoscimento dei propri diritti e delle modalità più funzionali per affermarli senza negare o ledere quelli altrui.

### **Valutazione di esito**

Alla fine del trattamento Viola è stata sottoposta nuovamente ai test utilizzati durante l'assessment che confermano la remissione sintomatologia in tutte le aree trattate.

*Beck Depression Inventory- II*: pt=3, depressione assente; *Padua Inventory*: in nessuna scala emerge un punteggio clinicamente significativo; *Yale - Brown Obsessive Compulsive Scale*:pt ossessioni: 1/20, pt compulsioni: 0/20; pt totale: 1/40; *Symptom Checklist-90-R*: emerge un livello generale di disagio non degno di nota, la paziente riferisce un esiguo numero totale di sintomi la cui intensità media si colloca al di sotto dei valori medi rilevati.



*Scala per la valutazione globale del funzionamento (VGF):* pt=80, sintomatologia transitoria secondaria ad eventi sociali particolarmente stressanti.

Dal punto di vista funzionale Viola riferisce un aumento della qualità della vita, non ha più difficoltà nel sonno, ha ripreso ad uscire e ha intensificato gli incontri sociali.

Non evita più Marco e i pensieri “proibiti” sono oramai rarissimi e vengono affrontati al meglio dalla paziente.

Riferisce un aumento di efficacia personale percepita anche al di fuori del dominio sintomatologico, con sensi di colpa sempre meno frequenti e un incremento dei comportamenti assertivi.

**Lucia Destino**

**Psicologa – Psicoterapeuta, Brindisi e Lecce**

**Specializzata a Lecce, Training Mosticoni-Semerari**

**E mail: [lucedestino@gmail.com](mailto:lucedestino@gmail.com)**

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:*  
[psicoterapeutiinformazione@apc.it](mailto:psicoterapeutiinformazione@apc.it)

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