

Disturbo ossessivo compulsivo con blasfemia

Anna Pappalardo¹

¹Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale – psicoterapeuta, Catania

Riassunto

In questo articolo si descrive il caso di una giovane donna con diagnosi di Disturbo Ossessivo Compulsivo, del sottotipo pensieri proibiti secondo la classificazione proposta da Mancini (2016). Avendo stabilito la presenza di una compromissione significativa nel funzionamento della paziente, ma non essendo soddisfatti i criteri necessari per diagnosticare un disturbo specifico di personalità, si è proceduto con la somministrazione del PID-5. L'inventario ha permesso di individuare un Disturbo di Personalità Tratto Specifico e di valutare i domini e le sfaccettature di tratto patologici che caratterizzano la personalità della paziente. Verranno di seguito illustrati il profilo cognitivo della paziente (secondo il modello della TMI, Terzo Centro di Psicoterapia di Roma), i fattori della genesi e del mantenimento del disturbo e la terapia condotta secondo i principi della TCC per il DOC di Mancini (2016) e Dettoré (2002), l'utilizzo parziale di alcuni moduli presenti nel manuale DBT (Linehan, 2014) e della Terapia Metacognitiva Interpersonale implementata dal Terzo Centro di Psicoterapia di Roma. Per le procedure di assessment, il modello di riferimento è stato quello proposto dal Centro Clinico di Psicoterapia Cognitiva Ecopoiesis.

Parole Chiave: Disturbo Ossessivo Compulsivo, pensieri proibiti, blasfemia, Disturbo di Personalità Tratto Specifico.

Summary

This article describes case of a young woman with Obsessive-Compulsive Disorder, forbidden thoughts subtype, according to the classification proposed by Mancini (2016). Having established a significant impairment in patient functioning, but without meeting the criteria needed to diagnose a specific personality disorder, PID-5 was administered. The inventory has identified nonspecific personality disorder, and evaluating pathological traits and domains that characterize patient's personality. Will be described patient's cognitive profile (according to the TMI model, Terzo Centro of Psicoterapia to Rome), factors genesis and factors maintenance of disorder; therapy was conducted according to the principles of TCC for DOC by Mancini (2016) and Dettoré (2002), the partial use of modules in DBT manual (Linehan, 2014) and Interpersonal Metacognitive Therapy implemented by Terzo Centro of Psicoterapia to Rome. For assessment, reference was model proposed by Ecopoiesis, Clinical Center for Cognitive Psychotherapy.

Key words: Obsessive Compulsive Disorder, forbidden thoughts, blasphemy, Tract Specific Personality Disorder.

Anamnesi e primo colloquio

Gioia è una 19enne che vive con la famiglia d'origine nella periferia della propria città e frequenta il IV anno di un istituto professionale per i servizi alberghieri e la ristorazione. Racconta di aver trascorso i primi anni di vita prevalentemente presso la casa dei nonni e di aver ricevuto le cure e le attenzioni strettamente necessarie alla crescita dalla zia paterna. Non vengono riferite anomalie nello sviluppo motorio e linguistico. Non ha frequentato la scuola dell'infanzia per negligenza dei genitori; l'inserimento scolastico è avvenuto a 6aa con notevole disagio per la paziente. Ricorda di essere rimasta in disparte e in silenzio per tutto il primo anno di scuola; successivamente il consiglio di classe fece richiesta di una insegnante di sostegno che potesse sostenere Gioia nella didattica e nella socializzazione. Durante tutti gli anni successivi della scuola primaria riferisce di essere stata molto riservata e di aver avuto poche amicizie. La scuola secondaria di primo grado non ha posto particolari problemi di apprendimento. Successivamente, è stata rimandata al I anno della scuola superiore per scarso rendimento, e al IV anno per l'eccessivo numero di assenze. In ambito interpersonale, riferisce di aver instaurato buone amicizie sia a scuola sia nella comunità religiosa. Per quanto riguarda le relazioni di coppia, racconta di aver avuto una "importante" storia sentimentale all'età di 16 aa con un ragazzo-padre di 20 aa; con lui ha avuto alcuni rapporti sessuali incompleti. La storia si è interrotta perché il padre le proibiva di uscire.

Quartogenita di genitori non consanguinei: il padre attualmente in pensione faceva l'operaio, la madre è da sempre casalinga; entrambi hanno conseguito la licenza media. Sul padre la paziente riferisce una pregressa storia di dipendenza da gioco alle slot machine (verosimilmente iniziata quando la paziente era molto piccola e rientrata 5 anni fa), che in più occasioni lo faceva assetare da casa durante la notte e che ha causato diversi piccoli debiti. Tutto ciò ha comportato dover chiedere continuo sostentamento economico ai nonni paterni. Sui fratelli riferisce quanto segue: il primogenito con diagnosi di Schizofrenia, successivamente al diploma di scuola media inizia a lavorare come lavapiatti, seguito saltuariamente da uno psichiatra del territorio, ha ricevuto diversi TSO, attualmente rifiuta la terapia farmacologica. La relazione fra il padre e il fratello maggiore è descritta come altamente conflittuale, numerose volte Gioia ha assistito terrorizzata e inerte a scontri fisici e verbali fra i due, con il timore che «*potessero ammazzarsi*». La secondogenita in a.b.s., vive con il marito e il figlio di 9 aa; la terzogenita con diagnosi di DAG e attacchi di panico paucisintomatici, vive con il proprio compagno.

Attualmente Gioia, celibe, vive con la famiglia d'origine. La relazione con il padre è vissuta con disagio in quanto le vieta di uscire e la obbliga a vestirsi in modo "decoroso"; gli scambi verbali con la madre sono esigui e circoscritti al breve tempo trascorso negli spazi comuni. Buona la relazione con la sorella poco più grande; scarsi i contatti con le due sorelle maggiori. Da 2 aa circa frequenta una comunità religiosa. La sua vita relazionale negli ultimi 4 mesi si è ristretta notevolmente; è stata interrotta, in particolare, la relazioni con le migliori amiche.

Invio e contesto della terapia

La paziente si è rivolta a me nel mese di settembre, in seguito al suggerimento da parte della sorella; quest'ultima, in passato, è stata mia paziente e si è fatta carico di accompagnarla agli appuntamenti. I colloqui si sono svolti presso il mio studio privato, con cadenza settimanale e durata di un'ora. Le sedute sono state pagate dalla madre, senza il consenso da parte del padre il quale ha espressamente detto alla figlia di non essere d'accordo con questo tipo di intervento.

Esame psichico

In prima seduta Gioia arriva puntuale, accompagnata dalla sorella Elena; appare vigile ma impacciata nei movimenti e fortemente imbarazzata: incrocia poche volte il mio sguardo e lo distoglie dopo pochi istanti. Seppure disponibile al colloquio, le narrazioni di Gioia sono molto povere e il tono della voce estremamente basso; il linguaggio rallentato, borbottato, a tratti intellegibile – si comprendevano con molta difficoltà le poche parole pronunciate. Mostra difficoltà a mantenere l'attenzione sugli scambi relazionali, talvolta sembra assorta nei pensieri; qualche volta scuote il capo perché, riferisce, di essere infastidita da ciò che in quel momento si intrude nella sua mente. Basso il tono dell'umore e coartata l'affettività. Presenta una corporatura minuta, molto curata l'igiene personale, abbigliamento semplice ma curato e ordinato.

Descrizione del problema della paziente

Gioia chiede una consultazione a causa di ossessioni a contenuto blasfemo che le stanno arrecando disagio – emotivo, sociale e scolastico – clinicamente significativo. Nello specifico, riferisce di avere da 6 mesi pensieri intrusivi sotto forma di parole e immagini sulla persona di Dio o di frasi che invertono il senso di ciò che lei, per fede, crede. La manifestazione del problema è stata progressivamente ingravescente: all'inizio occupavano pochi minuti al giorno, attualmente le ossessioni ricorrono per più di 12 h al giorno, sono costanti e gli intervalli liberi dai sintomi molto brevi, meno di un'ora consecutiva al giorno. Anche durante la notte le capita di svegliarsi di soprassalto a causa dei pensieri e di avere, poi, difficoltà a riaddormentarsi. La paziente riferisce di

avere un controllo scarso sulle ossessioni, seppure tenta di interromperle o ignorarle distogliendo l'attenzione. Le blasfemie sono reputate come inaccettabili dalla paziente, totalmente in contrasto con i propri valori ed è terrorizzata dall'idea di poter perdere il controllo di sé dando voce a ciò che riecheggia nella sua mente. Sovente i pensieri sono accompagnati da una leggera eccitazione, e in alcuni casi Gioia riferisce «*sento qualcosa lì... e poi mi sento bagnata*»; ciò accade se, persistendo nei pensieri ossessivi, fa anche un check delle sensazioni del proprio corpo al fine di «*controllare se quei pensieri e quelle parole brutte in realtà... mi piacciono... o se mi fanno schifo*». Tutto ciò le arreca sofferenza e un profondo senso di colpa; per tale ragione ha cominciato a dedicare molto tempo della propria giornata a condotte riparative: chiedere mentalmente a Dio – per un numero smisurato di volte – di essere perdonata, leggere compulsivamente brani della Bibbia più volte al giorno, pronunciare sottovoce preghiere per neutralizzare pensieri indesiderati. L'impulso a mettere in atto le compulsioni è forte e raramente è in grado di interrompere tali comportamenti; quando non può eseguirli sperimenta un marcato livello di ansia. Come riferito dalla sorella Elena, durante un colloquio richiesto da me, le compulsioni di Gioia molto spesso sono visibili esternamente: quando crede di essere sola si agita per la stanza ripetendo mentalmente le preghiere, se è con gli altri storce gli occhi per concentrarsi maggiormente su tali comportamenti. L'insight rispetto alle ossessioni e alle compulsioni è discreto in quanto Gioia ammette – con qualche riluttanza – che i pensieri siano eccessivi; ha delle paure irrealistiche molto forti su temi religiosi, ma le convinzioni non sono stabili: spinta a riflettere su alcuni aspetti riesce a mettere in discussione la forza delle proprie convinzioni.

Da 5 mesi il suo umore ha subito una significativa deflessione come manifestato da frequente bisogno di piangere, diminuzione di interesse tutti i giorni per quasi tutte le attività, pensieri negativi su sé stessa e sul futuro (in particolare sulla possibilità di «*guarire*»). È presente insonnia secondaria, con frequenti risvegli nel cuore della notte e alle prime ore del mattino; riferito un significativo calo ponderale per diminuito appetito (7 kg in due mesi); l'attenzione e la concentrazione sono inficiate sia a causa delle ossessioni e dei rituali mentali, sia a causa della deflessione del tono dell'umore; rallentamento psicomotorio alternato ad agitazione (visibile soprattutto nell'eloquio); pensieri ricorrenti di morte con ideazione suicidaria senza un piano specifico. I pensieri ossessivi e le compulsioni interferiscono in modo grave sul funzionamento sociale e scolastico, causando una significativa compromissione di tali aree: dal mese di aprile fino al mese di giugno si è totalmente assentata da scuola (perdendo l'anno scolastico) e ha fortemente

ridotto la propria vita relazionale (la paziente ha iniziato a rifiutare gli inviti ad uscire delle amiche, fino a quando queste ultime hanno smesso di cercarla).

Test somministrati

La Y-BOCS II rileva un grado di severità medio-alto del disturbo (Y-BOCS-II-SS= 36/M29.9) ed individua i seguenti sintomi di DOC che interferiscono con il funzionamento psicosociale: due item soddisfatti per le ossessioni attuali (timore di lasciare sfuggire oscenità, preoccupazione di poter essere sacrilego o blasfemo), un item per le ossessioni precedenti agli ultimi 30 gg (preoccupazioni eccessive sull'orientamento sessuale); tre item soddisfatti per le compulsioni attuali (rituali religiosi eccessivi, rituali mentali, evitamenti ritualizzati); un item sull'evitamento (evitare di fare cose o stare con qualcuno a causa delle ossessioni).

Con il Obsessive Beliefs Questionnaire sui domini cognitivi prevalenti, si è verificata la presenza in misura clinicamente significativa di belief relativi alla necessità di: raggiungere uno stato perfetto delle cose e alla necessità di evitare errori (Perfezionismo= 95°); prevenire eventuali effetti dannosi di un'azione o di una non-azione, o eventuali conseguenze sul piano morale (Responsabilità per danno= 95° e Responsabilità per omissione= 95°); controllare la propria attività mentale e i pensieri intrusivi o la credenza per cui i pensieri sono moralmente equivalenti alle azioni (Controllo dei pensieri= 99° e Importanza dei pensieri= 99°).

La SCL-90 attesta la presenza di manifestazioni e reazioni tipiche del DOC e il riconoscimento del carattere distonico: pensieri intrusivi, ruminazioni, ossessioni, compulsioni, rituali (OC= 72,44); depressione clinica in comorbilità con altri disturbi: pensieri negativi su di sé, sugli altri e sul proprio ambiente, pessimismo, mancanza di speranza, perdita di interesse (DEP= 85,52); senso di perenne apprensione, agitazione, nervosismo che provocano limiti nel funzionamento personale e sociale (ANX= 79,73); alterazione del pensiero dovuta ad altri disturbi (ansia, ossessioni) (PSY= 120,40).

La BDI-II (99°) e l'MMPI-2 (D= 73) confermano la presenza di sintomi depressivi di grado severo, che interessano le manifestazioni somatiche-affettive (perdita di interesse, alterazioni nel sonno e nell'appetito, agitazione e pianto), ma soprattutto le manifestazioni cognitive quali pessimismo, senso di colpa e autocritica.

Gioia presenta un'elevazione medie dell'*anxiety sensitivity* (ASI 32,81 %), ritiene cioè che alcune sensazioni legate all'ansia siano particolarmente fastidiose e in alcuni casi pericolose. La sensibilità all'ansia si evidenzia maggiormente quando la paziente avverte sintomi cognitivi (quali, ad esempio, difficoltà di concentrazione), associati al timore di perdere il controllo e impazzire

(56,25 %). La TAS-20 (66/100) segnala alestitimia positiva definita soprattutto dalla difficoltà ad identificare e descrivere le emozioni. L'ASQ definisce un pattern di attaccamento insicuro-evitante.

Le problematiche scolastiche riferite in anamnesi e le difficoltà attentive e linguistiche riscontrate ai primi colloqui, mi hanno spinto a somministrare le PM-38 per accertare il rendimento cognitivo applicato a materiale visuo-percettivo; il punteggio ottenuto colloca la prestazione della paziente ai limiti inferiori della norma (range per età: QI 78; range per classe scolastica: QI 84).

La SCID-II permette di indentificare alcuni tratti delle personalità: Ossessivo-Compulsivo, Passivo-Aggressivo, Depressivo, Schizotipico; tuttavia nessun disturbo ottiene il punteggio pieno.

- Ossessivo-Compulsivo (3/4): perfezionismo (*«quando studio mi metto tutti i post-it... poi alla fine mi ingombrano però»*); atteggiamento eccessivamente coscienzioso, scrupoloso e inflessibile (anche le persone del suo credo religioso dicono che il suo concetto di bene e di male è troppo rigido); rigidità e testardaggine (*«mia sorella mi dice che si vede quando sto meglio perché divento testarda... tipo che mi dicono di fare una cosa ma poi io faccio sempre di testa mia»*).
- Passivo-Aggressivo (3/4): resistenza passiva nell'esecuzione di compiti abituali sociali e lavorativi (*«per esempio quando mio padre mi dice di vestirmi come dice lui... mi viene da gridare mi innervosisco di dentro ma faccio come mi dice lui»*); si lamenta di essere incompresa e non sufficientemente apprezzata (sia in famiglia, sia fra le amiche); alterna ostilità e disprezzo a sensi di colpa (*«mia nonna l'altra mattina mi ha chiesto di tagliarle le unghie e metterle lo smalto... io le ho detto no e non sono salita più a casa sua... ma mi sono sentita troppo in colpa perché è vecchia alla fine»*).
- Depressivo (3/5): concezione di sé caratterizzata da sentimenti di inadeguatezza (*«mi sento inferiore agli altri certe volte... tipo piccola piccola... non degna di niente»*); rimugina sulle cose e ha tendenza a preoccuparsi (*«certe volte non ci dormo la notte su un pensiero... non mi stacco da quel pensiero e mi angoscio»*); tende a sentirsi in colpa e in preda a i rimorsi (*«sempre... anche quando ero con mio cugino io mi sentivo in colpa, uno schifo»*).
- Schizotipico (3/5): idee di riferimento (*«tipo per il modo in cui mi vesto o parlo... la gente certe volte vedo che mi guarda»*); pensiero magico (*«quando penso quelle cose ho paura che possa accadere qualcosa... mi spavento troppo»*); illusioni corporee (*«negli occhi, allo specchio, mi vedevo una persona»*).

Avendo stabilito la presenza di una compromissione significativa nel funzionamento di Gioia (Criterio A, Sezione III, DSM-5), ma non essendo soddisfatti i criteri necessari per diagnosticare un

disturbo specifico di personalità, si è proceduto con la somministrazione del PID-5. L'inventario ha permesso di valutare ed individuare i domini e le sfaccettature di tratto patologici (Criterio B, Sezione III, DSM-5) che caratterizzano la personalità della paziente; di seguito la descrizione.

- Criterio A – Livello di funzionamento della personalità:

- Funzionamento del sé:

Identità = 3 (grave compromissione: la sua fragile autostima è facilmente influenzata dagli eventi e l'immagine di sé manca di coerenza; la valutazione di sé non ha sfumature: prova disgusto di sé, si sente importante, o un'illogica combinazione di questi estremi).

Autodirezionalità = 2 (moderata compromissione: ha una ridotta capacità di riflettere sulle proprie esperienze interiori).

- Funzionamento interpersonale:

Empatia = 3 (grave compromissione: è confusa sull'impatto delle proprie azioni sugli altri; è frequentemente disorientata rispetto a pensieri ed azioni delle persone, attribuendo loro, spesso ed erroneamente, intenti).

Intimità = 1 (lieve compromissione: è in grado di stabilire rapporti personali duraturi con alcune limitazioni nel grado di profondità e soddisfazione; è capace di desiderare e di stringere relazioni intime e reciproche, ma può essere inibito nell'esprimere adeguatamente se insorgono emozioni intense o conflitti).

- Criterio B – Domini di tratto e sfaccettature:

Affettività negativa (90°): Ansia (95°); Sottomissione (97°).

Psicoticismo (75°-90°): Pensieri inusuali (75°-90°); Eccentricità (75°-90°).

Ipotesi diagnostica

Attraverso i colloqui e la somministrazione dei test sopraelencati si è potuto accertare, in atto, un disturbo ossessivo-compulsivo con umore depresso, secondo i seguenti codici:

- Disturbo ossessivo-compulsivo, con insight scarso, 300.3 (F42)
- Disturbo depressivo maggiore, Episodio singolo, Moderato, 296.22 (F31.1)

Per quanto riguarda la descrizione della struttura di personalità di Gioia, si ritiene opportuno utilizzare il modello alternativo presente nella Sezione III del DSM-5.

- Disturbo di Personalità Tratto Specifico (DP-TS)

La valutazione del funzionamento globale, rileva un quadro sintomatologico grave (umore disforico, disturbi del sonno, ansia), con significative difficoltà nel funzionamento sociale (non

frequenta più le amiche e non comunica con nessuno durante l'orario scolastico): rating del VGF 50/100.

Storia della sofferenza

Gioia racconta di ricordare vissuti di inadeguatezza già alla scuola elementare, sentendosi continuamente in imbarazzo nei confronti dei compagni di classe. In famiglia, poi, ricorda esserci stato sempre un clima di critica e costrizione da parte del padre il quale molto spesso usava delle ingiunzioni negative verso, facendola sentire inadeguata. Inoltre, dall'età di 8 aa – fino ai 10 aa – Gioia è stata abusata sessualmente dal cugino Luca, di 3 aa più grande. Le violenze erano compiute prevalentemente nel cortile o nell'androne della palazzina in cui entrambi vivevano. La paziente racconta di non aver colluso volontariamente con il cugino seppure mai si è ribellata fermamente o ha provato a chiedere aiuto; racconta di aver subito «*lo schifo*» in silenzio perché Luca la minacciava. Durante le violenze riferisce di essersi «*bagnata qualche volta... aspettando che lui finisse*» e questo contribuiva a farla sentire «*sporca e schifosa*». Nessun adulto si accorse di quanto stesse accadendo seppure le violenze avvenissero in pieno giorno e in luoghi di passaggio; le ho chiesto se in qualche occasione avesse perso del sangue ma ricorda di non aver mai sporcato la biancheria intima. L'abuso ha avuto fine solo quando la sorella Elena li scoprì «*troppo vicini*» nella cameretta di Luca e intimò ai due ragazzini di smettere. La piccola Gioia ha iniziato da allora a sentirsi «*sporca e schifosa*».

Gioia racconta, inoltre, di aver avuto – approssimativamente un anno prima della comparsa della sintomatologia ossessivo-compulsiva – dei dubbi ricorrenti e persistenti circa il proprio orientamento sessuale: seppure avesse tutte le ragioni per credere di essere eterosessuale la paziente per diverse settimane si è domandata se fosse omosessuale. Le ossessioni a contenuto blasfemo, invece, hanno avuto origine solo alcuni mesi prima della richiesta d'aiuto, e non hanno ricevuto altro trattamento precedente. Così anche l'umore depresso.

Profilo interno del disturbo

La sintomatologia riferita dalla paziente ha come trigger ossessioni endogene, percepite come egodistoniche e inaccettabili. L'intrusione nella sua mente avviene sia spontaneamente sia per contatto con situazioni elicитanti; la paziente considera la comparsa di questi pensieri qualcosa di minaccioso, un indizio che avvalora il sospetto di essere colpevole di essersi “sporcata”. A ciò viene attribuito il potere di compromettere lo scopo “essere accettabile moralmente” e genera una risposta complessa (tentativi di soluzione, TS1) composta da emozioni negative, processi cognitivi (bias),

condotte mentali (sforzarsi di controllare il pensiero mediante compulsioni mentali e sostituzione del pensiero proibito con uno giusto) e comportamenti (evitamenti, compulsioni, neutralizzazioni).

A	B	C	D	E
pensiero blasfemo	se ho pensato questo vuol dire che sono una persona sporca e schifosa, sono indegna	colpa disgusto del sé	faccia rossa e bollente, tensione	TS1: ripetere tra sé e sé frasi “giuste”
	ho fallito, Dio non mi perdonerà più e mi rigetterà, non uscirò mai da questa situazione	tristezza	nodo alla gola, vuoto allo stomaco	

I tentativi di soluzione messi in atto tuttavia diventano controproducenti ed in particolare il tentativo di sopprimere i pensieri genera l'effetto paradossale “orso bianco”. Così facendo, a causa delle ossessioni e dei tentativi di soluzione, di fatto la mente della paziente è sistematicamente occupata da pensieri ossessivi. Gioia si rende conto di essere costantemente impegnata in azioni mentali e si giudica, per questo, ancora più colpevole; la mancanza di distanza critica verso le proprie convinzioni genera, infine, timore per le conseguenze e tristezza per l'ennesima perdita di valore personale. A tutto ciò tenta di porre rimedio con ulteriori azioni mentali (TS2), aumentando paradossalmente la sintomatologia ossessiva.

A'	B'	C'	D'	E'
E	sono come Filippo, sono posseduta, andrò all'inferno	paura	mi veniva da gridare, da piangere, nausea	(TS2) check sui pensieri e sulle sensazioni fisiche

Alla luce del modello e della classificazione proposta da Mancini (2016), il disturbo ossessivo di Gioia è del sottotipo pensieri proibiti e la sequenza ossessiva può essere descritta come segue:

Evento critico: pensiero blasfemo



Prima valutazione

“e se avere pensato questo significasse ...”:

“sono una persona sporca”, “che schifo che faccio”, “non posso pensare questo”, “ho sbagliato”,

“se solo mi fossi controllata di più”, “sono indegna” [colpa]; “ho fallito”,

“Dio non mi perdonerà più e mi rigetterà”, “non uscirò mai da questa situazione”,

“sono una persona inutile” [tristezza] il pensiero intrusivo viene considerato minaccioso perché gli viene attribuito il potere di compromettere lo scopo “essere una persona giusta/accettata”



Tentativi di soluzione di primo ordine (TS1)

Ripetere versi biblici fra sé e sé. Implorare perdono decine di volte, sottovoce. Rituali mentali (compulsioni covert). Ripetere frasi del tipo: non voglio e non accetto questi pensieri.

Test mentali per controllare se suscita in lei orrore.

Scacciare dalla mente i pensieri blasfemi (effetto paradossale “orso bianco”).



Metavalutazione

“e se sono come mio fratello?”, “forse sono posseduta”, “Dio non mi perdonerà e andrò all’inferno”



Tentativi di soluzione di secondo ordine (TS2)

evitamenti (es. cibo gustoso); pregare in anticipo tutte le volte in cui non è impegnata in altre attività; andare alle riunioni di culto 3 volte alla settimana.

Stati mentali problematici ricorrenti

Le narrazioni di Gioia sono molto povere e i contenuti dei pensieri circoscrivibili ai seguenti temi: colpa e disgusto da indegnità, tristezza da fallimento e non accettabilità, autostima negativa, paura da perdita di controllo, costrizione. Le emozioni prevalentemente esperite dalla paziente sono la colpa, la tristezza e la rabbia che si alternano a brevi periodi di speranza ogni qualvolta si sente vicina allo scopo “essere accettata” e allo scopo “non essere responsabile di alcuna colpa”. Gioia ha un’immagine di Sé instabile, che si polarizza alternativamente su un versante positivo caratterizzato da vissuti di autonomia e su un versante negativo – temuto – in cui si giudica indegna e moralmente orribile «*faccio schifo... mi sento sporca*». I temi di pensiero, gli schemi di Sé, il modo di interpretare gli eventi (esterni ed interni) e il modo di reagire emotivamente determinano alcuni stati mentali problematici ricorrenti.

Stato mentale di colpa/disgusto da indegnità morale

Quando è attiva la rappresentazione di Sé «*sporca e schifosa*» la paziente non riflette minimamente sui propri contenuti e processi mentali, ma li giudica come patologici e segno tangibile di qualcosa di “non-giusto” che ha dentro; tenta per questo di sopprimere qualunque aspetto della propria esperienza interiore. A fronte di un Sé indegno, Gioia si rappresenta l’altro

come giudicante e la relazione fortemente in pericolo. Il senso di indegnità è accompagnato dal senso di colpa per non essere stata in grado di raggiungere gli adeguati standard morali, e di rabbia e disprezzo verso sé stessa per non essersi resa conto in tempo della propria corruzione morale. Mette in atto allora tentativi ossessivi per neutralizzare la colpa e per azzerare il dubbio di essere responsabile del proprio fallimento morale.

Stato mentale di tristezza da non accettabilità

La paziente ritiene che le proprie caratteristiche interiori siano inaccettabili, e per questo si aspetta che mostrare spontaneamente le proprie emozioni e propensioni genererà nell'altro critica e rifiuto; in risposta a questa rappresentazione dell'altro Gioia prova tristezza unitamente a senso di inefficacia personale la tendenza all'azione di Gioia all'interno di questo stato mentale è l'ipertrofia della rilevanza delle regole, ovvero iniziare a inibire le proprie emozioni e a controllare il proprio comportamento rinunciando all'esplorazione, bloccando la propria spontaneità e conformandosi alle aspettative morali dell'altro fino a sperimentare un forte senso di costrizione e soggezione. Tale stato, tuttavia, è transitorio in quanto la paziente presenta un tratto passivo-aggressivo che la spinge a resistere passivamente a chi impone dall'esterno i doveri. La paura e la soggezione allora lasciano spazio alla rabbia, trattenuta, controllata e somatizzata, invisibile nel suo linguaggio e nelle azioni dirette verso l'altro, ma vigorosa nei pensieri e nelle emozioni di Gioia.

Stato mentale di autonomia

Gioia desidera poter agire e scegliere in modo autonomo, assecondando i propri desideri e ponendosi nei confronti dell'altro in modo spontaneo e sicuro; l'emozione prevalente in questo stato è la speranza. Tuttavia, dal momento che la moralità guida la vita di Gioia, quando le affiorano desideri (sessuali o di benessere fisico in senso lato) si sente in colpa perché pensa che l'altro accorgendosi si mostrerà deluso («sabato sera mentre ero in chiesa ho visto un ragazzo carino... mi sono sentita in colpa a guardarlo... ti immagini lui che ha potuto pensare... non è che poi gli può piacere una che fa così») e in risposta sviluppa il tratto ossessivo come strategia volta a fronteggiare il senso di inefficacia personale.

Cicli interpersonali disfunzionali prototipici

La rappresentazione che Gioia ha della relazione con l'altro è di giudizio e critica da una parte e di costrizione dall'altra. Ciò la porta a colludere con l'altro all'interno di due cicli interpersonali disfunzionali.

Ciclo interpersonale autoinvalidante

La paziente ha un costante vissuto di indegnità che guida la lettura di sé e dell'altro. Quando attivo tale schema Gioia esperisce colpa e disprezzo verso sé stessa; la tendenza all'azione è il rimuginio a contenuto autocritico su tutti gli aspetti sbagliati dei propri pensieri e delle proprie emozioni. È sufficiente allora trovare nell'altro uno sguardo verosimilmente ostile per far precipitare Gioia in un senso profondo di indegnità, disperazione e rabbia verso sé stessa. A ciò la paziente tenta di porre rimedio mettendo in atto le condotte ossessivo-compulsive, generando nell'altro disapprovazione e, sovente, aspra critica a contenuto morale e religioso: *«mio padre mi fa sentire peggio Anna... “perché fai in questo modo Gioia... ma questo che fai che cosa è? i pensieri si controllano, non è normale che fai in questo modo... è tutta questione di volontà” e io mi sento ancora di più uno schifo...»*. La reazione dell'altro rinforza il vissuto di indegnità e la sensazione di essere *«sporca e schifosa»*.

Ciclo interpersonale oblativo

La visione che Gioia ha di sé stessa è suscettibile delle aspettative che gli altri hanno su di lei, per questo si sente in dovere di aderire agli standard morali e religiosi per poter essere accettata. Tali standard però sono elevati e per quanto la paziente si sforzi di raggiungerli, basta un semplice pensiero o desiderio percepito come non conforme a farla sentire non all'altezza, sbagliata. L'esperienza soggettiva di Gioia allora è caratterizzata da senso di colpa all'idea di avere agito irresponsabilmente (basta, ad esempio, essersi crogiolata un po' più del dovuto nei pensieri) e avere per questo arrecato danno a sé stessa (danno morale irreparabile); presente anche la paura di ricevere critiche e/o punizioni per gli errori commessi. Per sfuggire a questa sofferenza la paziente si sottomette maggiormente alle aspettative dell'altro e si impegna ancora di più nel rispettare gli standard religiosi. Tuttavia il tratto passivo-aggressivo rende Gioia insofferente alla costrizione e in alcune circostanze tenta di resistere passivamente alle richieste esterne; in questi casi l'altro si mostra deluso e distaccato, rimandando a Gioia la sensazione che lei sia spregevole: letta come conferma della propria indegnità, tale sensazione spinge la paziente a conformarsi ulteriormente alle richieste e agli standard morali *«mi dice di cambiarmi ma a me non mi interessa, o esco come voglio... il fatto è che poi se lui mi vede mi fa stare male e mi rendo conto che non è giusto... allora per evitare io mi metto quello che dice lui... io non lo sopporto certe volte e mi innervosisco troppo... no, no non gli dico niente»*.

Disfunzioni metacognitive

Monitoraggio	Identificazione: I racconti spontanei di Gioia fanno riferimento a due emozioni, la colpa e il disgusto verso sé stessa; se sollecitata riconosce anche la tristezza e la rabbia. La capacità di riconoscere emozioni positive, invece, è fortemente ridotta nonostante le sollecitazioni. Tenta di far riferimento ai pensieri che costituiscono gli stati mentali ma le descrizioni sono povere e confuse. Le motivazioni e gli scopi sottesi al comportamento sono estremamente esigui.	«io mi sono messa in macchina e Maria mi ha detto “non ti è passato il tuo problema ancora” questo e basta... mi sono turbata non lo so perché, in macchina la mia testa si è turbata e basta... ma comunque non è vero»
	Relazione fra variabili: La capacità di cogliere le relazioni tra pensieri ed emozioni, o fra uno stato mentale e i propri scopi e comportamenti è deficitaria.	
Integrazione	La correlazione pensiero-comportamento normalmente è coerente, seppure il livello di autoriflessività è mantenuto su livelli bassi.	«mia mamma non può uscire i soldi... non me la sento di pesare... nel senso che... io sarei venuta ancora perché non è che sto bene completamente... ti volevo dire vengo due volte e poi basta perché ormai sinceramente sto meglio»
Differenziazione	In modo spontaneo, la paziente tende a non credere nella natura rappresentazionale del pensiero: all'interno dello stato problematico, in particolare, interpreta i propri pensieri come dati di realtà e perde la capacità critica. Se stimolata qualche volta riesce a differenziare.	Così accade con le proprie ossessioni: Gioia ha la tendenza a vivere intensamente le scene immaginate come fossero reali, con conseguente spinta all'azione.
Comprensione della mente altrui – Decentramento	Le inferenze sugli stati mentali altrui sono estremamente esigue, stereotipate e generalizzate, soprattutto non indipendenti dalla propria prospettiva.	«gli piaccio... no, non me lo ha detto lui, è che ci mandiamo i messaggi... dopo che ci siamo visti gli ho mandato un messaggio... scrive poco si vede che è timido come me»
Mastery – Padroneggiamento	La capacità della paziente di affrontare e padroneggiare i propri stati mentali problematici è caratterizzata da bassa autoriflessività: riferisce la sensazione che i problemi siano dati di fatto ineluttabili e non problemi da risolvere. Tenta di utilizzare prevalentemente strategie di secondo livello, ma in modo complessivamente fallimentare.	I tentativi di soluzione per risolvere il problema posto dalle ossessioni, sono, ad esempio: <ul style="list-style-type: none"> • Ruminazione anticipatoria: controlla che tutto è apposto e che non sta trascurando alcun aspetto pericoloso • Compulsioni mentali per prevenire o neutralizzare la possibilità negativa • Evitamenti

Fattori e processi di mantenimento

L'ipercoscienza religiosa (Dettore, 2002) di Gioia condiziona e mantiene la valutazione negativa dei propri pensieri, soprattutto se di natura sessuale e blasfema; ciò sfocia con estrema

facilità nell'esperienza di senso di colpa, mantenendo di fatto il DOC. A sua volta, il timore di colpa e la disposizione a sentirsi moralmente disprezzabile caratterizzano e orientano i suoi processi cognitivi, anche per comportamenti banali («*mi sento confusa, ehm scusami... non so come... ho sbagliato, ti mando tutto domani... ho dimenticato la valigia a casa di Elena... volevo dire la carpetta con gli esercizi... sono una cretina mi sto sentendo troppo in colpa... con te visto che mi avevi chiesto di farli*»). Il timore di colpa, inoltre, ha effetto di mantenimento in quanto orienta in modo iperprudenziale i processi cognitivi di Gioia. Se percepisce un pericolo utilizza, ad esempio, il ragionamento *better safe than sorry* per controllarne la fondatezza: il pensiero blasfemo le determina ansia elevata e le fa focalizzare l'ipotesi peggiore, cioè essere colpevole per il pensiero stesso; cerca allora attivamente le prove a conferma di questa possibilità facendo il check dei propri pensieri e delle proprie emozioni «*sto attenta ai miei pensieri e cerco di capire bene se mi fa schifo pensare quella cosa*»; conclude che la sua ipotesi di colpa è vera perché non riesce a scongiurare al 100% il suo dubbio per il fatto stesso di averci pensato ancora «*e se invece la mia testa se li cerca perché le piace?*»; non potendo, dunque, azzerare l'ipotesi di colpa e non tollerando in alcun modo questa possibilità (compromissione dello scopo) mette in atto le strategie per neutralizzare gli effetti dei pensieri ossessivi. Il timore di colpa fa sì che Gioia sovrastimi la probabilità e la gravità del danno di cui si sente responsabile, secondo il meccanismo dell'*affect as information*: la colpa e l'ansia che sente a seguito di ogni pensiero intrusivo, attestano che realmente avrebbe potuto e dovuto stare più attenta e che fondamentalmente la responsabilità di questa catastrofe sia la sua. I racconti di Gioia sono caratterizzati, inoltre, dai seguenti bias cognitivi: tendenza a trarre conclusioni (deduzione arbitraria) in mancanza di evidenze sufficienti («*in chiesa il sacerdote è uscito velocemente... ha fatto di tutto per non salutarmi, ha capito perfettamente che sto passando questo momento vergognoso*»), catastrofizzazione («*ho fatto un pensiero imperdonabile questa volta... ho fatto un disastro... non posso essere perdonata capisci? se non faccio qualcosa qua finisce che muoio*»), attenzione selettiva («*ieri ho letto la Bibbia e tutto parlava delle cose imperdonabili*»), doverizzazione («*no! non possono passare quelle cose nella mia testa capisci? devo stare sempre sveglia e resistere*»). Ruolo cruciale, infine, hanno l'*inflated responsibility* e la fusione pensiero-azione: il solo aver pensato qualcosa equivale per Gioia ad averla desiderata e addirittura in alcuni casi è come averla compiuta, ciò naturalmente esita in un intollerabile senso di colpa che la induce a continuare i controlli mentali e mettere in atto le compulsioni («*ieri ero distrutta perché mi sono vista persa... volevo vomitare, che schifo... se ho avuto quel pensiero che vuol dire che desidero quella cosa?!... oh mio Dio sono sconvolta*»). Il disturbo viene così

mantenuto in quanto i pensieri intrusivi vengono valutati come il segno che c'è una reale possibilità di provocare un danno imminente, a sé stessa; credendo inoltre che si possa prevenirlo con le proprie azioni, Gioia non accetta il rischio di essere responsabile e mette in atto le compulsioni.

Scompenso

Dal resoconto di Gioia l'esordio della sintomatologia ossessiva può essere collocato nel mese di aprile, quando la paziente aveva intensificato il proprio impegno religioso e contestualmente aveva progettato di aderire a dei riti per formalizzare con il battesimo l'appartenenza alla propria comunità ecclesiale: *«ero serena in quei giorni, mi piaceva andare nella mia chiesa (...) ai miei amici raccontavo la gioia che provavo... volevo fare il battesimo e fare le cose giuste e farle bene»*. In quel periodo, l'adesione ai valori cristiani produceva in Gioia un maggiore contenimento dei vissuti legati al timore di colpa e le restituiva uno stato di benessere psicofisico: *«ci tenevo molto e volevo fare tutto bene, stavo facendo tutti i passi giusti e mi sentivo bene... mi sentivo apprezzata da Dio»* e aggiunge *«dormivo beatamente di notte... e a scuola ci andavo con piacere»*. Successivamente, la ragazza racconta questa esperienza ad un'amica la quale le confessa di avere grossi dubbi sulla propria religiosità a causa di *«pensieri sbagliati sul sesso»* e di bestemmie che sovente le passavano per la testa. Prontamente Gioia la incoraggia a intraprendere un percorso spirituale per redimersi, ma tornata a casa inizia a ripensare a quanto asserito poche ore prima e su quanto fosse realmente convinta di ciò. Questo fu per lei l'inizio di un sospetto inammissibile: *«e se anche io desidero quelle stesse cose? (...) e se anche io sono in pericolo spirituale e non me ne sono accorta»*. Al fine di fugare tale sospetto inizia a fare dei test mentali in cui associa parole sacrileghe al nome di Dio, per controllare se ciò le arrecasse orrore o un discreto piacere: ripete mentalmente la scena più e più volte durante la settimana seguente fino a quando l'esito del test le è apparso spaventante.

A	B	C	D	E
e se anche io sono come lei e desidero quelle cose?	come posso pensare a questa cosa assurda?	ansia	tachicardia	ripeto "Charlie"
A'	B'	C'	D'	E'
E	ma che sto ripetendo? che schifo sto facendo?	ansia ++	confusione mentale	

Nei giorni successivi quelli che sembravano essere dei check mentali volontari, diventarono essi stessi prova della sua immoralità incrementando di fatto il dubbio iniziale e i tentativi per neutralizzare la colpa.

Vulnerabilità

Vulnerabilità storica

La paziente ha dei ricordi vividi dei primi anni della sua infanzia, soprattutto circa la mancanza di accudimento da parte dei caregiver, da lei percepiti come disinteressati verso i suoi bisogni emotivi e fisici. Nello specifico, la famiglia di Gioia è caratterizzata da una figura materna marginale con minore rilievo emotivo, e una figura paterna dedita al controllo (più che all'educazione) morale e sociale. La madre viene descritta come una *«poverina, semplice... che si trascura... tranne quelle poche volte che esce e si veste come dice papà»*, una donna che trascorre tutto il giorno rassettando casa e riparando gli oggetti danneggiati per mano dei fratelli maschi, emotivamente distaccata dai figli ed incapace di accudirli. Il padre, invece, è descritto come una persona fortemente incoerente: un uomo dedito al gioco delle slot machine che non rincasa la sera, non curante della sofferenza che provoca alla moglie e ai figli; ma che ad un certo punto della sua vita, diventa moralista con rigide convinzioni sulla religione, che si reca in chiesa più volte a settimana, continuando però ad essere egoista nei confronti della famiglia *«tiene ai soldi più che ad altro»*, e a tormentare il fratello schizofrenico colpevolizzandolo per *«tutte le cose storte che fa»*. Dai suoi racconti si comprende, inoltre, come i genitori abbiano gestito in modo disfunzionale l'equilibrio tra autonomia e dipendenza: Gioia ha affrontato in solitudine i momenti critici del ciclo di vita (ad es. l'inserimento a scuola) e gli eventi stressanti della sua vita (le dicevano *«le cose si sbrigano da soli»*), ma di contro il padre limita ancora oggi la sua self agency imponendo la propria volontà nella gestione della quotidianità (*«quando andiamo in chiesa mi dice lui come mi devo vestire (...) mi dice lui se posso uscire con qualcuno... anche andare a casa delle mie sorelle... mi riempie la testa»*). Tutto ciò è accompagnato da una continua critica morale: il padre tenta di stabilire ogni aspetto della sua vita facendola sentire in colpa per la propria inadeguatezza morale e persino fonte di dispiacere per il padre stesso. Gioia dice di cogliere il fastidio e la disapprovazione del padre dal suo viso *«la faccia mi fa sentire in colpa, tipo che si offende e non mi parla per un giorno (...) ci resta male e mi fa sentire uno schifo (...) tipo sporca»*. In quest'ambiente familiare ipercritico, controllante e "freddo" la paziente ha interiorizzato un'immagine di Sé come "inadeguata e sporca" e contestualmente un'aspettativa sull'altro tendenzialmente di assenza o giudizio/costrizione; la prossimità relazionale da lei desiderata può esserci allora nella misura in cui le sue richieste aderiscano perfettamente alle aspettative/desideri dell'altro.

Per quanto riguarda le credenze disfunzionali sull'arousal – in particolare sintomi cognitivi associati alla paura di poter impazzire – i fattori che le hanno favorito e alimentato sono

l'osservazione di scene in cui il padre perdeva il controllo («*mio padre è così non ci può fare niente, a me non mi ha mai alzato le mani ma a mio fratello... certe volte penso che lo può ammazzare*») e dalle esplicite informazioni fornite dal padre, il quale si mostrava critico verso i contenuti mentali e l'emotività di Gioia e dei fratelli, etichettando i primi come bizzarri gli altri come segno di debolezza e irresponsabilità («*lui dice che sono debole perché non so controllare i miei pensieri... e che devo essere io a sforzarmi... se io mi comporto bene mi passano*»).

Vulnerabilità attuale

Attualmente vive in una zona popolare della città con i genitori, il fratello, una sorella e la figlia di quest'ultima. Le condizioni abitative della famiglia la portano a condividere costantemente lo spazio con gli altri membri della famiglia, implicando non pochi disagi per la paziente. Il fratello maggiore, in particolare, usa un linguaggio blasfemo e condotte aggressive che invadono continuamente lo spazio vitale di Gioia. Il padre, inoltre, persiste nel controllare la condotta e la morale della paziente, l'organizzazione delle sue attività, del suo abbigliamento e delle sue amicizie. La quotidianità della famiglia d'origine della paziente si svolge, infine, a stretto contatto con gli zii e i nonni paterni, i quali vivono nella stessa palazzina. Gioia riferisce di non stare bene con loro perché abitualmente usano bestemmie e ciò le causa un incremento dei pensieri sacrileghi.

Terapia

La terapia è iniziata nel settembre del 2016 ed è in fase di svolgimento. I primi 5 incontri sono stati impiegati per le procedure di assessment, il modello di riferimento è stato quello proposto dal Centro Clinico di Psicoterapia Cognitiva Ecopoiesis. I successivi 5 incontri sono stati impiegati per la fase di pre-trattamento (Carcione, Nicolò, Semerari, 2016). La terapia è stata condotta secondo i principi della TCC per il DOC di Mancini (2016) e Dettoré (2002), l'utilizzo parziale di alcuni moduli presenti nel manuale DBT (Linehan, 2014) e della Terapia Metacognitiva Interpersonale implementata dal Terzo Centro di Psicoterapia di Roma.

Fase I: assessment

La raccolta delle informazioni ha richiesto più step temporali. Inizialmente ho cercato di comprendere e circoscrivere la sintomatologia ossessiva, con alcune difficoltà legate al forte riserbo che la paziente mostrava nell'esplicitare contenuti dei pensieri e rituali. L'attenzione e la concentrazione della paziente, inoltre, erano talmente labili (a causa della florida sintomatologia) da richiedere continue pause e ripetizione delle domande da parte mia. Durante l'indagine anagrafica, a seguito del palpabile senso di disgusto sulla propria persona e ad un senso di sporco più volte

riferito, ho chiesto a Gioia se avesse mai ricevuto attenzioni sessuali sgradite in passato. La risposta è stata affermativa e da lì il racconto delle violenze ricevute dal cugino. L'approfondimento sulla personalità di Gioia e sui belife caratterizzanti è stato condotto durante la fase di trattamento, quando i sintomi del DOC e del disturbo depressivo si erano attenuati.

Fase 2: pre-trattamento

La religiosità di Gioia e lo stato di minaccia in cui versava, hanno reso il lavoro sulla costruzione dell'alleanza terapeutica particolarmente delicato. Per questa ragione ho utilizzato i primi incontri di pre-trattamento per assicurare la paziente circa la condivisione degli stessi valori cristiani, e sul fatto che avrei rispettato la sua fede. Un ulteriore passo verso questa direzione è stato il richiedere un appuntamento al sacerdote della comunità religiosa frequentata da Gioia, per condividergli la mia valutazione sul problema della paziente e avere da lui un'opinione circa la conciliabilità fra la mia ipotesi di intervento e la dottrina cristiana (Dettorè, 2002). La paziente si è sentita molto incoraggiata dal ministro di culto, il quale le ha detto di essere in accordo con la mia lettura del disturbo – soprattutto sull'aspetto della colpa – e sui principi del trattamento. Durante gli incontri successivi, la paziente ed io abbiamo concordato esplicitamente i seguenti obiettivi:

OBIETTIVI			STRATEGIE	TECNICHE
ESPLICITI	a breve termine	riduzione TS1 e TS2	<ul style="list-style-type: none"> • modulazione della prima valutazione • modulazione della metavalutazione • accettazione delle imperfezioni morali • psicoeducazione sul cristianesimo biblico • riduzione della responsabilità 	<ul style="list-style-type: none"> • condivisione dello schema del DOC • lettura di brani della Bibbia • self disclosure • tecnica dell'avvocato difensore • interventi di normalizzazione dei pensieri proibiti (lista dei pensieri intrusivi) • esperimenti comportamentali sull'effetto "orso bianco" • dialogo socratico
	a lungo termine	gestione più funzionale delle proprie esperienze interne	<ul style="list-style-type: none"> • interruzione dei meccanismi automatici • psicoeducazione sulle emozioni 	<ul style="list-style-type: none"> • schede e fogli di lavoro sulle abilità di mindfulness (DBT Skills Training, M.M. Linehan)* • schede e fogli di lavoro sulle abilità di regolazione emotiva *
		riduzione della vulnerabilità verso l'esperienza della	<ul style="list-style-type: none"> • accettazione del rischio di essere colpevole • decastrofizzazione della colpa 	<ul style="list-style-type: none"> • doppio standard modificato • dialogo socratico • procedure di distancing • esposizione

		colpa	<ul style="list-style-type: none"> • accettazione della sensazione sgradevole legata alla colpa • investire su scopi ottenibili 	<ul style="list-style-type: none"> • esercizi sulle attività piacevoli
--	--	-------	---	---

Per raggiungere quanto concordato, si è lavorato anche sui seguenti aspetti:

OBIETTIVI		STRATEGIE		TECNICHE	
IMPLICITI	a breve termine	creare e mantenere una salda alleanza terapeutica	<ul style="list-style-type: none"> • regolazione della relazione terapeutica 	<ul style="list-style-type: none"> • empirismo collaborativo • concettualizzazione condivisa del caso • uso del noi universale • trasparenza delle intenzioni • individuazione e gestione degli indicatori di attivazione dei cicli 	
		aumento dell'abilità di monitoraggio	<ul style="list-style-type: none"> • individuare e riconoscere emozioni e pensieri 	<ul style="list-style-type: none"> • ABC • psicoeducazione sulle emozioni • dialogo socratico 	
	a lungo termine	riduzione delle disfunzioni metacognitive	<ul style="list-style-type: none"> • riconoscere gli stati mentali ricorrenti • riconoscere il collegamento fra stato mentale e azione 	<ul style="list-style-type: none"> • ricostruzione storica della formazione degli stati mentali problematici • sintesi schematica delle transizioni e delle azioni • riformulazioni • ricostruire le memorie autobiografiche 	
			<ul style="list-style-type: none"> • aumentare la distanza critica dai propri pensieri automatici • aumentare la capacità di distinguere fra opinione e conoscenza • acquisire consapevolezza sulla transitorietà degli stati mentali 	<ul style="list-style-type: none"> • tecniche di mindfulness • compiti di auto-osservazione quotidiana • focalizzazione in seduta sui processi di transizione • promemoria a casa 	
			<ul style="list-style-type: none"> • aumentare la consapevolezza sulle differenze psicologiche sé/altro • aumentare la capacità di riconoscere le intenzioni altrui • aumentare la capacità di riconoscere gli stati emotivi altrui 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>role playing</i> • esercizi di scoperta guidata • esercitazioni su video • gestione dei cicli in seduta • tecnica conversazionale basata sulla trasparenza 	
			<ul style="list-style-type: none"> • fornire strumenti di 	<ul style="list-style-type: none"> • tecniche di mindfulness 	

			regolazione sulla <i>mastery</i> di I e II livello	<ul style="list-style-type: none"> tecniche comportamentali di esposizione
		favorire l'accesso alle emozioni legate al sistema di attaccamento	<ul style="list-style-type: none"> accettazione, validazione, riduzione dello stress indotto dalle memorie autobiografiche 	<ul style="list-style-type: none"> evocare episodi del passato riconducibili allo stato mentale problematico del presente ricostruzione storica della formazione degli stati mentali problematici nessi e differenze fra passato e presente

Fase 3: trattamento

Nella prima fase della terapia ho condiviso il modello del disturbo con Gioia, esemplificandolo particolarmente per renderlo comprensibile nonostante i grossi limiti metacognitivi e attentivi. Il primo passo è stato circoscrivere con maggiore precisione la tipologia dei pensieri che si intrudevano nella sua mente, ma per Gioia non è stato semplice perché il solo ripensare ad essi o addirittura esplicitarli le causava turbamento e confermavano la sua irresponsabilità morale. Così abbiamo deciso di non usare “invano” il nome di Dio e di sostituirlo con un altro, giacché ritenevamo fosse importante che io fossi a conoscenza dei contenuti dei suoi pensieri e contestualmente eravamo d'accordo che le blasfemie avrebbero causato disagio ad entrambe. ABC dopo ABC (in questa fase non è stato semplice ricostruirli a causa dei limiti nel monitoraggio di pensieri ed emozioni, per cui abitualmente usavo suggerimenti) sono stati individuati immagini, parole e frasi; abbiamo riflettuto sulla valutazione catastrofica che Gioia faceva circa i pensieri e, soprattutto, come questi la facessero sentire molto in colpa spingendola ad agire compulsivamente (pregare, implorare, ecc.). Successivamente abbiamo riflettuto sulla seconda valutazione (ovvero la possibilità che tutto questo significasse essere come il fratello Schizofrenico o posseduta) e sui tentativi di maggiore controllo sulla propria mente per poter scongiurare queste possibilità (check continui dei pensieri e delle sensazioni fisiche). La costruzione e la condivisione dello schema le ha permesso di osservare come di fatto i suoi tentativi di soluzione fossero infruttuosi e addirittura aggravanti la sintomatologia. Tuttavia le convinzioni abnormi di Gioia sulla condizione di peccato in cui versava non le permettevano di prendere in considerazione la possibilità di interrompere né i TS1 né tantomeno i TS2. A questo punto ho iniziato il lavoro di psicoeducazione su alcuni aspetti biblici – poco conosciuti dalla paziente nonostante le sue assidue frequentazioni in contesti religiosi – e le tecniche di ristrutturazione cognitiva. Condividendo alcuni brani della Bibbia, Gioia si rendeva conto che le proprie convinzioni fossero più di natura formale e religiosa che cristiana in senso profondo; ciò le ha permesso di osservare il contrasto fra la leggerezza e il senso di libertà che

un'esperienza spirituale dovrebbe dare e la situazione di costante colpa in cui lei viveva. Per la tecnica dell'avvocato difensore abbiamo deciso di dar voce a Cristo "suo personale avvocato difensore" (così come definito biblicamente); questa tecnica è stata particolarmente significativa per Gioia, la quale ha iniziato ad essere più critica verso le proprie convinzioni. Per la normalizzazione dei pensieri proibiti, ho usato diverse volte i self disclosure e le liste dei pensieri presenti nella popolazione normale. Per il lavoro pratico sulla gestione funzionale dei processi mentali, ho proposto alla paziente di utilizzare la mindfulness come tecnica di gestione consapevole dell'attenzione. Gioia ha così imparato a rendersi conto prontamente della comparsa delle intrusioni, a riconoscerle come tali e a lasciarle andare. Ha accolto di buon grado questa tecnica che tra l'altro l'ha aiutata a concentrarsi meglio sulle attività quotidiana e scolastiche. Quando la sintomatologia ossessiva si è ridotta, ho proseguito con la somministrazione della testistica sulla personalità della paziente e sui belife caratterizzanti. A questo punto è avvenuta la seconda restituzione con l'inizio di una fase della terapia maggiormente focalizzata sulle rappresentazioni e sugli aspetti metacognitivi. Innanzitutto abbiamo lavorato sulle emozioni, definendole negli aspetti linguistici, somatici e comportamentali ed esercitando la capacità di identificarle e descriverle. L'uso delle schede di osservazione giornaliera di Gioia si è evoluta man mano in ABC (svolti da lei) sempre più completi, seppure molto basilari. Sono state utilizzate per questo lavoro anche le abilità mindfulness acquisite durante gli incontri precedenti. Questa fase ha segnato l'inizio del lavoro a lungo termine sulla colpa e sul vissuto di indegnità che "genericamente" caratterizzava il vissuto di Gioia da molto tempo. Individuato dunque lo stato mentale ricorrente di indegnità e colpa, abbiamo affrontato il collegamento fra esso e specifiche memorie autobiografiche: legate alle ingiunzioni colpevolizzanti del padre prima, e all'abuso sessuale poi. Evocare specifici episodi della sua infanzia le ha fatto comprendere come molti aspetti della propria quotidianità, finanche alcune sue scelte importanti, fossero segnati dal timore di colpa e dal senso di responsabilità che il padre le aveva trasmesso. Ho compreso l'efficacia di questo specifico intervento quando, a questo punto, Gioia ha ricordato i contenuti mentali dell'episodio che ha determinato lo scopenso: in quel periodo desiderava tanto «fare le cose giuste, fare per bene» e fu proprio il pensiero «e se anche io sono in pericolo spirituale e non me ne sono accorta?» a innescare i tentativi di soluzione. Successivamente, il lavoro sulle memorie autobiografiche le ha fatto percepire chiaramente come il proprio schema «sporca e schifosa» sintetizzasse sia un vissuto di indegnità morale, sia una sensazione fisica di sporco disgustoso; alla domanda "ricordi dove ti sei sentita fisicamente sporca la prima volta?" Gioia ha riconosciuto – per la prima volta – il collegamento fra l'attuale percezione

di Sé e la sensazione di sporco provata durante l'abuso. Un altro ricordo emblematico emerso in questa fase è stato sul senso di costrizione generato dalle richieste del padre *«che fastidio Anna, non lo posso nemmeno ricordare! ma lui se lo scorda... mi diceva quando ero piccola che io avrei dovuto badare a lui e mia madre... se lo scorda... mi sentivo schiacciata da piccola e mi innervosisce pensare questa cosa»*. Abbiamo iniziato allora a ricostruire schematicamente i cicli interpersonali disfunzionali prototipici e gli stati mentali ricorrenti. In particolare ho voluto aiutare Gioia ad essere più consapevole dello stato da lei desiderato, ovvero di autonomia, e di come questo fosse in contrasto con lo stato – maggiormente ricorrente – di coercizione. Un input che faceva virare Gioia dallo stato desiderato allo stato di transizione era il senso di colpa legato alla “piacevolezza delle esperienze”, per tale ragione le ho chiesto di iniziare a svolgere degli esercizi giornalieri su attività piacevoli da portare fino in fondo nonostante l'affiorare del vissuto di colpa. Così ha iniziato a concentrarsi sull'abbigliamento prima – applicando la abilità mindfulness su aspetti concreti quali colore, sensazione del tessuto sul corpo, ecc. – e sugli alimenti preferiti in un secondo tempo, imparando a rimanere in ascolto delle proprie sensazioni di benessere.

Per quanto riguarda le difficoltà a cogliere le differenze psicologiche sé/altro, ho deciso di utilizzare delle esercitazioni pratiche; settimanalmente le segnalavo un video da guardare a casa e su questo video doveva poi scrivere delle riflessioni sul pensiero del protagonista; durante la seduta successiva ci confrontavamo circa le inferenze fatte e su come in realtà ci fossero molte altre letture che potevano darsi al comportamento e, quindi, alla mente dell'altro. Gli esercizi basati sulla scoperta guidata, invece, hanno avuto come target le relazioni interpersonali con due amiche che, a suo dire, la “cercavano poco a causa delle proprie stranezze”. Ricostruendo lo spazio mentale delle altre due ragazze Gioia si è resa conto di come verosimilmente i pensieri verso lei fossero solo marginali, e di quante altre attività mentali e pratiche probabilmente le tenevano occupate.

Osservazioni specifiche sulla relazione terapeutica

Gioia inizialmente era molto sfiduciata dalla possibilità che un professionista potesse aiutarla, giacché reputava l'origine dei suoi problemi di natura morale e spirituale. Ma già dai primi incontri, la relazione terapeutica ha beneficiato delle tecniche di condivisione sull'omogeneità dei valori. L'utilizzo di un linguaggio biblico condiviso, inoltre, ci ha permesso di confrontarci agevolmente su alcuni concetti e soprattutto ha aumentato la sua fiducia nei miei confronti e la *compliance* terapeutica. In seduta ho posto particolare attenzione alla validazione degli stati mentali della paziente, in modo da far esperire alla paziente una relazione emozionale correttiva rispetto al ciclo invalidante che sovente caratterizza le sue relazioni familiari. L'ostacolo maggiore è stato gestire il

ciclo oblativo: Gioia si muoveva spesso cercando di anticipare e di adeguarsi al mio pensiero e ciò avveniva sulla base di generalizzazioni e ipercoscienziosità religiosa, secondo un ragionamento scarsamente empatico a causa della disfunzione nella comprensione della mente altrui. In seduta ho gestito il ciclo ricorrendo ad operazioni di svelamento sulla mia sensazione e proponendo esercizi di scoperta guidata sui suoi reali desideri, opinioni ed intenzioni.

Esiti

Le ossessioni di Gioia si sono notevolmente ridotte e i tentativi di soluzione di primo e secondo livello quasi totalmente scomparsi. Il tono dell'umore si è stabilizzato su tonalità positive come si evince dalla ripresa di attività piacevoli, normalizzazione del ritmo sonno-veglia, regolarizzazione dell'alimentazione. Gioia è ritornata a scuola e la frequentazione è regolare. Le idee negative sul futuro si sono affievolite e la paziente inizia ad immaginarsi in contesti di vita più soddisfacenti. Riguardo le relazioni interpersonali Gioia si sta impegnando a costruire nuove amicizie in ambito scolastico e comunitario; in quest'ultimo contesto ha deciso di accettare un compito affidatole dalla regia che effettua le riprese video di alcune attività, con la speranza e il desiderio di conoscere persone nuove; ha iniziato, inoltre, a frequentare Valerio, un ragazzo poco più grande di lei. Gioia è oggi più consapevole dei propri vissuti interni ed in particolare sulle rappresentazioni che guidano il suo modo di interpretare gli eventi interni ed esterni; i suoi ABC infatti sono molto più articolati e le sue narrazioni più coerenti. Il senso di colpa ormai è riconosciuto dalla paziente come caratteristica trasversale della propria esperienza cognitiva ed emotiva, e fa dei tentativi per interrompere gli automatismi del suo agire.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2000). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV-TR)*. Tr.it. Masson, 2002.
- American Psychiatric Association. (2011). *The Personality Inventory for DSM-5 (PID-5 Adulti)*. Tr.it. Raffaello Cortina, 2016.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5)*. Tr.it. Raffaello Cortina, 2014.
- Beck, A. (1987). *Beck Depression Inventory – II (BDI-II)*. Ed. Giunti O.S. Organizzazioni Speciali.
- Bressi, C. (1996). *Toronto Alexithymia Scale a 20 item (TAS-20)*.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., & Dahlstrom, W. G. (1995). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory®-2 (MMPI®-2)*. Trad.it. Pancheri, P. & Sirigatti, S. (2002). Ed. Giunti O.S. Organizzazioni Speciali

- Carcione, A., Nicolò, G., & Semerari, A. (2016). *Curare i casi complessi. La terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Ed. Laterza
- Derogatis, (1994). *Symptom Checklist-90 (SCL-90)*. Ed. Giunti O.S. Organizzazioni Speciali.
- Dettore, D. (2002). *Il disturbo ossessivo-compulsivo. Caratteristiche cliniche e tecniche di intervento*. Ed. McGraw-Hill Education.
- Dimaggio, G., Semerari A. (2007). *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Ed. Laterza
- First, M. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II)*. Ed. Giunti O.S. Organizzazioni Speciali
- Fossati. (2007). *Attachment Style Questionnaire (ASQ)*. In Barone, La valutazione dell'attaccamento adulto. I questionari autosomministrati, Ed. Raffaello Cortina.
- Linehan, M. (2015). *DBT® Skills Training. Manuale-Schede e fogli di lavoro*. Ed. Raffaello Cortina.
- Mancini, F. (2016). *La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo-compulsivo*. Ed. Raffaello Cortina.
- Melli, G. (2015). *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale-Second Edition (Y-BOCS-II)*, in: Validation of the Italian version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale in a clinical sample. *Comprehensive Psychiatry* 60 (2015).
- Novara, C. (2012). *Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ)*. In *Disturbo Ossessivo Compulsivo. Questionari e interviste per la valutazione clinica*. (2015). Ed. Erickson.
- Raven, J. (1954). *Standard Progressive Matrices (SPM/PM-38)*. Ed. Giunti O.S. Organizzazioni Speciali.
- Reiss, (1986). *Anxiety Sensitivity Index (ASI)*.
- Sica, C. (2012). *Disturbo Ossessivo Compulsivo. Questionari e interviste per valutazione clinica*. Ed. Erickson.

Anna Pappalardo
Psicologa-Psicoterapeuta, Catania
Specializzata a Reggio Calabria, training Fiore, Procacci
e-mail: dr.anna.pappalardo@gmail.com

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

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