

Il caso di P: un disturbo ossessivo compulsivo

Caterina Parisio¹

¹Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale – Reggio Calabria

Riassunto

Viene presentato il caso di una ragazza, 29 anni, con Disturbo Ossessivo Compulsivo. Importanti alcuni passaggi riguardanti la storia di vita; viene descritto lo schema di funzionamento del disturbo e chiariti nel Profilo Interno gli scopi fondamentali della paziente: evitare il timore di colpa e di contaminazione legato al senso del disgusto. L'aspetto cruciale del trattamento è aiutare la paziente ad accettare la minaccia, accettare di non prendere provvedimenti nella direzione dell'azzeramento della stessa e, dunque, a tollerare sia un certo grado di rischio di colpa o di contaminazione.

Parole chiave: Disturbo Ossessivo Compulsivo, colpa, contaminazione, Terapia cognitivo-comportamentale

Summary

Introducing the case study of a 29 years old girl with Obsessive Compulsive Disorder. Important passages about the life story: it describes the plan of functioning of disorder and clarified in Profile Inside the basic aims of the patient: to avoid the fear of guilt and of contamination linked to the sense of disgust. The crucial aspect of treatment is to help the patient to accept the threat, agree not to take action in the direction of zeroing itself and, therefore, tolerate both a certain degree of risk of guilt or contamination.

Key words: Obsessive Compulsive Disorder, guilt, contamination, Cognitive-behavioral therapy

Dati anagrafici e condizioni di vita

P. ragazza di 29 anni, studia giurisprudenza. Ultima di 4 figli; padre, contadino, descritto come uomo mite con cui la paziente riporta un ottimo rapporto. Nel 2008 gli viene diagnosticato un tumore. Rispetto alla madre, riferisce come di una donna molto religiosa, dedita a pratiche superstiziose, precisa ed ordinata.

Caterina Parisio, *Il caso di P: un disturbo ossessivo-compulsivo*, N. 17, 2016, pp. 63-73

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

Il fratello descritto come violento a causa della costante convinzione che tutti lo vogliano avvelenare, *“strano e problematico sin da piccolo”*. Una delle sorelle, vive a Firenze; in passato ha sofferto di un’importante forma di Anoressia con condotte restrittive. Tra il 2008 e il 2009 viene ricoverata in seguito ad un tentativo di suicidio.

Si descrive come ligia al dovere, brava a scuola; si è sempre vista una ragazza *“paffutella”*.

Negli ultimi tempi si è molto ritirata socialmente. Tutt’oggi ha una storia sentimentale con un ragazzo, che è a conoscenza di tutti i suoi problemi. E’ lui a spingere la paziente a rivolgersi al CSM per la presenza pervasiva di pensieri ossessivi e rituali ormai divenuti completamente invalidanti per la vita della stessa.

Descrizione del problema

La paziente lamenta la presenza di pensieri pervasivi e costanti nell’arco della giornata e rituali compulsivi divenuti sempre più invalidanti.

La sua ossessione maggiore consiste nell’idea di dover seguire scrupolosamente uno schema alimentare, caratterizzato dall’assunzione di non più di 1000 calorie giornaliere, per timore che un’eventuale sua *“rottura”* possa arrecare danno a qualcuno dei familiari o a sé stessa. La paziente vive così nell’angoscia di contaminazione da calorie, che avverrebbe attraverso il tocco di oggetti che in qualche modo possono essere sporchi o presentare tracce di cibo.

L’idea ossessiva è accompagnata da notevole ansia ed è seguita da un’attività mentale protratta e ruminativa. Alle ruminazioni si accompagnano lavaggi, soprattutto delle mani e della bocca, che ripete compulsivamente, più e più volte, anche per ore.

Evita luoghi in cui è per lei più alto il timore di contagio (pizzerie, bar); spesso richiede l’aiuto del fidanzato sia negli evitamenti che nei lavaggi.

P. è critica nei confronti dei suoi timori che considera stupidi e dannosi (*“Sono arrabbiata con me stessa per via del fatto che continuo a seguire questi stupidi pensieri. Perché non riesco a farne a meno? Perché vedo tutte le altre ragazze spensierate? Ho paura di impazzire”*).

In un secondo momento P. riporta un’altra problematica sempre legata alla rottura del suo schema alimentare: il timore di ingrassare e il disfacimento del corpo (*“Penso di aver assunto più calorie oggi. La mia faccia diventerà brutta”*). P. associa il tema del *“grasso”* ed in particolare quello delle *“rotondità femminili”* a qualcosa di demoniaco e degno di punizione (*“Ho paura di ingrassare. Non posso nemmeno pensare di mettere su delle forme. Mi fanno schifo le ragazze rotonde. Sono viste come poco di buono. Se ingrasso poi devo rimediare in qualche modo altrimenti verrò punita”*).

Dopo un primo colloquio psichiatrico, a P. viene prescritta cura farmacologica (Xeristar, Zyprexa), che assumerà in modo discontinuo, per poi decidere volontariamente di smettere dopo pochi mesi.

La diagnosi psichiatrica in entrata di P., secondo DSM-5, è di DOC.

Sottoposta ad esame psicodiagnostico tramite somministrazione di SCL-90, MMPI-2, SCID-II (la paziente soddisfa pienamente i criteri riguardanti due profili psicopatologici: DOCP, D. Depressivo di Personalità).

SCL-90

Appare un quadro psicopatologico di notevole sofferenza. Si prendono in considerazione le tre scale cliniche più elevate: OC-Ossessività, scala in cui sono presenti pensieri intrusivi, ruminazioni, ossessioni, compulsioni, rituali. Tendenza all'eccessivo controllo del proprio comportamento e del proprio ambiente; IS-Ipersensibilità, scala che descrive atteggiamenti e comportamenti tipici di una difficoltosa relazione interpersonale con le persone che circondano il soggetto; ANX-Ansia, i cui items descrivono le manifestazioni di ansia generalmente intesa quale agitazione, nervosismo, paura generica ed improvvisa, senso di perenne apprensione. Altamente significativa anche la scala DEP-Sintomi Depressivi. Elevato il valore GSI, indice generale di disagio psicologico.

MMPI-2

Le punte clinicamente significative risultano: D-Depressione, Pt-Psicoastenia e Ma-Maniacalità (Scale Fondamentali); OBS-Ossessioni, Dep-Depressione, TPA-Tipo A, WRK-Difficoltà di lavoro, TRT-Difficoltà al trattamento (Scale di Contenuto).

Presenti marcati sintomi di ansietà con tensione e problematiche di tipo somatico, astenia, difficoltà nell'addormentamento, tendenza alla preoccupazione e scarsa capacità di concentrazione, difficoltà nel prendere decisioni; il soggetto ha la tendenza al rimuginio su qualsiasi argomento o problema e presenta una notevole difficoltà nell'accettare cambiamenti. Può presentare comportamenti compulsivi e, comunque, manifesta una continua ed eccessiva preoccupazione rispetto alle problematiche della vita quotidiana. L'ideazione è orientata prevalentemente sul versante depressivo. Sono presenti sentimenti di inadeguatezza, malinconia, vuoto e disperazione con vissuti di incertezza rispetto al futuro. Sono presenti atteggiamenti negativi verso la possibilità di ricevere un aiuto di tipo psicologico e rigidità rispetto alle prospettive di cambiamento.
--

Profilo interno del disturbo

L'attività ossessiva di P. sembra essere mossa da due scopi fondamentali: evitare il timore di colpa e di contaminazione legato al disgusto. L'indagine degli stati mentali avviene principalmente attraverso la schematizzazione ABC (Vd. Fig.). Gli eventi attivanti i timori possono essere sia eventi specifici che immagini; i tentativi di soluzione associati, prevalentemente lavaggi e prove di soppressione delle ruminazioni. Il timore di colpa e di poter in qualche modo arrecare danno a qualcuno innescano emozioni di ansia, angoscia, paura. Sulla base di questo, tende a valutarsi negativamente e i tentativi di soluzione non fanno altro che aggravare la sintomatologia ossessiva. Può sentirsi triste, vuota laddove avverte il senso di fallimento legato ai pensieri che la ossessionano e di cui sente di non riuscire a liberarsi.

A	B	C
Sto bevendo dell'acqua da un bicchiere e mi accorgo di alcune macchie	Oddio come ho fatto a non accorgermene. Potrei essermi contagiata con delle calorie E se ho infranto lo schema alimentare? Potrebbe succedere qualcosa per questa disattenzione. Devo rimediare. Per oggi non mangio più, almeno son sicura di non assumere calorie. Sono arrabbiata con me stessa. Per colpa di questi stupidi pensieri mi sto rovinando la vita. Devo smetterla di star dietro a loro.	Ansia Ansia + T.S.=Lavaggi (15min.) T.S=Evitamenti→(A') Rabbia Tristezza T.S.=Interruzione Ruminazione
A'		

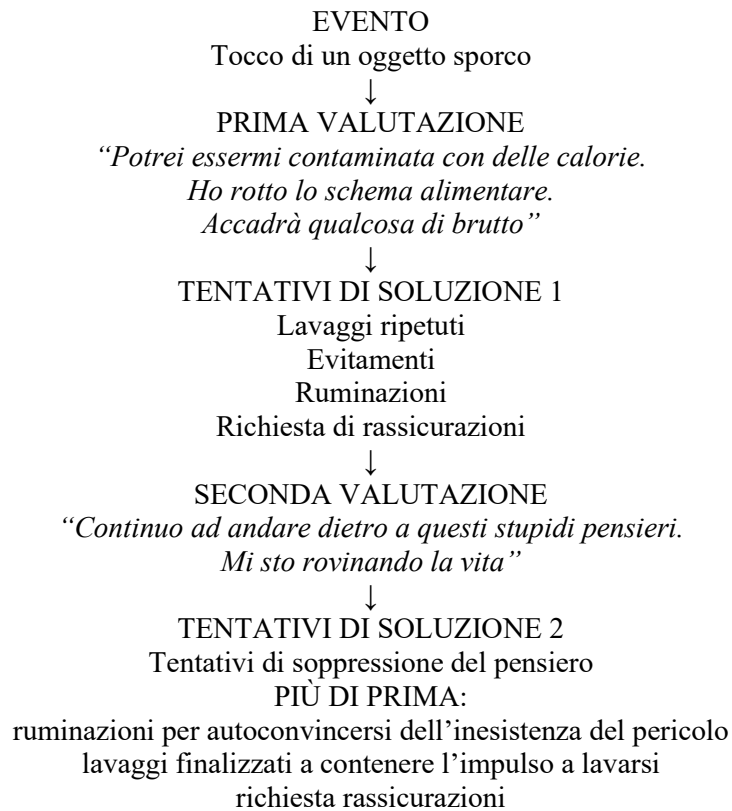
Fig 1: ABC- Timore di colpa

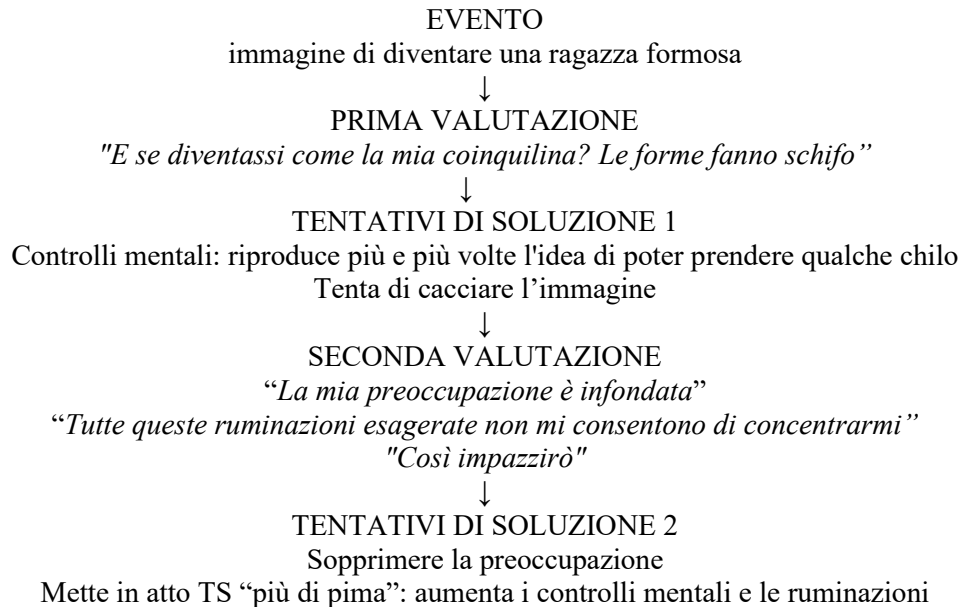
A	B	C
Ero in camera con la coinquilina che è un po' in carne ed ho immaginato di diventare come lei.	Ho paura di ingrassare. Le forme mi fanno schifo. Il sol pensarci mi fa stare male. Tutte le ragazze con le forme sono viste come delle "poco di buono". Se diventassi grassa potrei essere	Paura Disgusto Ansia Tachicardia

<p>Rimango da sola in camera e la mia coinquilina va via.</p>	<p>punita. Il grasso è come se fosse del diavolo...i maschi pensano di poter fare quello che vogliono se sei grassa.</p> <p>Devo assolutamente smettere di pensarci. Se diventassi davvero come lei?</p> <p>In fondo lei è felice così. Vorrei riuscire a fregarmene e vivere spensierata.</p>	<p>Ansia +</p> <p>T.S=Soppressione Ruminaz.</p> <p>Tristezza</p>
---	--	--

Fig. 3 ABC- Disgusto

Schema di funzionamento del disturbo:





Fattori e Processi di Mantenimento

La **ruminazione ossessiva** fa sì che P. operi una serie di passaggi all'interno del proprio ragionamento: la focalizzazione dell'ipotesi di pericolo, nonostante, spesso, sia improbabile, almeno inizialmente; un commento critico all'ipotesi di contagio; una valutazione in termini di insufficienza della forza critica del commento rassicurante, per il ricorso a standard molto elevati. Per escludere ogni possibilità di pericolo (contagio e colpa), il ragionamento riparte puntualmente dal primo passaggio (*"Oddio, se ho toccato una briciola potrei essermi contagiata. No ma è impossibile, son sicura di non aver toccato nulla. E se così non fosse? Se non fossi stata sufficientemente attenta? Devo assolutamente ricordare cosa ho toccato in cucina; nel dubbio mi lavo le mani"*).

L'**euristica della disponibilità e rappresentatività** sono, nel suddetto caso, altrettanto importanti per il mantenimento del DOC, visto l'alto senso di responsabilità della paziente che porta consequenzialmente ad una sovrastima della gravità dell'evento temuto/dannoso.

La paziente, inoltre, tende a inferire la presenza di un pericolo, a partire dal proprio stato affettivo-emozionale negativo, ovvero dall'ansia (Arntz *et al.* 1995). La fallacia legata a quello che gli autori chiamano **ragionamento emozionale** sembra giocare un ruolo di rilievo nello sviluppo e mantenimento del disturbo (*"Dott.ssa sto troppo in ansia, sicuramente avrò toccato delle calorie in più"*).

Lo stato affettivo-emozionale nel caso di P. è caratterizzato da timore di colpa e da sfiducia nella propria memoria. In merito a quest'ultimo punto, è ovvio che se non ci si fida del ricordo dell'esito dei controlli effettuati, allora si tende a ripetere i controlli stessi ed è interessante sottolineare che la ripetizione dei controlli a sua volta compromette la memoria dei controlli stessi.

La **sensibilità al disgusto** rappresenta un'altra caratteristica precipua nel caso di P.

La paziente elabora così le informazioni: assume per default che la contaminazione a seguito di un qualsiasi tocco involontario con oggetti, considerati sporchi, è avvenuta; non considera le probabilità oggettive; considera poco il possibile decadimento nel tempo della contaminazione (permanenza); non considera le dosi; considera che, se la persona diventa moralmente corrotta ne seguirà una corruzione fisica, da ciò ne consegue che la corruzione fisica e morale sono la stessa cosa.

Tutta la classe di **Tentativi di Soluzione**, I e II ordine, (lavaggi, evitamenti, richiesta rassicurazioni, ruminazione) non fanno altro che aggravare la sintomatologia ossessiva di P.

Un'importante funzione di mantenimento è data dai **secondari di critica**: nonostante P. valuti i suoi timori stupidi e infondati, il rimuginio sugli stessi non fa altro che mantenere e aumentare i pensieri di natura ossessiva.

Il fidanzato di P., inoltre, sostiene la paziente nei rituali compulsivi, mantenendo così il circolo vizioso del disturbo.

Scompenso

P. riconduce l'inizio della sintomatologia al periodo di forte stress vissuto in seguito alla malattia del padre, il tentato suicidio della sorella e la morte improvvisa di una zia, avvenuti tutti nell'anno 2008. Ricollega l'insorgenza dei pensieri ossessivi subito dopo aver partecipato ad un Pellegrinaggio religioso, durante il quale la paziente sembra aver stipulato un patto di natura votiva (seguire scrupolosamente lo schema alimentare non superando le 1000Kcal avrebbe garantito in qualche modo l'incolumità dei suoi cari e di sé stessa). La rottura del patto avrebbe comportato tutta una serie di danni alla famiglia e a sé stessa; l'idea e il timore di poter diventare responsabile dell'accadimento di una qualche sventura ai membri della sua famiglia o a sé stessa venendo meno al patto fa in modo che si inneschi il funzionamento ossessivo.

Riferisce anche un aggravamento nell'ultimo anno, motivo per il quale decide di chiedere un aiuto psicologico.

Durante la raccolta dei dati anamnestici, P. riporta anche che, alcuni "rituali" e pensieri di natura magico/superstiziosa erano presenti da bambina, ma ai quali non aveva mai dato molto peso.

Vulnerabilità

Vulnerabilità storica: Il tipo di relazione d'attaccamento con i genitori ha un'influenza, anche se si tratta di un'influenza aspecifica. P. sembra aver avuto un'educazione molto improntata su principi di natura religiosa, con elevati standard morali, impartiti in particolare dalla madre. Diverse esperienze potrebbero aver contribuito inoltre, a rendere esagerato il senso di responsabilità della paziente: la malattia della sorella e la situazione problematica vissuta in casa con il fratello.

L'ambiente familiare sembra essere stato caratterizzato da rituali di natura superstiziosa, che possono aver contribuito allo sviluppo di un pensiero magico da parte della paziente, pensiero portante nel funzionamento del DOC.

Vulnerabilità attuale: La madre, che richiede a P. prestazioni elevate in ambito universitario, sottoponendo la stessa ad ulteriore ansia. Le subentrate difficoltà relazionali (isolamento sociale) e di studio mantengono i secondari di critica di P. che non fanno altro che alimentare il senso di fallimento avvertito dalla paziente.

Terapia

Partendo dall'assunto di base secondo cui le ossessioni e le compulsioni sono un'attività finalistica regolata dalla scopo di prevenire una minaccia di colpa o di contaminazione, ne consegue che l'aspetto cruciale del trattamento è aiutare la paziente ad accettare la minaccia, accettare di non prendere provvedimenti nella direzione dell'azzeramento della stessa e, dunque, a tollerare sia un certo grado di rischio di colpa o di contaminazione, sia i segnali interni abitualmente assunti dal soggetto come indicatori di una minaccia.

La terapia, così come da manuale per il trattamento del DOC, è stata suddivisa in cinque fasi.

Ad una prima valutazione diagnostica, è seguita la *ricostruzione del profilo interno del disturbo* condiviso con la paziente. Tale fase ha occupato più colloqui, a causa delle difficoltà riscontrate nel risalire all'eventuale scompensamento, a rintracciare i timori principali della paziente e all'individuazione degli stati mentali a volte opachi.

La ricostruzione del profilo interno ha consentito di pianificare l'intervento terapeutico; la sua condivisione ha permesso alla paziente di dare un senso al disturbo e poter ridurre così il disagio e porre le basi per la costruzione dell'alleanza terapeutica.

Il tutto è avvenuto attraverso l'uso della tecnica *ABC*, la quale, una volta spiegata alla paziente, ha permesso la raccolta di informazioni fondamentali per la comprensione del disturbo. Va specificato che, prima ancora, qualche colloquio è stato dedicato ad una *psicoeducazione sulle*

emozioni, così che la paziente potesse usare nel modo più preciso possibile l'analisi funzionale dei comportamenti tramite ABC.

La fase successiva è stata incentrata *sull'accettazione "cognitiva" della minaccia*, finalizzata pertanto alla modificazione delle assunzioni circa il proprio potere, i propri vantaggi e il proprio obbligo o dovere di impegnarsi nella riduzione o azzeramento del rischio.

A tal fine sono state utilizzate principalmente tecniche di derivazione cognitiva: *analisi dei costi* attraverso la "tecnica della seggiola", atta a portare la paziente alla consapevolezza che i T.S (Tentativi di Soluzione) risultano controproducenti e aggravano la sintomatologia ossessiva e, la "tecnica del doppio standard" (van Oppen e Arntz 1994, Mancini 2001), per la modulazione degli standard morali di riferimento. Tale tecnica prevede la valutazione della propria condotta da un punto di vista esterno e la valutazione della stessa condotta se messa in atto da un'altra persona degna di stima e aiuta la paziente a considerare la propria condotta da un punto di vista più benevolo.

Passati alla terza fase, la paziente ha lavorato sull'accettazione di un livello più alto di rischio attraverso l'esposizione diretta della minaccia. La procedura usata è stata quella dell'*E/RP* (Esposizione e Prevenzione della Risposta), l'esposizione della paziente agli stimoli temuti per un tempo superiore a quello normalmente tollerato, bloccando le normali risposte messe in atto da P. (lavaggi, rituali, evitamenti).

A questo punto della terapia, si è assistito ad un peggioramento della sintomatologia in quanto la paziente, non riuscendo a tollerare il rischio di contaminazione, aveva abbassato l'assunzione effettiva di calorie da 1000 a 800, così da esser certa che le esposizioni non minassero lo schema alimentare posto a sistema votivo.

Tale comportamento, venuto fuori solo successivamente, va attribuito sicuramente ad una programmazione non perfettamente condivisa del programma E/RP tra terapeuta e paziente.

Dopo la ridefinizione dei timori di P., la ricostruzione di una gerarchia di stimoli a cui esporsi e qualche colloquio dedicato a *tecniche di rilassamento* per la gestione della forte ansia esperita in quei momenti, si è ripreso con la paziente un programma E/RP, ottenendo migliori risultati.

Per favorire il processo di defusione, dare meno importanza ai pensieri e ridurre così l'attività fisiologica conseguente all'ansia, è stata usata la meditazione sul respiro (di matrice Mindfulness) e introdotte metafore ACT.

Una buona relazione terapeutica e un clima di condivisione hanno permesso una migliore comprensione delle intenzioni tra terapeuta e paziente. Molto importante è stato un continuo rimando a stati mentali del terapeuta in seduta e la condivisione di argomenti di interesse comune su

cui poi avviare processi di ragionamento in P., facilitando così le funzioni metacognitive di differenziazione e decentramento. Inoltre la continua narrazione di episodi ha fatto sì che P. incrementasse le abilità di integrazione.

Purtroppo a causa dell'interruzione prematura della terapia, dovuta alla fine del tirocinio all'interno del Csm in cui P. era seguita, non si è lavorato sulle ultime fasi del programma sul DOC, tralasciando quindi quegli interventi tesi a ridurre la vulnerabilità e la prevenzione delle ricadute.

Al momento in cui la terapia è stata sospesa, la paziente riferiva significativi miglioramenti nella gestione della sintomatologia ossessiva, un minor carico d'ansia e la riduzione sostanziale delle attività compulsive.

P. aveva ripreso a sostenere esami all'Università e, in seguito a successivi contatti mantenuti con la paziente, è giunta nel marzo 2016 la notizia che, la stessa, avrebbe in quel mese conseguito la tesi di laurea in Giurisprudenza con ottimi risultati.

“Quando il dubbio di essere contaminata da calorie mi assale, tante nuvolette mi si creano in mente. Una nuvoletta è lei Dott.ssa con tutte quello che ci siamo dette durante le sedute; un'altra nuvoletta sono i miei pensieri e come tali provo a non farmi influenzare da essi; una terza rappresenta lo scenario peggiore che potrebbe presentarsi e anche se faccio ancora fatica, provo ad accettare che esso possa anche verificarsi, ma sapendo che non dipenderà dalla mia condotta”.

Bibliografia

- Arntz A., Rauner M. e van den Hout, M. (1995). “If I feel anxious, there must be danger“: ex-consequencia reasoning in inferring danger in anxiety disorder, in *Behaviour Research and Therapy*, 33, pp. 917-925.
- Mancini F. (2001). Un modello cognitive del Disturbo Ossessivo Compulsivo, *Psicoterapia* 22-23, 43-60
- van Oppen P. e Arntz A, (1994). Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 79-87

Caterina Parisio
Psicologa. PhD, Psicoterapeuta, Roma
Specializzata a Reggio Calabria, training Procacci e Carcione
e-mail: caterina.parisio28@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