psicoterapeuti in-formazione

Semestrale a cura degli studenti della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva se dell'Associazione di Psicologia Cognitiva

Numero 18, dicembre 2016 **ISSN 2035-2328**

Claudia Perdgihe *Presentazione del numero* p. 3

CONTENUTI

Paolo Fabrizi *Assessment e terapia dei sintomi negativi e positivi nella psicosi* pp. 4 - 30

CASI CLINICI

Barbara Masciopinto *Don Chisciotte: il dramma della non esistenza* pp. 31 – 42

Fiore Mancini *I gesti autolesivi di Natalia* pp. 43 – 49

Chiara Muscarà *Vittoria: Doc con tratti di personalità paranoide* pp. 50 – 69

Cristina Salvatori *Mina: un caso di GAD con panico* pp. 70 – 81

Anna Pappalardo *Disturbo ossessivo compulsivo con blasfemia* pp. 82 - 106

psicoterapeuti in-formazione

RESPONSABILE

Claudia Perdighe

COMITATO DI REDAZIONE

Alberto Collazzoni, Cecilia Laglia, Chiara Lignola, Dario Pappalardo, Chiara Riso, Giuseppe Romano, Niccolò Varrucciu.

Iscrizione ISSN 2035-2328

Psicoterapeuti in formazione è frutto del lavoro di un progetto di studio degli specializzandi delle scuole di formazione APC e SPC. Sede di Roma: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193
Mail: psicoterapeutiinformazione@apc.it
Sito: www.psicoterapeutiinformazione.it

psicoterapeuti in-formazione

2016, NUMERO 18

Assessment e terapia dei sintomi negativi e positivi nella psicosi

Paolo Fabrizi[1]

[1]Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale - (Roma)

Riassunto

Da quando la terapia cognitiva descrisse per la prima volta i deliri paranoidei si sono succeduti una moltitudine di studi che hanno fornito un supporto empirico all'utilizzo della Terapia Cognitivo-Comportamentale per il trattamento dei sintomi psicotici. Le ricerche recenti hanno dimostrato come i sintomi della malattia si collochino su un *continuum* di normalità e come, di conseguenza possano essere trattati con le stesse tecniche cognitivo-comportamentali che vengono utilizzate per ansia e depressione. L'obiettivo della terapia sarà quindi quello di insegnare al paziente a identificare e monitorare i propri pensieri e le proprie credenze nelle specifiche situazioni, valutandoli e correggendoli alla luce delle prove oggettive esterne e delle circostanze. Infatti le allucinazioni e i deliri sono basati su assunzioni e pensieri che i pazienti ritengono veritiere, tengono in considerazione e che spesso sono fonte di preoccupazione. Tutto ciò avviene a causa di una distorsione nell'elaborazione dell'informazione che contribuisce a mantenere in vita le credenze deliranti e le allucinazioni uditive.

Parole chiave: psicosi, delirio, allucinazioni, terapia cognitivo-comportamentale, MOVE

Assessment and therapy of negative and positive symptoms in psychosis

Summary

Since cognitive therapy described for the first time paranoid delusions, a multitude of studies have emerged and have provided empirical support for the use of Cognitive-Behavioral Therapy for the Treatment of Psychotic Symptoms. Recent research has shown how symptoms of the disease lie on a continuum of normality and how, therefore, can be treated with the same cognitive-behavioral techniques that are used for anxiety and depression. The goal of the therapy is therefore to teach the patient to identify and monitor their own thoughts and beliefs in specific situations, evaluating them and correcting them in the light of external evidence and circumstances. In fact, hallucinations and delusions are based on assumptions and thoughts that patients feel truthful, they consider and often are a source of concern. All this happens because of a distortion in information processing that helps keep alive beliefs and auditory hallucinations alive.

Key words: psychosis, delusion, hallucinations, cognitive-behavioral therapy, MOVE.

Paolo Fabrizi,, Assessment e terapia dei sintomi negativi e positivi della psicosi, *N. 18, 2016, pp. 4-30*
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

Introduzione

Da quando nella terapia cognitiva furono descritti per la prima volta (Beck, 1952) i deliri paranoidei, si è succeduta una moltitudine di studi che ha fornito un supporto empirico all'utilizzo della Terapia Cognitivo-Comportamentale per il trattamento dei sintomi psicotici. Per molti anni la psicosi è stata considerata una malattia biologica resistente, se non addirittura insensibile, ai trattamenti psicologici. Le ricerche recenti, hanno però dimostrato come i sintomi della malattia si collochino su un *continuum* di normalità e come, di conseguenza, possano essere trattati con le stesse tecniche cognitivo-comportamentali che vengono utilizzate per ansia e depressione (Bentall, 2007). L'obiettivo principale della terapia sarà quindi, quello di insegnare al paziente a identificare e monitorare i propri pensieri e le proprie credenze nelle specifiche situazioni, valutandoli e correggendoli alla luce delle prove oggettive esterne e delle circostanze. Infatti le allucinazioni e i deliri sono basate su assunzioni e pensieri che i pazienti ritengono veritiere, tengono in considerazione e che spesso sono fonte di preoccupazione. Tutto ciò causa una distorsione nell'elaborazione dell'informazione che contribuisce a mantenere in vita le credenze deliranti e le allucinazioni uditive. La Terapia Cognitivo-Comportamentale delle Psicosi può essere suddivisa in più fasi: in un primo momento il *focus* è centrato sull'instaurarsi di una buona relazione tra il paziente e il terapeuta mediante il coinvolgimento del paziente e la costruzione dell'alleanza terapeutica, attraverso l'adozione di un atteggiamento empatico e di un ascolto attivo finalizzati alla ricerca di un linguaggio comune per parlare dei sintomi, rimanendo aperti verso tutte le esperienze e cercando di evitare il confronto diretto. La fase successiva è basata sulla psico-eduzione, sia per il paziente sia per i familiari, e sulla normalizzazione dei sintomi psicotici, ossia sul fattore maggiormente predittivo di buon esito clinico quando associato alle altre tecniche di formulazione del caso (Chadwick, 2006). In questa fase si inseriscono anche l'*assessment* e la raccolta di informazioni necessarie per la successiva condivisione della formulazione del caso con il paziente. L'obiettivo deve essere quello di riuscire a comprenderne i sintomi psicotici, cosa che in ottica cognitivo comportamentale consiste nel comprendere la modalità con cui si manifestano i sintomi e la spiegazione che il paziente dà degli stessi. Una volta terminato l'*assessment* si passa alla Formulazione del Caso che serve a fornire una cornice per gli interventi terapeutici successivi. Si propone quindi un piano di trattamento *ad hoc* in cui, insieme al paziente verranno messe in discussione le credenze e le interpretazioni dei sintomi stessi, cercando di arrivare a spiegazioni alternative e allo sviluppo di nuove abilità di *coping*. L'obiettivo del trattamento non deve

consistere nella scomparsa dei sintomi bensì nella modificazione dell'interpretazione che viene data dei deliri e delle voci attraverso la genesi di nuove spiegazioni alternative meno angoscianti e che contribuiscano alla diminuzione del *distress* emotivo del paziente e ad un suo migliore funzionamento sociale (Turkington et al., 2007). La parte conclusiva della Terapia prevede una fase centrata sulla prevenzione delle ricadute. Nel corso di questo lavoro dopo aver effettuato una ricostruzione del Modello Cognitivo delle Psicosi verranno approfondite alcune fasi della Terapia e nello specifico quelle riguardanti la fase di *assessment*, il trattamento dei sintomi positivi (allucinazioni e deliri) e infine il trattamento dei sintomi negativi.

L'assessment e la formulazione del caso

In ambito clinico con il termine "Psicosi" siamo soliti far riferimento ai sintomi postivi di questi disturbi, ossia alle convinzioni inusuali (deliri) che li caratterizzano, alle esperienze anomale (allucinazioni e altre percezioni atipiche) ed ai disturbi del pensiero e del linguaggio. Negli ultimi anni si è potuto assistere ad un produttivo dibattito in merito all'utilizzo di un approccio mirato verso i singoli sintomi della malattia. Tutto ciò ha avuto delle conseguenze e delle ripercussioni sia sugli strumenti per l'*assessment* sia sui successivi interventi pensati per i pazienti affetti da questa malattia destabilizzante.

L'assessment dei Disturbi Psicotici

Uno degli aspetti principali di un buon *assessment* è rappresento dal colloquio, che necessita della conoscenza dei principi teorici e tecnici di riferimento e della capacità di saper osservare quelle che saranno le reazioni del paziente alle domande del clinico, sapendone riconoscere sia i segnali espliciti che quelli impliciti. Tutto ciò consentirà di ritagliare un *assessment* su misura per il paziente in esame. Questo perché, molto spesso, il paziente psicotico non sarà in grado, o non vorrà, descrivere con esattezza e pertinenza ciò che gli sta accadendo in quel determinato periodo. Di particolare importanza si dimostrerà il primo incontro perché spesso, questa tipologia di paziente, non avrà richiesto l'intervento di sua sponte e considera la visita un'imposizione, non avendo consapevolezza della sua condizione di malattia. In queste situazioni, se non si è particolarmente attenti si potrebbe incorrere nel rischio di sottovalutare o addirittura assecondare le resistenze verso il trattamento. In aggiunta a ciò va tenuto presente che circa la metà dei pazienti affetti da psicosi presenta un quadro clinico caratterizzato da uno scarso *insight*, una compromissione del funzionamento personale e sociale e una comprensione povera dei propri stati mentali, per cui il colloquio dovrà consentire l'approfondimento di tali fattori e l'acquisizione di informazioni relative

all'esordio della patologia e al suo impatto sulla qualità della vita. Tutte queste valutazioni devono essere effettuate sempre tenendo presente quello che era il funzionamento pre-morboso del paziente (a tal fine i familiari vanno considerati come una risorsa) e che tutte le variabili sopra-citate vanno spesso a compromettere anche la capacità del paziente di chiedere aiuto. Nel corso dell'*assessment* va tenuto a mente che l'obiettivo finale del terapeuta deve essere quello di cercare di comprendere il paziente, piuttosto che quello di cercare di cambiarlo mettendo in discussione la presenza delle voci e/o dei deliri. Una volta che si ha ben chiaro tutto ciò, si può procedere alla raccolta dei dati anamnestici cercando di mantenere il livello emotivo all'interno dei limiti di guardia, evitando che la seduta venga pervasa da livelli e momenti emotivi non controllabili, in modo da poter effettuare una valutazione diagnostica in condizioni di sicurezza e senza che il paziente si senta minacciato. Anche in questo caso il livello di *insight* del paziente può rappresentare un indice di gravità della patologia ed è fondamentale utilizzare la terminologia adoperata dal soggetto per descrivere la propria esperienza psicotica in quanto, l'utilizzo di una terminologia psichiatrica potrebbe risultare offensivo. Nel corso dell'analisi andrebbe innanzitutto esplorato il funzionamento pre-morboso del paziente con particolare attenzione ai periodi dell'infanzia e dell'adolescenza in quanto alcuni sintomi possono essere visibili già a quell'età, come dimostrato in alcuni studi di recente pubblicazione (Schiffman et al., 2004), realizzati grazie all'utilizzo di videotape girati dai genitori dei futuri pazienti in età infantile. Riguardo a ciò andrebbe chiesto al paziente, o ai suoi familiari, se durante questi periodi il bambino, o il ragazzo, mostrava interesse verso i coetanei, se appariva timido e introverso oppure socializzava normalmente. Vanno indagati il funzionamento e il rendimento scolastico. Un altro predittore di patologia sono le relazioni affettive e sentimentali e quindi vanno esplorate dettagliatamente chiedendo al soggetto se sia mai stato innamorato, se nel corso della sua vita ha mai avuto relazioni intime e se ha mai avuto dei rapporti sessuali. Vista la delicatezza del tema trattato è opportuno valutare se effettuare questa indagine durante il primo colloquio o rimandarla ai successivi, qualora il paziente dimostri di essere a disagio o infastidito.

Terminata la raccolta dei dati anamnestici il terapeuta dovrà impegnarsi nella costruzione di un clima di fiducia e, di conseguenza, nella costruzione di una buona alleanza terapeutica. Infatti, una volta che si ha chiara l'insorgenza della patologia psicotica, che approssimativamente tende a coincidere con il crollo del normale funzionamento del paziente, si può procedere nell'esplorazione e nell'approfondimento dei sintomi e all'identificazione delle aree prioritarie di intervento. Essendo questi soggetti, in genere, molto spaventati dai propri sintomi può accadere che il solo nominare voci e allucinazioni rappresenti per loro un'esperienza terrificante. Una buona strategia di

intervento, quindi, può essere rappresentata dall'utilizzo di domande aperte, con lo stile del dialogo socratico, che consentano al paziente di narrare quelli che sono i suoi problemi stabilendone egli stesso la priorità.

Questo metodo ci consente di agganciarci direttamente ai contenuti portati dal soggetto per fornire una nostra riformulazione del problema esplicitandone le motivazioni e, allo stesso tempo, di non essere percepiti come una minaccia. Va sempre tenuto presente che queste persone, di norma, non sono abituate a sentirsi rivolgere domande dettagliate sulla loro vita privata e che, in alcuni casi, questo potrebbe comportare lo sviluppo di idee paranoidee o di estrema angoscia, quindi bisogna essere sempre pronti a tornare indietro qualora il paziente si senta eccessivamente a disagio, cercando sempre di spiegare la motivazione per cui abbiamo chiesto quella determinata informazione, cosa volevamo sapere e per quale scopo. Qualora questo non fosse sufficiente è consigliabile cambiare immediatamente argomento e passare a temi più leggeri in modo da ristabilire un equilibrio emotivo. Nel corso dei colloqui, con il giusto tatto, vanno comunque indagati gli eventi critici della storia di vita tenendo presente che non sono infrequenti storie di abbandoni, abusi e violenze.

Quanto detto finora deve essere volto a riconoscere e identificare come si sono formati gli schemi personali e interpersonali del soggetto (Birchwood et al., 2004). Ogni volta che un paziente riporta un episodio significativo è necessario che il terapeuta applichi il paradigma ABC di Ellis (Ellis, 1962), esplicitando il legame esistente tra esperienze di vita, interpretazione di queste esperienze e risposte emotive a tali esperienze in termini di schema, chiedendo sempre il numero di volte in cui il problema si è verificato, in che contesti e quale era lo stato emotivo del momento.

- *Mario vede un uomo che lo sta osservando (evento attivante, A); Mario deduce (o crede) che l'uomo lo stia guardando e che faccia parte di un gruppo terroristico che vuole rapirlo e torturarlo (inferenza o convinzione delirante, B); Mario prova paura (conseguenza emotiva, C) e fugge via (conseguenza comportamentale, C).*

Questa modalità di procedere ci permette di aiutarlo nel recupero e nella comprensione di frammenti della sua memoria auto-biografica facilitando anche le sue capacità riflessive (Corcoran et al., 2005). Favorisce inoltre l'interpretazione e la possibilità di affrontare le nuove situazioni attraverso il riconoscimento della propria condizione emotiva e dei propri comportamenti agevolando, di conseguenza, l'integrazione della propria visione della realtà. Utilizzare i principi della Terapia Cognitivo-Comportamentale insieme ad un linguaggio semplice ed empatico rappresenta un ottimo aiuto per il paziente psicotico.

L'Indagine dei sintomi psicotici

Una volta fatto ciò è necessario effettuare un'indagine specifica dei sintomi psicotici, trattandoli alla stregua di credenze e schemi disfunzionali. È molto importante conoscere a fondo i contenuti deliranti e allo stesso tempo farsi un quadro di quali schemi personali e inter-personali costituiscano una traccia, questo perché lo schema disfunzionale più attivo nel paziente caratterizzerà il modo in cui quest'ultimo si porrà in relazione con i deliri e le allucinazioni. Lo schema sé/altro che risulterà attivo nel corso dell'esperienza delirante ci permetterà di comprendere la percezione di sé e della realtà che ha il paziente. Le credenze dei pazienti vanno tenute in considerazione per tutta la durata del trattamento. Gli interventi di normalizzazione dell'esperienza psicotica sono di fondamentale importanza in quanto, non va mai messa in atto una critica diretta delle convinzioni del paziente e va tenuto presente che la presenza di voci e allucinazioni può anche avere un carattere rassicurante per la persona che le sperimenta. Vanno poi identificati tutti gli eventi determinanti ed i ricordi che la persona porta a sostegno della propria convinzione ed esaminate le tre dimensioni del delirio (Garety, 1985):

- La forza della convinzione.
- La sofferenza soggettiva.
- Il grado di coinvolgimento.

In questo caso può tornare utile l'utilizzo dell'analisi cognitivo comportamentale degli eventi che precedono e seguono queste dimensioni iniziando dalla sofferenza soggettiva e dall'aspetto emotivo. Non è mai opportuno invece assecondare passivamente le idee del paziente perché questo potrebbe portare ad una conferma e a una sedimentazione della credenza disfunzionale a contenuto delirante. Possiamo quindi affermare che l'assessment ha una doppia funzione: delineare una diagnosi (o comunque un'ipotesi diagnostica) e motivare il paziente verso il trattamento.

Strumenti per la Misurazione della Sintomatologia Psicotica

Nel corso degli anni l'approccio legato al sintomo ha consentito lo sviluppo di numerosi strumenti per la misurazione della sintomatologia psicotica. Allo stato attuale tra i più utilizzati troviamo:

- La *Psychotic Symptoms Rating Scale* (Haddock et al., 1999): è un'intervista semi-strutturata che valuta le dimensioni psicopatologiche delle allucinazioni (la cui sottoscala per le allucinazioni uditive contiene 11 *items* che ne indagano la frequenza, l'intensità, la

durata, l'invasività e le credenze in merito alla loro origine e al loro controllo) e dei deliri (la cui sottoscala include 4 items volti ad indagarne convinzione, preoccupazione, compromissione del funzionamento e *distress*). Nella somministrazione l'intervistatore assegna un punteggio a tutti gli item su una scala a 5 punti.

- Un'altra intervista semi-strutturata molto utilizzata, in particolar modo in Italia, è la *Brief Psychiatric Rating Scale* (Ventura et al., 1993): la scala è composta da 24 *items* che vanno ad esplorare altrettanti sintomi categorizzati ognuno da una descrizione. Ha un alto grado di condivisibilità e il suo punteggio totale può essere assunto come indice della gravità della malattia. Ciascun *item* viene valutato su una scala a 7 punti. La scala offre inoltre la possibilità di rilevare informazioni da fonti diverse, di effettuare un monitoraggio sui sintomi bersaglio e anche per la presenza di sotto-scale che vanno a misurare i comportamenti dei pazienti. Si è anche dimostrata utile rispetto all'impostazione e alla valutazione dei trattamenti riabilitativi.
- Per quanto concerne invece la gli strumenti di valutazione della sintomatologia negativa e di quella positiva si sono rivelate di grande utilità clinica la *Scale Assessment Negative Symptoms* (Andreasen, 1982) e la *Scale Assessment Positive Symptoms* (Andreasen, 1982). I due strumenti sono stati predisposti per essere utilizzati nel contesto di un'intervista strutturata anche se le informazioni possono comunque essere acquisite in maniera informale attraverso l'osservazione clinica e dai colloqui con i pazienti o dai resoconti dei familiari. Le due scale consentono anche di effettuare una valutazione dei pazienti adulti e del loro successivo decorso clinico. La SANS si compone di 25 *items* raggruppati in 5 sottoscale atte alla misurazione di piattezza o ottundimento affettivo, alogia, abulia/apatia, anedonia/asocialità e attenzione. Mentre la SAPS si compone di 34 *items* suddivisi in 4 sottoscale finalizzate alla misurazione della presenza di allucinazioni, deliri, anomalie del comportamento e disturbi formali positivi del pensiero.
- Per quanto concerne la misurazione del livello generale di psicopatologia si è dimostrata particolarmente efficace la *Positive and Negative Syndrome Scale* (Kay et al. 1987) che si compone di 30 *items* suddivisi in tre sottoscale specifiche per dominio: Scala Positiva (7 *item*), Scala Negativa (7 *item*) e Scala di Psicopatologia (16 *item*). La descrizione degli item consente di cogliere anche modeste sfumature sintomatologiche e la scala della psicopatologia generale consente la misurazione dei sintomi che non fanno parte in senso stretto della sintomatologia positiva e negativa. Indaga la sintomatologia attuale e

consente di effettuare una valutazione del decorso clinico del paziente se effettuata nel pre- e nel post-trattamento.

La Formulazione del Caso e la Pianificazione del Trattamento

La Formulazione del Caso è l'aspetto centrale della Terapia Cognitiva delle Psicosi in quanto rende il trattamento suscettibile di essere personalizzato e mette in relazione agli eventi e/o accadimenti i contenuti mentali del paziente. Inoltre fornisce un modello di come i singoli elementi (pensieri, emozioni e comportamenti) si articolano nel disturbo e ne favoriscono il mantenimento. Nello specifico è necessario quindi effettuare una buona raccolta dei dati anamnestici sia individuali sia familiari indagando approfonditamente le aree di funzionamento del paziente e il loro grado di compromissione nel corso del tempo. Per fare ciò è necessario coinvolgere fin dall'inizio i familiari e verificare se il paziente abbia una buona rete di sostegno sociale, che potrebbe tornare di grande utilità nel corso del trattamento, tenendo sempre presenti quelli che possono essere stati i fattori precipitanti, in termini sia di fattori di rischio sia protettivi a cui il paziente è stato esposto nel corso della sua esistenza. Di fondamentale importanza sia per la comprensione del paziente sia per la successiva pianificazione del trattamento sono le esperienze precoci da cui si presume si siano generati e sedimentati gli schemi disfunzionali. Anche la teoria esplicativa fornita dal paziente per le sue problematiche va tenuta in considerazione perché può costituire un ottimo punto di partenza per la costruzione di un modello condiviso della malattia. Una volta che il quadro si è ben delineato, la formulazione deve essere condivisa con il paziente in modo da poter procedere alla pianificazione di un trattamento specifico. Un altro aspetto, non meno importante, sia dell'*assessment* sia della formulazione è la valutazione dei deficit cognitivi del paziente psicotico e del loro impatto sulla sintomatologia e sul suo normale funzionamento. Bisogna inoltre tenere sempre sotto controllo il trattamento farmacologico e verificare costantemente il grado di aderenza e di compliance del paziente alla terapia. L'ultimo aspetto di un trattamento efficace è costituito da una fase di prevenzione delle ricadute che includa una psico-educazione, la capacità di riconoscere i segnali di crisi, un *Social Skills Training* e qualora fosse necessario l'inserimento in strutture semi-residenziali. In aggiunta va costruito un piano di emergenza con il paziente che includa tutte le eventualità da prendere in considerazione qualora si presentasse una nuova situazione di acuzie.

Il trattamento dei sintomi positivi

Le Psicosi e in particolare la Schizofrenia si manifestano in genere nel corso dei primi anni della vita adulta e, nella maggior parte dei casi determina una disabilità persistente. Frequentemente i soggetti che ne sono affetti presentano deliri molto articolati caratterizzati da esperienze anomale

quali allucinazioni e disturbi percettivi, disturbi dell'umore e d'ansia, difficoltà sociali di lunga durata e a volte comorbilità con altri disturbi. Rappresentano anche una delle patologie psichiatriche a più alto rischio di compiere atti aggressivi e nonostante la notevole evoluzione delle terapie farmacologiche circa la metà dei soggetti continua a manifestare sintomi resistenti al trattamento (Kane, 1996) e/o conseguenti alla scarsa *compliance* farmacologica (Nose et al., 2003). La letteratura ha evidenziato diversi sintomi psicotici positivi che si possono presentare come fenomeni distinti nel colloquio clinico: i deliri di persecuzione, i deliri di grandiosità, le allucinazioni uditive e i disturbi del pensiero. Questo ha fatto si che alcuni ricercatori (Chadwick et al., 1996) si focalizzassero sui singoli sintomi come bersagli dell'intervento, in quanto il trattamento standard (farmacologico) ha dimostrato ampiamente la sua limitata efficacia nel tempo. Questo modo di procedere ha fatto si che attualmente la Terapia Cognitivo-Comportamentale venga consigliata come parte della pratica clinica di routine in un certo numero di Paesi occidentali e costituisca parte integrante per il trattamento delle Psicosi e della Schizofrenia nelle linee guida dei maggiori Paesi anglosassoni (Stati Uniti, Regno Unito e Australia).

Il modello della Terapia Cognitiva dei Sintomi Positivi

In una serie di studi (Chadwick e Lowe, 1990) hanno dimostrato come la terapia cognitiva possa essere utilizzata nella modifica delle convinzioni deliranti. Successivamente Chadwick e Birchwood (Chadwick et al., 1996) hanno esteso questo lavoro anche alle allucinazioni uditive. Per fare ciò il metodo cognitivo utilizzato per lavorare con i deliri e le voci si basa principalmente sulla Terapia Cognitiva di Back (Beck et al., 1979) e sulla Terapia Razionale Emotiva di Ellis (Ellis, 1962) e si avvale del Modello dell'ABC, dove la A rappresenta l'evento attivante, la B le credenze e i pensieri riguardo ad "A" e C la conseguenza emotiva e comportamentale delle suddette credenze.

Il modello offre una cornice teorica di riferimento utile per la comprensione dell'esperienza del delirio e delle voci. All'interno dell'analisi ABC i deliri rappresentano ovviamente delle B, ossia sono delle interpretazioni deliranti di un evento (A), che possono essere, o non essere, associate a un disagio e/o sofferenza (C). In questo modo il concetto di delirio implica che sia fatta un'inferenza. Quindi la prospettiva ABC applicata ai deliri ci chiarisce che il delirio contiene sempre un inferenza esplicita (ossia un tipo di credenza che implica proposizioni del tipo "se … allora") e che le valutazioni effettuate dal soggetto sono generalmente di tipo implicito e devono essere estratte attraverso le concatenazioni di pensiero. Ciò significa che il terapeuta deve utilizzare le concatenazioni di pensiero per andare al di là dell'interpretazione delirante e scoprire le valutazioni critiche. Quindi, le conseguenze emotive e comportamentali potranno essere comprese

pienamente solo quando sia il pensiero deduttivo (delirante) sia quello valutativo saranno evidenti. È in questo modo che il modello cognitivo chiarisce come i deliri siano connessi ad altre importanti credenze, al disagio e alla sofferenza. Nel caso delle allucinazioni uditive (che in alcuni casi possono manifestarsi insieme ad altre allucinazioni di tipo visivo e/o tattile) il soggetto sviluppa tutta una serie di credenze collegate tra loro che possono essere comprese in termini di rapporto interpersonale e sono proprio queste convinzioni che mediano il comportamento e il disagio. Nello specifico, all'interno di questo modello la voce viene vissuta come un evento attivante (A) (e non come un pensiero, B) al quale la persona attribuisce un significato e che suscita reazioni emotive e comportamentali associate (C). Questo consente una modifica della comprensione psicologica delle voci e del loro trattamento in quanto chiarisce che il disagio del paziente e il relativo comportamento di coping sono una conseguenza, non dell'allucinazione in sé, ma delle credenze dell'individuo, come si può osservare nella seguente tabella dove una voce viene ritenuta benevola e una malevola:

A	B	C
Mario sente una voce che gli dice: "colpiscilo".	È Dio che mette alla prova la mia forza e la mia fede.	Non asseconda • Soddisfazione
Giulio sente una voce che gli dice: "Fai attenzione".	È il diavolo che mi sta tenendo d'occhio per venirmi a prendere.	Terrore • Evita di uscire

Fig. 1 Esempio di voce ritenuta benevola o malevola a seconda dell'interpretazione

L'Assessment dei Sintomi Positivi

L'obiettivo principale di questa fase è rappresentato dall'individuazione e dalla valutazione dei sintomi positivi ed in particolare delle allucinazioni imperative e delle reazioni cognitive, comportamentali ed emotive ad esse associate. Questo è un processo che prosegue nel corso di tutta la terapia con l'obiettivo di valutare gli esiti dell'intervento ed è fondamentale il coinvolgimento del paziente nella relazione terapeutica, nonostante le difficoltà dovute alla natura disturbante delle voci. Quindi nella creazione e nel mantenimento della relazione è di fondamentale importanza rispettare alcune regole (Turkington et al., 2012): stabilire un buon rapporto e una relazione di fiducia col paziente attraverso l'ascolto empatico, incoraggiarlo a fornire un resoconto dettagliato delle proprie esperienze e credenze, anticipargli le difficoltà di coinvolgimento nella relazione terapeutica e indebolire le credenze che potrebbero renderla difficile o minacciarla (es. le voci

potrebbero fare commenti contro il terapeuta), definire un simbolico "segnale di emergenza" (da utilizzare per un numero di volte ben definito nei momenti in cui si sente a disagio), in modo da dare al paziente il controllo della terapia.

In questa fase è indispensabile essere di supporto alla persona nel distinguere fatti e credenze. Ad esempio spiegare che una voce rappresenta un fatto reale, ma attribuirle un potere è il frutto di una credenza. Durante la fase di *assessment* è necessario individuare la credenza chiave riguardo alla voce imperativa. Le credenze di base si riferiscono a: potere della voce e possibilità di controllarla, obbedienza o resistenza alla voce e tentativi di gestirla, natura della voce scopo e significato della voce.

Per fare tutto ciò il Modello ABC è lo strumento chiave. Nel caso dei pazienti psicotici può essere riproposto ai fini della valutazione, nella versione CAB (Conseguenza, Antecedente, Credenza), in quanto la conseguenza (C) è ciò che i pazienti psicotici riporteranno più prontamente in seduta come conseguenza di un evento attivante (A), che viene a sua volta percepito come fonte del loro disagio: le azioni persecutorie. Molte volte, per ottenere la C è consigliabile iniziare da un evento recente che sia stato fonte di forte disagio e che abbia un elevato grado di salienza emotiva per il paziente, in modo da facilitarne il ricordo. Quindi nella prassi risulta produttivo chiedere prima informazioni sul comportamento, far associare poi la conseguenza emotiva ed infine raccogliere informazioni sull'evento che ha reso la persona incline a tale interpretazione o convinzione. Successivamente va stabilito il collegamento tra l'evento e la credenza e alla fine va effettuata una riflessione nei termini di A-B-C. Ciò ha anche la funzione di favorire la familiarizzazione del paziente con il modello di riferimento della Terapia Cognitiva.

Questa tipologia di assessment dovrebbe consentire di apprendere quali comportamenti, disagi e credenze necessitino di ulteriori valutazioni, sempre cercando di mantenere in equilibrio la necessità di porre domande per ottenere una approfondita valutazione del sistema delle credenze del paziente e la necessità di costruzione dell'alleanza terapeutica attraverso uno scambio empatico. Inoltre, sempre in questa fase è di grande utilità l'approfondimento dei seguenti fattori:

- Fase attuale della Psicosi.
- Problemi di attenzione e concentrazione (potrebbero richiedere sedute più brevi).
- Ritiro Sociale e/o Sintomi Negativi (i pazienti che presentano anche tale sintomatologia richiedono un ritmo più lento e uno stile conversazionale più accogliente).
- Suggestionabilità (richiede l'utilizzo di domande aperte).

- Alti livelli di Sospettosità e Sfiducia (in questi casi deve essere costantemente sotto controllo la tenuta dell'alleanza terapeutica).

Qualora la fase della Psicosi lo consenta, può essere utile ricorrere all'utilizzo di alcuni strumenti di misura per definire il sistema di credenze del paziente, identificare gli obiettivi della terapia e monitorare i progressi quali ad esempio:

- *Beliefs and Convinction Scale* (Brett-Jones et al., 1987): è un'intervista semi-strutturata che fornisce una valutazione del grado di convinzione, preoccupazione, intrusività e di apertura alla confutazione rispetto alle credenze deliranti/inferenziali.
- *Beliefs about Voices Questionnaire-Revised* (Chadwick et al., 2000): è un questionario che prende in esame il ruolo del mediatore delle credenze sulle voci, sul disagio e sul comportamento.
- *Evaluative Beliefs Scale* (Chadwick et al., 1999): è una scala atta a misurare le valutazioni negative della persona come inutilità, non amabilità, debolezza, cattiveria, fallimento e inferiorità.
- *Psychotic Symptoms Rating Scale* (Haddock et al., 1999): è una scala che consente di valutare il grado di convinzione, preoccupazione e disagio associati a deliri e voci misurati nell'ultima settimana per mezzo di un'intervista semi strutturata. Comprende, inoltre, due scale una per i deliri (ne misura la gravità in base a due fattori: disagio/rottura e preoccupazione/convinzione) e una per le allucinazioni uditive (ne offre una misura in base a tre fattori: caratteristiche fisiche, caratteristiche emotive e interpretazione cognitiva).
- *Voice Compliance Scale* (Beck-Sander et al., 1997): è una scala di osservazione costruita per misurare la frequenza delle allucinazioni imperative e il livello di accondiscendenza/resistenza ad ogni comando identificato entro le precedenti otto settimane.

Principi e Strategie di Intervento Cognitivo sulle Credenze relative alle Voci

È ormai accertato che le credenze psicotiche siano modificabili allo scopo di ridurre nel soggetto il disagio e i comportamenti disfunzionali. Quindi una volta terminata la fase preparatoria della terapia possiamo procedere all'estrapolazione delle credenze del soggetto. Per far ciò è necessario che il paziente familiarizzi con il Modello ABC, in quanto ricollocare il problema in B rappresenta una fase cruciale della terapia che, se non affrontata, può minare l'efficacia della confutazione e

della sfida alle credenze, in quanto il paziente non necessariamente lavorerà con lo stesso sistema. Essendo presenti un gran numero di incoerenze nella mente del soggetto sarà necessario evidenziarle e consentirgli di rifletterci su. È così che si dà inizio al processo di indebolimento di una convinzione, tenendo sempre presente che si può tornare indietro in qualsiasi momento qualora si dovessero incontrare delle resistenze. Va tenuto presente che per i pazienti le voci sono Omniscienti (spesso questo si caratterizza come prova fondamentale del fatto che l'identità della voce è sovrumana), possono prevedere il futuro e sapere tutto di loro o degli altri. Ma nella realtà le cose non stanno in questo modo e il terapeuta deve iniziare la messa in discussione di tali assunzioni con l'obiettivo di screditarle e rivelare al paziente la loro fallibilità (proprio come qualunque altra persona). Questa è un'importante strategia finalizzata a ridurne il potere e l'autorità che può essere utilizzata facendo comprendere al paziente che le voci: non vedono e non conoscono tutto; commettono errori e forniscono previsioni sbagliate; possono mentire.

Una volta effettuato ciò si cerca di far generalizzare tali concetti ad altre informazioni che arrivano dalla voce. Nel momento in cui si è riusciti ad indebolire e rendere incerte le credenze relative all'onniscienza, diviene possibile interrogarsi e verificare se siano realmente in grado di mettere in atto le loro minacce. Le credenze relative alle voci fanno si che i pazienti, oltre a ritenerle onniscienti, le considerino anche molto potenti. Alcune caratteristiche della voce potrebbero contribuire significativamente a questo fenomeno, come ad esempio: il tono e volume della voce, il presentarsi insieme ad allucinazioni visive e/o altre credenze sulle voci.

Il fattore "Potenza della Voce" è un fattore molto importante perché fa sì che le minacce acquisiscano maggiore credibilità e quindi un aspetto fondamentale da affrontare è quello riguardante il fatto se siano o meno in grado di attuare le loro minacce. In questa fase sarà opportuno, per il terapeuta, adottare un atteggiamento didattico che utilizzi le conoscenze del soggetto per confutarne il potere percepito. Un esempio di ciò può essere rappresentato dall'utilizzo delle seguenti frasi: le voci per realizzare i loro propositi devono fare affidamento sull'azione del soggetto (e quindi la loro potenza in se per se è relativa, se non nulla), oppure: le voci si vantano e fanno proclami ma poi nella realtà non sono in grado di realizzare quanto affermano.

Un altro tipo di credenza che si rende necessario affrontare è rappresentato dalle "Credenze di Accondiscendenza". Questo è un obiettivo molto importante in quanto è questa tipologia di credenze che spesso media i comportamenti a rischio dei soggetti che presentano voci imperative. Tali comportamenti possono essere visti come comportamenti protettivi che mettono il soggetto al sicuro fornendo la sensazione di prevenire le conseguenze negative preannunciate dalla voce. Tra

questi comportamenti troviamo quelli che possono rappresentare l'aderenza al comando o quelli che vengono messi in atto per attenuare la minaccia (come evitare luoghi affollati per non correre il rischio di fare del male a qualcuno). In questo modo i pazienti aumentano la loro percezione di efficacia ma, nonostante ciò, questi comportamenti protettivi contribuiscono ad impedire la messa in discussione e la confutazione della credenza legata all'allucinazione uditiva. Quindi, una volta instillato il dubbio riguardo l'onniscienza e al potere della voce, risulterà più agevole agire sull'accondiscendenza, riconoscendo che, nella realtà dei fatti, la voce non ha sempre mantenuto le proprie minacce. Ciò può essere fatto aiutando il paziente ad apprendere che non è sempre necessario fare quello che dicono le voci e che è possibile resistere senza che la minaccia si realizzi.

Quindi attraverso il dialogo socratico e la scoperta guidata si possono far identificare al paziente esempi passati e presenti in cui ha agito senza dar ascolto alla voce e non è accaduto nulla. Tutto questo lavoro è propedeutico ad una serie di esperimenti comportamentali tendenti a favorire l'eliminazione delle condotte protettive e testare le credenze sulle voci in quanto, i comportamenti protettivi messi in atto dai pazienti rivestono una funzione di mantenimento importante perché, almeno in apparenza hanno la funzione di scongiurare le conseguenze temute (ad es. "Se non faccio quello che la voce mi dirà, morirò"). Tali strategie di coping, anche se sono disfunzionali, e sembra che i soggetti siano molto reticenti a ridurle, favoriscono una diminuzione dell'ansia e danno loro la sensazione di riuscire a resistere alla voce.

Quindi al fine di testare la validità di una credenza rispetto alla voce nella CBTp vengono utilizzati gli esperimenti comportamentali perchè offrono la possibilità di verificare se le voci siano corrette nelle loro affermazioni su sé stessi e sugli altri e di stabilire la reale necessità di mettere in atto i comportamenti protettivi. A sostegno di questo assunto, una serie di studi effettuati su soggetti affetti da Disturbi d'Ansia suggerisce che il successo di un trattamento dipende dalla combinazione di esperimenti comportamentali e dall'abbandono dei comportamenti protettivi all'interno di tali esperimenti e dall'uso combinato di tecniche cognitive e comportamentali. Gli esperimenti devono essere creati in modo da favorire la messa in dubbio della convinzione oggetto di analisi e da consentire l'adozione di credenze meno stressanti. Andranno concordati con cura i parametri e le condizioni attraverso cui la credenza verrà confutata valutando attentamente l'utilità di quella alternativa. Vanno discussi i benefici che ne deriveranno ed è necessario iniziare sempre dalla credenza meno radicata in modo da far aumentare considerevolmente le possibilità di successo e ridurre la resistenza al cambiamento. Un'utile strategia da adottare potrebbe essere quella di stimolare o suggerire scenari alternativi ipotetici in cui si verifichino circostanze che aiuteranno nel

cambiamento della credenza. Infatti in uno studio di Brett-Jones (Brett-Jones et al., 1987) viene evidenziata una relazione significativa tra l'esito della CBTp e la disponibilità del paziente alla contraddizione delle ipotesi, ovvero la propensione a prendere in considerazione di poter cambiare le proprie credenze alla luce di prove empiriche che ne evidenzino la contraddittorietà. Ciò si rivela di particolare utilità, ad esempio, per mettere alla prova la credenza che la voce punirà il paziente se questi non la ascolterà: in questo caso si invita il paziente a ridurre gradualmente il grado di obbedienza (ad es. resistendo ai comandi più pericolosi e acconsentendo a quelli più innocui) facendo poi notare come la minaccia temuta poi non si verifichi, andando di conseguenza ad indebolire la credenza.

Il passo successivo per spostare il potere percepito della voce consiste nel mettere in discussione il comando stesso, provando a rispondere alla voce in modo più assertivo (ad es. "Perché dovrei farlo?" o "Perché non lo fai tu?"). Tutto ciò è pensato con l'obiettivo di far sì che il soggetto reagisca alle credenze disfunzionali sul potere delle voci con le nuove credenze, indebolendo le prime e rafforzando le seconde.

È questo il momento in cui il paziente sarà pronto per andare alla ricerca delle prove della propria padronanza e del proprio controllo sulle allucinazioni. Nel corso delle prove può essere d'aiuto fornire un punteggio alle convinzioni per fornire una modalità semplice di monitoraggio del successo in ogni esperimento e del cambiamento. Un protocollo facilmente utilizzabile è quello di prendere nota di come funziona il comportamento protettivo, del razionale dell'esperimento, delle credenze originarie e di quelle alternative, di cosa è avvenuto e il punteggio attribuito alle credenze dopo l'esperimento.

In ultimo è possibile fornire spiegazioni alternative al fenomeno delle voci basandosi su una prospettiva evoluzionistica, infatti la presenza in anamnesi di eventi traumatici o di esperienze emotivamente salienti può dare un senso ai problemi attuali sulla base del contesto in cui sono inserite le voci e le credenze associate. L'obiettivo è quello di individuare le origini psicologiche delle allucinazioni e la loro natura. Una volta giunti ad una formulazione condivisa sarà possibile affrontare le credenze negative del paziente riguardo a sé stesso. Tutto ciò è importante perché tali esperienze in alcuni soggetti possono influenzare il processo inferenziale.

Quindi, riassumendo possiamo affermare che la promozione della percezione di controllo sulle allucinazioni uditive si articola in due momenti: inizialmente è necessario cercare di aumentare la capacità del soggetto di resistere alle proprie voci incoraggiandolo a cercare prove contrarie del loro potere. Successivamente si procede ad incrementare le abilità del soggetto a mantenere il controllo

sulle proprie voci e ad individuare prove contrarie al loro potere. Infine, è necessario condurre il paziente a comprendere quelli che sono i fattori che amplificano o riducono la presenza della voci con l'obiettivo di ricavarne un sollievo immediato. Tutto ciò si ottiene favorendo lo sviluppo di strategie di *coping* atte a ridurne il disagio e la necessità di obbedire alle voci.

Principi e strategie di intervento cognitivo sulle credenze deliranti

I Deliri sono certamente un fenomeno molto complesso. Per molto tempo si è ritenuto che l'idea di modificare un delirio potesse essere non solo infruttuosa ma addirittura dannosa. Questo perché l'idea di partenza era quella secondo cui il delirio si sarebbe formato per proteggere la persona da una minaccia inaccettabile e rimuoverlo avrebbe significato esporlo nuovamente alla minaccia. Quest'idea però non può essere presa per buona a priori. Infatti, fin dai primi anni '50, è possibile riscontrare la pubblicazione di numerosi studi che riportano i tentativi effettuati di indebolire i deliri con risultati complessivamente positivi. Questo naturalmente non vuol dire che tutti i deliri siano modificabili. Sarebbe quindi più corretto affermare che i deliri sono difficili da modificare, in quanto la classe delle credenze definite come deliri varia in modo considerevole nelle sue dimensioni. Tuttavia per molte persone il delirio rappresenta una fonte di disagio comportamentale ed emotivo ed è proprio per questo che sembra discutibile l'idea che un terapeuta possa rifiutare la terapia ad un paziente sulla base di una presunta credenza che le persone con un delirio debbano essere lasciate nel loro delirio. Turkington (Turkington et al., 1996) ha ridefinito il concetto di delirio secondo un'ottica *evidence-based* prendendo le distanze dalla visione dicotomica della separazione della salute mentale dalla psicopatologia. Infatti secondo l'autore un Delirio è una credenza (probabilmente falsa) che si colloca al limite estremo del *continuum* del contesto generale. Non differisce dalle idee sopravvalutate o dalle credenze normali e continua a essere considerato credibile nonostante la presenza di evidenze contrarie. Può essere sensibile al cambiamento allorchè le prove vengano ricercate in modo collaborativo e avvicinandosi il più possibile alle idee comuni e tipiche del *background* sociale, culturale, educativo e religioso del paziente (Turkington et al., 1996).

Possiamo poi suddividere i deliri in due principali tipologie:

- Deliri di Tipo 1: sono quelli collegati a deficit cognitivi e a sintomi negativi, come l'appiattimento affettivo e solitamente sono mantenuti con una minore convinzione e un minore investimento emotivo (frequentemente sono di carattere religioso anche se negli

ultimi anni presentano la tendenza a riguardare temi come microchip, satelliti, telefono cellulari ecc.).

- Deliri di Tipo 2: solitamente non sono collegati ai sintomi negativi e hanno la tendenza a comparire dopo periodi di forte angoscia intorno ai 35 anni. Solitamente sono deliri persecutori o di grandiosità che si presentano in assenza di sintomatologia negativa in pazienti con episodi traumatici alle spalle con la funzione di proteggerli da emozioni intollerabili che potrebbero emergere qualora si trovassero in situazioni collegate all'esperienza traumatica.

La strutturazione del delirio può essere presente in maniera minore o maggiore. L'esternalizzazione e la personalizzazione sono legate ad un deficit nella Teoria della Mente (Frith, 1992) che probabilmente è meglio descrivibile come un problema pervasivo di empatia (Frith, 2004) come ad es. percepire l'altro come incapace di un certo sentimento verso di noi. Questo modello di genesi e di mantenimento del delirio apre la strada ad un tipo di intervento focalizzato sull'esame di realtà, sulla correzione delle distorsioni cognitive, i *role-playing* e l'inversione dei ruoli volto per incrementare l'empatia. In aggiunta a ciò il lavoro sugli schemi aiuta il paziente a rendere meno disturbanti e più funzionali le credenze su di sé (Siddle et al., 1998).

La Terapia Cognitiva per i Deliri è quindi centrata sul tentativo di modificare la convinzione alla base i deliri, con lo scopo di ridurre il disagio e i conseguenti comportamenti protettivi attraverso l'utilizzo delle tecniche e delle strategie che sono state descritte nei paragrafi precedenti per il trattamento delle voci e che sono riassumibili in breve nel seguente modo:

- Assessment.
- Concordare e chiarire la problematica in termini di credenze.
- Evidenziare le incoerenze.
- Concordare le credenze e le relative verifiche in termini gerarchici.
- Esaminare attentamente le evidenze.
- Generare e concordare evidenze alternative.
- Testare la credenza contro una spiegazione alternativa.

Il trattamento dei sintomi negativi

Gli studi relativi ai sintomi della Schizofrenia nelle diverse culture (Andreasen et al., 2006) convergono su una scomposizione di tali aspetti in tra fattori:

- Sintomi Psicotici Produttivi (o positivi): Allucinazioni e Deliri.

- Sintomi di Disorganizzazione: Comportamento bizzarro e Disturbi Formali del Pensiero.
- Sintomi Negativi: Alogia, Appiattimento affettivo, Anedonia, Asocialità ecc.

Questo per cercare di favorire un ritorno ad una descrizione più dettagliata delle Psicosi e in particolare della Schizofrenia e per ampliare le sue possibilità di trattamento. Infatti fino ai primi anni 2000 la psichiatria si è concentrata solamente sulla cura farmacologica (trattamento d'elezione) dei sintomi positivi. Quindi il fatto che i sintomi negativi e la disorganizzazione cognitiva non siano stati finora uno dei focus del trattamento ci fornisce la spiegazione del perché la loro presenza si associ sempre ad un esito peggiore.

Concettualizzazione Cognitiva dei Sintomi Negativi

I Sintomi Negativi comprendono una compromissione dell'attività verbale (alogia), non verbale (appiattimento affettivo) e dell'espressività cosi come una diminuzione dell'impegno nelle attività costruttive (avolizione), piacevoli (anedonia) e sociali (asocialità). Assistiamo quindi all'assenza e/o a una riduzione di una serie di comportamenti che sono invece presenti nella popolazione media. La sintomatologia negativa di pertanto risulta difficilmente trattabile e spesso permane anche dopo la scomparsa dei sintomi positivi. I domini specifici dei sintomi negativi riguardano: appiattimento affettivo, decremento della motivazione, decremento degli interessi, ridotto range emozionale, e povertà di linguaggio, mancanza di desiderio di avere interazioni sociali e impoverimento degli scopi.

Questi sintomi sono tra le cause principali della progressiva riduzione del funzionamento sociale e lavorativo del soggetto nonché indicatori di scarsi esiti nel trattamento dei pazienti. Possiamo suddividere i sintomi negativi in:

- Sintomi Negativi Persistenti: si riferiscono ai sintomi idiopatici della Schizofrenia e si possono osservare indipendentemente dallo stato farmacologico.
- Sintomi Negativi Secondari: sono quelli causati da fattori indipendenti dalla Schizofrenia, come effetti collaterali dei farmaci, ritiro sociale dovuto a disorganizzazione o paranoia, depressione e demoralizzazione.

Questi ultimi sono i sintomi che presentano una maggiore instabilità nel tempo e sono quelli più sensibili al trattamento delle loro cause sottostanti. La MATRICS (Kirkpatrick et al., 2006), *Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia Consensus Guideline,* individua un nutrito sottogruppo di pazienti con sintomi negativi significativi e persistenti che non rispondono ai trattamenti tradizionali e che hanno comunque un alterato funzionamento a causa di questo quadro sintomatologico. Tutto ciò è stato evidenziato proprio per

porre l'attenzione su questa grande necessità clinica. Questo perché un miglioramento della sintomatologia negativa condurrà probabilmente ad un miglioramento degli esiti funzionali per gli individui affetti da Schizofrenia. Integrando alcuni studi relativi ai fattori psicologici dei sintomi negativi Beck e i suoi collaboratori (Beck et al., 2009). hanno ipotizzato che le credenze negative disfunzionali contribuiscono all'evitamento delle attività che si riscontra in questi soggetti. I fattori che contribuiscono alla perdita e all'evitamento sono le scarse aspettative di godere dell'evento, di avere successo in compiti sociali e non, di essere accettati socialmente, nonché le ipotesi disfattiste riguardo la propria *performance*. Tali credenze vanno ad ostacolare la capacità del paziente di intraprendere qualsiasi tipo di azione (compresi dialogo ed espressività emotiva). Questi fattori cognitivi, quindi, possono essere più meno espliciti a seconda del grado di insight del paziente. I sintomi negativi, solitamente ritenuti primari, potrebbero quindi, anche essere secondari a questi atteggiamenti negativi. Sempre nello stesso lavoro è stato proposto che i sintomi negativi possano emergere durante l'esordio psicotico o subito dopo, come una sorta di reazione psicologica contro il malessere soggettivo che il soggetto ritiene di non riuscire ad affrontare. In altre parole la sintomatologia negativa sembrerebbe riflettere lo spegnimento di vari sistemi psicologici, con lo scopo di ridurre al minimo l'esposizione a stimoli sociali ritenuti devastanti. Quindi la rimozione degli stimoli negativi rappresenta un rinforzo che si traduce nei sintomi negativi. Le conseguenze comportamentali della sintomatologia negativa probabilmente generano un circolo di mantenimento in cui il ritiro e l'iniziativa ridotta danno luogo ad una diminuzione delle esposizioni, degli interessi, e della possibilità di ricevere rinforzi dall'ambiente. Quindi sebbene inizialmente i sintomi negativi possano servire come risposta ad un'esperienza traumatizzante alla fine conducono ad un impoverimento delle esperienze che potrebbero costituire un rinforzo positivo, traducendosi in un'interruzione del funzionamento e in una riduzione della qualità della vita. Infine va tenuto presente anche un eventuale deficit del piacere anticipatorio che può indurre il paziente a ritenere che lo sforzo di impegnarsi nel proprio ambiente non ne giustifichi i benefici prodotti. In uno studio del 2007 (Gard et al., 2007). viene evidenziato come gli individui affetti da Psicosi vivano le esperienze di piacere come tutti gli altri, la differenza consiste nel fatto che tali pazienti non riescono ad anticiparlo. Infatti si ritiene che questi fattori, in combinazione tra loro abbiano un ruolo importante nella formazione della sintomatologia negativa. Pensieri e atteggiamenti negativi potrebbero rendere più probabile il fallimento di un comportamento e le ripetute conseguenze negative, influenzare la perdita della capacità di prendere iniziativa.

Principi e Strategie di Intervento Cognitivo sulla Sintomatologia Negativa

Nonostante la sua iniziale enfasi sui sintomi positivi, la terapia cognitiva ha iniziato a fornire incoraggianti risultati anche per quanto riguarda la sintomatologia negativa. In un lavoro del 2009 (Beck et al., 2009) viene descritto l'approccio di base della CBT per i sintomi negativi andando ad illustrare la fase di assessment, la concettualizzazione del caso e il trattamento mirato ai fattori di mantenimento dei sintomi negativi. Nel lavoro vengono anche descritte tecniche come la normalizzazione dei sintomi negativi e la psico-educazione di base sul modello della CBT, spiegando come i pensieri possano influire sui sentimenti e sui comportamenti. Per effettuare un lavoro ottimale è consigliabile iniziare cercando di ridurre l'ansia e la disperazione legate ai sintomi negativi e utilizzare la pianificazione delle attività secondo un livello graduato, in modo da riuscire a dimostrare che la capacità di essere attivi è sempre presente in qualche forma. In questa fase risulta importante la valutazione di quanto sia importante/piacevole tale attività. Nicolò e collaboratori (Nicolò et al., 2012) ipotizzano però che la CBT Standard da sola non sia sufficiente per affrontare tutti i domini della sintomatologia negativa e hanno sviluppato un trattamento potenziato CBT-based per i sintomi negativi chiamato Motivation and Engagment (MOVE) costituito sia da tecniche cognitive sia comportamentali e progettato appositamente il trattamento dei sintomi negativi persistenti (PNS).

L'Assessment dei Sintomi Negativi

Prima di tutto è necessario individuare con precisione quali siano i sintomi negativi presenti e registrarne la gravità. Per fare ciò è necessario avvalersi di strumenti standardizzati in grado di identificare la sintomatologia negativa come quelli riportati di seguito:

- Negative Symptoms Assessment (NSA-16, Alphs et al. 1989).
- Schedule for the Assessment of Negative Symptoms (SANS, Andreasen 1995).
- Environmental and Functional Assessment (EFA, Velligan et al. 2008).

Le prime due scale includono la valutazione della socializzazione, dell'esperienza emotiva, delle attività quotidiane e della compromissione del funzionamento. Facilitano anche l'individuazione dei sintomi che potranno essere il bersaglio del futuro trattamento. Tutto ciò consente al terapeuta di farsi un'idea della giornata tipo del paziente ottenendo informazioni preziose sui comportamenti strumentali e sociali e sulla capacità di avviare attività spontaneamente. Mentre la terza scala ci consente di acquisire informazioni riguardo l'ambiente di provenienza del paziente e ci fornisce molte informazioni utili riguardo opportunità e ostacoli che si potranno incontrare nelle attività funzionali. Inoltre, per quanto riguarda il funzionamento fornisce informazioni anche sulla cura di sé, sul livello di autonomia, sulle attività svolte quotidianamente e sulla loro frequenza. In questa

fase devono essere prese in considerazione anche le credenze e i comportamenti disfunzionali del paziente che vanno ad interferire col normale funzionamento e per fare ciò possiamo utilizzare la *Dysfunctional Attitudes Scale* (Weissman, 1979). La scala ci fornisce una valutazione dei pensieri di auto-sconfitta del paziente. Se ritenuto, opportuno può essere effettuata una valutazione delle abilità cognitive del soggetto per individuare eventuali disfunzioni o punti di forza che possano essere d'aiuto durante il trattamento. Infine deve essere effettuata una valutazione delle abilità sociali che può essere svolta attraverso l'utilizzo del *Maryland Assessment of Social Competence* (Bellack et al. 2006). La Scala si compone di tre minuti di due conversazioni Role-played per misurare le prestazioni sociali in situazioni simulate. Durante la fase di *assessment* può essere necessario dover coinvolgere i familiari o lo staff dei Servizi di Salute Mentale che hanno in carico il paziente al fine di poter valutare meglio i bisogni attuali e i miglioramenti ottenuti nel corso della terapia. Con coloro che mostrano sintomi negativi è necessario avere molta pazienza dato che le risposte dei pazienti possono essere molto lente e prive di dettagli significativi. Infatti, spesso è necessario ricorrere a domande più dirette rispetto a quelle aperte.

Il Trattamento dei Sintomi Negativi secondo il Modello MOVE

Essendo la sintomatologia negativa molto complessa il suddetto modello ci permette di indagare e affrontare più aree. Inoltre prevede l'integrazione di più tecniche centrate sul comportamento e sulla costruzione delle abilità necessarie per affrontare specificatamente i sintomi negativi e le loro conseguenze disfunzionali. Il trattamento si basa sulle seguenti tecniche:

- Controllo degli Antecedenti.
- Identificare a affrontare il Deficit nel Piacere Anticipatorio.
- Elaborare e lavorare direttamente sull'identificazione e visualizzazione dell'emozione.
- Tecniche CBT volte a confutare i pensieri di sconfitta.
- Skill Building in vivo.

Le varie tecniche prese singolarmente di per sé non costituiscono una novità, l'aspetto realmente innovativo di questo modello consiste nel loro utilizzo combinato attraverso un trattamento integrato e manualizzato che viene svolto nel contesto di vita del paziente e prende in esame tutti i domini della sintomatologia negativa.

Il controllo degli antecedenti è uno dei punti centrali dell'intervento e consiste nell'uso di stimoli esterni e supporti ambientali per elicitare i comportamenti (prescritti) in ambiente domestico. Questo perché le persone che presentano una sintomatologia negativa potrebbero passare molto tempo in stato di inattività e non avere idee sul da farsi. Ciò non sta a significare che la capacità

funzionale sia menomata, bensì che solamente un comportamento specifico potrebbe non essere messo in atto. Quindi il suggerimento fa si che il soggetto non sia costretto ad elaborare un piano per l'attuazione del comportamento. In due studi del 2006 Velligan e i suoi collaboratori (Velligan et al., 2006). hanno dimostrato come il controllo degli antecedenti abbia condotto con successo ad avviare azioni che senza uno stimolo esterno che prima non venivano avviate. Quindi una volta avviato il comportamento è necessario garantire obiettivi precisi perché la probabilità di terminare un compito aumenta quando si delinea il processo attraverso una Check-list, una riduzione del numero dei passaggi intermedi e un'analisi dei compiti e delle modalità organizzative. Tutto ciò consente un aumento della motivazione nel paziente e facilita il raggiungimento dell'obiettivo.

Per quanto concerne il piacere anticipatorio sono previsti degli interventi specifici in cui il terapeuta cerca di indurre un certo grado di piacere anticipatorio nel soggetto prima dell'attività prevista in modo che questi possa sperimentare, in una certa misura, il piacere derivante dall'attività stabilita. Le affermazioni del soggetto a riguardo vengono poi registrate in modo da poter effettuare, successivamente, un confronto tra il piacere atteso, quello effettivo e quello sperimentato in attività analoghe. Le registrazioni possono anche fungere da spunto per pianificare attività future.

Successivamente si passa ad affrontare l'elaborazione emotiva. Questo perché numerosi pazienti affetti da Psicosi presentano spesso difficoltà in uno o più ambiti del processamento emozionale tra cui l'identificazione e l'espressione delle proprie emozioni, nonché di quelle altrui, oltre alle difficoltà di assumere la prospettiva emozionale degli altri. Per i pazienti con queste difficoltà vengono proposti una serie di controlli in cui i principi dell'apprendimento senza errori e dell'attivazione fisiologica aiutano i pazienti a sviluppare la capacità di attribuire un nome ai propri stati emotivi. Poi, attraverso l'utilizzo di programmi di Social Cognition si possono aiutare i soggetti nell'identificazione e nella comprensione di espressioni facciali specifiche e le rispettive modulazioni vocali con l'obiettivo di migliorare la loro capacità di leggere gli stati emotivi degli altri. Tutto questo lavoro sull'elaborazione emotiva prevede poi l'utilizzo di queste tecniche nell'ambiente quotidiano del soggetto cercando di aumentare la generalizzazione e la rilevanza della competenza acquisita.

Una volta terminato il lavoro su questi aspetti si può finalmente passare al lavoro sulle credenze negative che impediscono l'attività, l'iniziativa e l'impegno. A livello cognitivo riuscire a identificare e contrastare le credenze negative del paziente nei confronti delle proprie abilita può aiutare ad invertire il circolo vizioso di rassegnazione e delusione. A dire il vero in questo caso più che la presenza di pensieri negativi riguardo le conseguenze negative delle proprie azioni, possiamo

riscontrare una carenza di cognizioni nei confronti di queste ultime, nel senso che ogni attività (incluso il dialogo) viene considerata priva di valore. Aiutare il soggetto a pensare alle conseguenze positive di alcune azioni può indurre pensieri motivanti e l'analisi dei costi e dei benefici può essere d'aiuto al paziente nel metterle in atto. Va tenuto presente che le suddette credenze potrebbero essersi sviluppate in tempi passati e non essere necessariamente associate a situazioni recenti. Mentre a livello comportamentale si manifestano con un atteggiamento eccessivamente prudenziale e/o passivo e con l'allontanamento dai rischi potenziali. Queste credenze vanno quindi messe in discussione perchè vanno ad interferire con i nuovi obiettivi del paziente previsti nel trattamento e che includono un maggiore impegno nei confronti della vita. Tutto ciò avviene attraverso l'utilizzo di tecniche CBT che hanno lo scopo di esplorare i processi cognitivi, identificare le credenze irrazionali o imprecise e aiutare la persona nel confutare queste convinzioni con la ricerca di prove nel corso del trattamento. A sostegno di ciò anche Beck (Beck et al., 2008 e 2009), riguardo al modello di sviluppo e mantenimento della sintomatologia negativa, sostiene che questa sia influenzata da processi cognitivi tra cui l'aspettativa di sconfitta e le credenze negative rispetto alla propria possibilità di successo. Ritengono inoltre che siano proprio i pensieri negativi a mediare il rapporto tra disfunzioni cognitive, sintomi negativi e funzionamento e quindi, aggravano e mantengono la problematica. Proprio per questo motivo l'utilizzo dello Skill-building e dei supporti ambientali si dimostrano di grande utilità nell'acquisizione di nuovi comportamenti da utilizzare come controprova agli atteggiamenti di sconfitta.

L'ultima fase del trattamento, secondo il Modello MOVE, prevede lo Skill-building, ossia la costruzione delle attività. Quando siamo in presenza di individui che presentano una sintomatologia negativa possiamo trovarci davanti a casi in cui le abilità non sono mai state apprese o di fronte a casi in cui la capacità di accedervi potrebbe essere in una certa misura atrofizzata a causa della lunga carenza di esercizio. Quindi per insegnare le abilità sociali e di autonomia si può ricorrere sia al Role-playing sia allo Skill-building. Le aree da favorire, almeno inizialmente, sono quelle inerenti i bisogni di base della vita quotidiana e una volta individuate e provate vengono sperimentate nelle situazioni sociali attraverso l'utilizzo di tutte le 5 tecniche previste dal modello con l'obiettivo di ottenerne il consolidamento. Il Modello MOVE quindi, tende a favorire una maggiore disponibilità ad intraprendere un comportamento nuovo, aumenta la possibilità di vivere in situazioni che possono produrre emozioni positive e incrementare la disponibilità ad eseguire pianificazioni per il presente e per il futuro.

Conclusioni

Il presente lavoro è iniziato con la descrizione dei motivi per cui si è reso necessario un cambiamento di paradigma per quanto riguarda l'approccio al trattamento delle Psicosi ossia, del motivo per cui si è reso necessario passare dallo studio delle sindromi cliniche allo studio dei sintomi. Siamo passati poi alla descrizione della fase di assessment e della formulazione del caso, della sintomatologia positiva e di quella negativa fino ad arrivare alla valutazione e a esporre i principi e le strategie di intervento della Terapia Cognitivo-Comportamentale per quanto concerne il trattamento delle voci, dei deliri e della sintomatologia negativa. Questo modo di procedere ha consentito di ristabilire una continuità tra i fenomeni psicotici e quelli non psicotici e quindi una volta riusciti a sdoganare la sintomatologia dalla sindrome è divenuto molto più facile trattarli nello stesso modo di tutte le altre credenze. Infatti nel caso di credenze sostenute strenuamente sono frequenti distorsioni verso la conferma, un grado di certezza molto elevato, assenza di pensiero logico e difficoltà di cambiamento e soprattutto, una volta formate, tendono ad orientare il comportamento successivo dell'individuo. Risulta quindi evidente come vi sia un'affinità notevole tra le credenze strenuamente sostenute e i deliri e le differenze spesso, rappresentano variazioni di temi comuni. Questo però deve indurci a riflettere su cosa vada normalizzato nell'esperienza della persona. Nella Terapia Cognitiva quello che deve essere normalizzato sono i processi psicologici, mentre si deve essere estremamente cauti per tutto quello che concerne il loro contenuto, specialmente se ci si trova di fronte a pazienti psicotici. Si è dato poi particolare rilievo al significato personale dei sintomi, essendo questo il fulcro del modello cognitivo. Abbiamo visto come le B (*Beliefs*), all'interno del Modello ABC di Ellis, rappresentino la chiave della riformulazione, della valutazione e del trattamento e questo ha consentito anche la reintroduzione della ricerca personale di senso da parte del paziente che invece, veniva trascurata nell'approccio medico alla cura delle Psicosi. È stata quindi posta molta attenzione al rapporto di collaborazione che si deve instaurare tra terapeuta e paziente, già dalla fase di *assessment,* al fine di poter avere accesso al paziente e quindi comprenderne le credenze individuali.

Nella parte centrale e finale del lavoro è stato approfondito in maniera più specifica il trattamento della sintomatologia positiva e di quella negativa, sottolineando l'importanza del Modello ABC e le molteplici funzioni che riveste nella fasi della terapia, inclusa la valutazione, questo perché, nel momento in cui identifichiamo il tipo di sofferenza e il disagio del paziente e li colleghiamo ad una credenza, ci troviamo ad avere in mano uno strumento validissimo per alleviarli. Per quanto riguarda l'efficacia degli interventi sulle voci e sui deliri è ancora presto per avere dati attendibili (i testi di psicologica cognitiva fino agli inizi degli anni 90 trattavano i deliri

come elementi immodificabili) anche se i risultati preliminari delle ricerche di Tower sembrano confermarne l'utilità (Birchwood et al., 2004), in attesa dei risultati definitivi circa l'efficacia dell'intervento e la sua durata nel tempo.

Per quanto riguarda i sintomi negativi abbiamo visto come, anche se a un livello superficiale possono sembrare privi di contenuti cognitivi significativi e quindi non affrontabili con le normali strategie terapeutiche cognitive, potrebbero derivare almeno in parte dalle credenze negative disfunzionali sulle aspettative di insuccesso e/o di assenza di piacere. Sarebbero le credenze ad esitare in una riduzione delle attività, secondaria al forte stress di intraprenderle nonostante le aspettative negative.

Una volta analizzati tutti questi fattori è stato preso in esame un modello di intervento costruito appositamente per affrontare tutti i domini della sintomatologia negativa, il Modello MOVE (Motivation and Engagement), ossia un modello potenziato CBT-based, costituito sia da tecniche cognitive sia comportamentali progettato appositamente per il trattamento dei sintomi negativi persistenti. Attraverso le sue cinque fasi: il controllo degli antecedenti, l'identificazione del piacere anticipatorio, l'identificazione e la visualizzazione delle emozioni, l'utilizzo di tecniche CBT volte ad affrontare i pensieri di sconfitta e l'attuazione dello Skill building in vivo favorisce una maggiore disponibilità ad intraprendere un comportamento nuovo, aumenta la possibilità di vivere in situazioni che possono produrre emozioni positive e la disponibilità ad eseguire pianificazioni per il presente e per il futuro.

Anche la letteratura sembra supportare la possibilità di intervento sulla sintomatologia negativa infatti possiamo riscontrare una serie di studi e meta-analisi che evidenziano come la CBTp sia in grado di apportare dei miglioramenti sulla sintomatologia negativa e di come questi si mantengano per un tempo prolungato (circa 5 anni) dopo il trattamento, come dimostrato in uno studio di Turkington e collaboratori del 2008 (Turkington et al., del 2008), in cui i sintomi negativi sono migliorati con l'utilizzo della CBTp sia in pazienti al primo episodio di malattia sia in quelli con una storia di malattia di lunga data. La maggior parte dei trial ha infatti dimostrato che la CBTp riduce i sintomi negativi in modo più significativo rispetto ai vari trattamenti di controllo. Tutto ciò lascia intravedere una possibilità di accesso, attraverso la psicoterapia, a quei pazienti che fino a poco tempo fa erano considerati intrattabili.

Bibliografia

American Psychiatric Association (1997). *Practice guideline for the treatment of Schizophrenia*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association - APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

(DSM-IV). Arlington, VA, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association - APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Arlington, VA, American Psychiatric Association.

Andreasen et al. (2005), Remission in Schizophrenia: Proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry*, 162, 441-449

Beck, A.T. (1952). Successful outpatient psychotherapy with a schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry*, 15, 305-312.

Beck, A.T. (1976). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. London: Penguin Psychology.

Beck, A.T., Rush, A.J., Brian, Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.

Beck-Sander, A., Birchwood, M. & Chadwick, P. (1997). Acting on command hallucinations: a cognitive approach. *British Journal of Clinical Psychology*, 36: 139-148.

Beck, A.T., Rector, N.A., Stolar, N. & Grant, P.M. (2009). *Schizophrenia*: *Cognitive Theory Research and Therapy*. New York, NY: Guilford Press. Trad it. Schizofrenia, Teoria cognitiva, ricerca e terapia. Roma: Astrolabio, 2011.

Bellack, A.S., Brown, C.H., Thomas-Lohrman, S. (2006), Psychometric characteristics of role-play assessments of assessments of social skills in schizophrenia. *Behavior Therapy*, 37(4): 339-352.

Bentall, R. (2007). The new psychology and treatment of Psychosis. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 44, 524-526.

Birchwood M., Gilbert, P., Gilbert, J., Trower, P., Meaden, A., Hay, J., Murray, E. & Miles, J.N. (2004). Interpersonal and Role-related schema influence the relationship with the dominant "voice" in Schizophrenia: A comparison of three models. *Psychological Medicine*, 34 (8): 1571-80.

Birchwood, M. & Jackson, C. (2001). *Schizophrenia*. Hove: Psychology Press.

Brett-Jones, J., Garety, P.A., & Hemsley, D.R. (1987). Measuring delusions experiences: a method and its applications. *British Journal of Clinical Psychology*, 26: 257-265.

Chadwick P. & Lowe, C.F. (1990). Measurement and modifications of delusional beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 225-232.

Chadwick, P., Birchwood, M. & Trower P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voice and paranoia*. Chichster: John Wiley & Sons Ltd. Trad. It. La terapia cognitiva per I deliri, le voci e la paranoia. Roma: Astrolabio, 1997.

Chadwick P., Trower, P., & Dagnan, D. (1999). Measuring negative person evaluations: The Evaluative Beliefs Scale. *Cognitive therapy and Research*, 23: 549-559.

Chadwick, P., Lees, S. & Birchwood, M. (2000). The revised beliefs about voice questionnaire (BAVK-R). *British Journal of Psychiatry*, 177: 229-232.

Chadwick, P. (2006). *Person-based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis*. London: John Wiley.

Corcoran & Frith, C.D. (2003). Autobiographic memory in Schizophrenia. *Psychological Medicine*, 33, 897-905

Ellis A, (1962). *Reason and emotion in psychotherapy,* Lyle Stuart, New York. Trad. It. Ragione ed Emozione in Psicoterapia. Roma: Astrolabio, 1989.

Frith, C.D. (1992). *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*. Hove: Lawrance Erlbaum.

Frith, C.D. (2004). Schizophrenia and Theory of Mind. *Psychological Medicine*, 24: 385-389.

Gard D.E., Dring, A.M., Germans Gard, M., Horan, W.P., & Green, M.F. (2007). Anedonia in Schizophrenia: Distinction between Anticipatory and Consummatory Pleasure. *Schizophrenia Research*, 93: 253-260.

Garety P. (1985). Delusions: problems in definition and measurement. *British Journal Medical Psychology*, 58(1): 25-34.

Haddock G., McCarron, J., Tarrier, N.et al. (1999). Scale to measure dimensions of hallucinations and delusions: the Psychotic Symptoms Rating Scale (PSYRATS). *Psychological Medicine*, 29: 879-889.

Kane, J.M. (1996). Treatment-resistant schizophrenic patients. *Journal of clinical Psychiatry* 37, 35-40.

Kingdon, D.G. & Turkington, D. (1994). Cognitive Behavioural Therapy of Schizophrenia. New York, NY: Guilford.

Kirkpatrick J., Fenton, W.S. et al. (2006). The NIMH-MATRICS consensus statement on negative symptoms. *Schizophrenia Bullettin*, 32: 214-219.

National Institute for Clinical Excellence (2002). Care interventions in the treatment and management of Schizophrenia in primary and secondary care. *Clinical Guideline 1: Schizophrenia*, London, NICE.

Niccolò G. et al. (2012). Manuale di Terapia Cognitiva delle Psicosi. Franco Angeli, Milano.

Nosè, M., Barbui, C. & Tansella, M. (2003). How often do patients with Psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review. *Psychological medicine*, 33, 1149-1160.

Perris, C., (1996). Terapia cognitiva con i pazienti schizofrenici. Torino: Bollati Boringhieri.

Trower, P., Birchwood, M., & Meaden A. (2004). Cognitive therapy for command hallucinations: A randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 184, 312-320.

Turkington D. & Kingdon D.G. (1996). The use of normalizing rationale in Schizophrenia. In G. Haddock et al, *Cognitive Behavioural Interventions with Psychotic Disorders*. Chichester: Wiley.

Turkington D. & Siddle, R. (1998). Cognitive therapy for the treatment of delusions. *Advances in Psychiatric Treatment*, 4, 235-242.

Turkington D., Bryant, C. & Kingdon, D. (2007). Optimizing functional outcome in schizophrenia: combining cognitive behavioral therapy with antipsychotic therapy. *Progress in Neurology and Psychiatry* (suppl.), 10-13.

Turkington, D., Sensky, T., Scott, J.R., Nur, U., Siddle, R. et al. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-beahvior therapy for persistent symptoms in schizophrenia. A five-year follow-up. *Schizophrenia research*, 98 (1-3): 1-7.

Turkington, D., Hagen, R., Berge, T. & Grave, R.V.. (2012). Terapia Cognitivo-Comportamentale delle Psicosi. Ed. it. a cura di G. Nicolò, Eclipsi, Firenze

Velligan, D.I., Kern R.S. & Gold, J.M. (2006). Cognitive Rehabilitations for Schizophrenia and the putative role of motivation and expectancies. *Schizophrenia Bullettin*, 32, 474-485.

Weissman A.N. (1979). The Dysfunctional Attitude Scale. A validation study. Dissertation Abstract International. *The Sciences and engineering* 40(3-B): 1389-1390.

Paolo Fabrizi

Psicologo-Psicoterapeuta, Roma

Specializzato a Grosseto, training Semerari A. e Gragnani A.

e-mail: paolofabrizi74@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

psicoterapeuti in-formazione

2016, NUMERO 18

Don Chisciotte: il dramma della non esistenza

Barbara Masciopinto[1]

[1]Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Bari e Conversano

Riassunto

Il presente caso mostra quanto la diagnosi categoriale può limitare la completa comprensione del funzionamento clinico del paziente. Soggetti con tratti di personalità patologici, tendono a creare in terapia cicli interpersonali che facilmente degenerano in rotture o flessioni dell'alleanza. L'intervento ha avuto l'obiettivo di migliorare le capacità metacognitive del paziente e promuovere il cambiamento attraverso il lavoro sulla relazione terapeutica.

Parole chiave: Disturbo della personalità, Alleanza terapeutica, Terapia metacognitiva interpersonale

Summary

This clinical case shows that categorical diagnosis can limit the full understanding of patient's clinical functioning. Subjects with pathological personality traits attempt to create interpersonal cycles that easily degenerate into breaks or flexions of the alliance. The intervention's therapy aimed to an improving of the patient's metacognitive capabilities by promoting the personality change of the patient throughout the work on the therapeutic relationship.

Key words: Personality disorder, Therapeutic alliance, Metacognitive interpersonal therapy

Analisi della richiesta e presentazione del caso

Filippo ha 51 anni, è sposato da circa 20 anni e ha due figlie (9 e 10 anni). La moglie lavora a tempo pieno, mentre egli svolge occasionalmente lavori di assistenza. La relazione coniugale è descritta come conflittuale, motivo per cui la coppia decide di contattare il servizio. I coniugi interrompono il subito il percorso e Filippo si presenterà circa un mese dopo, con la richiesta di trattamento per riferiti "attacchi di panico".

Il paziente mostra aspetto adeguato ma uno stile di eloquio frammentato, caratterizzato da una molteplicità di temi narrativi presentati senza alcuna organizzazione gerarchica e temporale. Le parole del paziente e la sua espressione facciale, sono privi di tono emotivo e non riesce ad identificare pensieri, stati mentali ed emozioni. Il paziente cerca di curare l'aspetto linguistico e non mantiene il contatto oculare con il terapeuta. Filippo mostra difficoltà ad accettare l'asimmetria della relazione: chiede la possibilità di darci del "tu" ma mantiene un atteggiamento di superiorità,

Barbara Masciopinto, "Don Chisciotte: il dramma della non esistenza" - Il caso di Filippo, *N. 18, 2016, pp. 31-42.*
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

accompagnato da frequenti adulazioni. Nell'insieme Filippo lascia una sensazione di falsa compiacenza e ricerca forzata di intimità.

Descrizione del problema

Il paziente chiede un intervento per sintomi ansiosi presenti dall'età di 18 anni: in fase di addormentamento egli avverte tachicardia e difficoltà respiratorie che lo inducono a distrarsi con attività. Da quanto riferito, la sintomatologia sembra assente durante il periodo in cui era disoccupato. Per tali sintomi non ha effettuato alcuna psicoterapia, ma riporta due precedenti interventi di coppia: il primo interrotto in quanto si era instaurato con la psichiatra un rapporto di amicizia che comportava la frequentazione al di fuori del contesto terapeutico, il secondo per riferita incompatibilità tra la terapeuta e la moglie del paziente. In concomitanza della prima vacanza di famiglia, i sintomi si sono presentati con un'intensità e una frequenza più alta, tali da poter essere classificati come Attacco di panico (DSM V). Attualmente il paziente assume una terapia combinata di Paroxetina e benzodiazepine. Dalla somministrazione del test SCID-II, emerge un quadro borderline di personalità (7/5) e altri punteggi al di sotto del cut-off: evitante (3/4); schizoide (3/4); passivo-aggressivo (3/4); depressione (3/5). La complessità del paziente è tale da rendere riduttiva la diagnosi categoriale; la presenza di un disturbo del sé e delle relazioni interpersonali, denotano un disturbo della personalità.

Profilo interno del disturbo

Un tema dominante nella vita di Filippo è il senso di non condivisione: gli altri sono descritti come distaccati, ostili, "diversi". Questa "diversità" manca di una connotazione concreta a causa del deficit di monitoraggio. Questa sensazione è presente in diverse esperienze di vita; in particolare, quando Filippo prova un certo senso di inadeguatezza, sposta questa all'esterno, descrivendo ambienti e persone come inadeguati e ostili. Nello specifico, il contesto del militare è connotato negativamente fino a quando il paziente aveva un compito da egli giudicato troppo difficile; in corrispondenza di un incarico più leggero, la stessa esperienza si connota di qualità positive. Anche nel contesto lavorativo, lo stesso ambiente positivo, diventa ostile quando Filippo viene licenziato.

A	B	C

Licenziamento	Non è giusto che licenzino proprio me che sono lì da anni e quindi sarei dovuto essere immune! Però finalmente mi libero da questo ambiente di critiche ostili!	Rabbia Sollievo, + Autostima

Figura 1. Abc di un episodio di rabbia nel quale il paziente sposta l'inadeguatezza sul contesto lavorativo, alterando il rapporto con la realtà (deficit differenziazione) e proteggendo la sua autostima.

Nei confronti del terapeuta, Filippo segue uno schema relazionale dominante, generalizzabile ai suoi rapporti interpersonali; lo stato mentale che lo caratterizza è stato identificato dal paziente come Don Chisciotte. Quest'ultimo è caratterizzato da teorie moralizzanti sul mondo, sui rapporti umani, presentati in modo del tutto slegato dalla propria esperienza personale. Questo stato mentale motiva il paziente nello sforzo di elaborare pensieri da conferire ad alta voce, in contesti come riunioni e altre situazioni simili. In contesti relazionali più ristretti, Filippo non tollera il silenzio perché non sa cosa l'altro sta pensando di lui. Don Chisciotte, in questi casi, ha il compito di proteggere il paziente dalla paura di "non esistere". Quest'ultimo stato mentale, identificato come "sé trasparente", si manifesta ogniqualvolta non riceve un feedback da parte degli altri. A tal proposito, Filippo ha mostrato anche condotte esibizioniste, parlando con molta disinibizione di prostituzione, di rapporti sessuali e di masturbazioni in pubblico. L'atteggiamento e il linguaggio del paziente, sembrano in questi casi, voler manipolare l'attenzione del terapeuta. Durante una delle prime sedute, Filippo ha condotto la masturbazione durante tutto l'arco di tempo. Dal momento che il paziente ha mantenuto l'attenzione consapevole al compito di monitoraggio su un episodio non inerente all'argomento sessuale, è ipotizzabile che abbia avuto un episodio dissociativo. L'esibizionismo potrebbe rientrare in un tentativo primitivo di manipolare l'attenzione dell'altro; già in passato Filippo ha utilizzato questa strategia di cooping con la stessa finalità. Tuttavia la masturbazione è un'altra modalità utilizzata per alleviare l'angoscia di non esistenza: la stimolazione sessuale e il piacere che ne deriva, confermano a Filippo di esistere. Questa attività, pur comportando la frequentazione di luoghi che offrono tali prestazioni sessuali, non genera sensi di colpa rispetto alla relazione coniugale; tuttavia conferma al paziente di avere un sé con aspetti disgustosi e degni di critica. Attività di volontariato e frequentare la chiesa hanno per Filippo un ruolo espiatorio rispetto a questa condotta.

Quando riceve critiche, il paziente avverte una forte rabbia e una grande distanza interpersonale; il Don Chisciotte interviene per difendersi dalla critica e spesso ciò comporta un allontanamento dalla situazione reale (deficit differenziazione) e un atteggiamento giudicante rabbioso.

A	B	C
Una parente dell'assistito sorprende Filippo mentre dorme sul lavoro	Non è giusto che il mio posto di lavoro mi faccia fare due turni di seguito! La signora sta esagerando, è troppo apprensiva, non dovrebbe reagire così, non è successo nulla di grave.	Rabbia Autostima (sorride con superiorità)

Figura 2. Abc di un episodio di rabbia nel quale il paziente sposta la sua inadeguatezza volgendo critiche all'altro, alterando il rapporto con la realtà (deficit differenziazione) e proteggendo la sua autostima.

A	B	C
La coniuge di un conoscente ha atteggiamenti accudenti nei confronti del proprio partner	Sicuramente sono atteggiamenti falsi, è una bugiarda! Non è giusto! Non è giusto che io non abbia tali attenzioni (non riferito)	Critica e sdegno nei confronti della donna Rabbia (la rabbia maschera la tristezza relativa al mancato soddisfacimento del bisogno di ricevere accudimento)

Figura 3. Abc di un episodio di rabbia nel quale il paziente critica l'atteggiamento di cura di una donna verso il proprio coniuge, al fine di ridurre l'invidia e la tristezza provata per non ricevere le stesse attenzioni da sua moglie.

La grande distanza interpersonale legata alla percezione della critica attiva in Filippo la sensazione di non appartenenza, la quale si accompagna alla paura di entrare in contatto con il "sé trasparente": il Don Chisciotte impedisce questo.

Probabilmente Filippo, allo scopo di avvertire un minimo di condivisione con l'altro, ha iniziato ad assorbire gusti e preferenze degli altri, atteggiati senza una reale partecipazione personale. L'attivazione massiccia di questo processo ha comportato che il paziente non fosse più in grado di riconoscere cosa realmente incontrasse il suo gusto. Questa modalità frammentata di ricercare condivisione ha progressivamente fatto disperdere il sé del paziente, al punto che il non ricevere il feedback lo fa sentire trasparente. Quindi "l'altro" è diventato sempre più fondamentale per Filippo in quanto funzionale alla sua identità; questo potrebbe aver determinato l'attenuazione dei tratti evitanti in favore della comparsa dei tratti istrionici. *Don Chisciotte presenta dei tratti istrionici, nella misura in cui cerca di manipolare l'attenzione dell'altro per ottenere la prova della sua esistenza: la ricerca di qualcosa di non concreto e slegato dai propri desideri e valori, indebolisce ulteriormente il sé del paziente.*

A	B	C
Filippo partecipa ad una riunione con diverse persone che sono in silenzio	Devo trovare qualcosa da dire, (è terrificante questa situazione, sento che non esisto)	(Angoscia) elaborazione di contenuti moralizzanti da conferire al pubblico

Figura 4. Abc di un episodio di angoscia durante il quale egli percepisce di non esistere poiché non riceve le attenzioni dal prossimo.

Quando Filippo percepisce una certa "sintonia" con l'altro, in quanto riceve attenzione, subentra un altro stato caratterizzato dalla paura di perdere tale sintonia. Ciò è legato alla paura dell'abbandono: se il paziente riconosce di esistere solo in relazione all'altro, risulta comprensibile quanto l'altro sia indispensabile per lui e quindi quanta paura abbia di perdere la sintonia trovata. La paura dell'abbandono non è stata direttamente espressa dal paziente; il quale, per preservare la relazione, predilige uno stile passivo-aggressivo: Filippo ritiene che esprimere in forma diretta determinati contenuti possa determinare la fine della relazione, di conseguenza utilizza strategie quali ritardi, mancati appuntamenti e attribuzione delle proprie critiche a terzi.

A	B	C
Al termine della seduta il paziente realizza che il terapeuta non potrà seguirlo oltre il termine delle sue ore di tirocinio presso il servizio	La relazione con il terapeuta finirà, questo è terribile, perderò questa sintonia (non direttamente riferite)	Angoscia, tristezza (non direttamente riferite) Alla seduta successiva Filippo non si presenta, se non alla fine dell'ora, per scusarsi dell'imprevisto

Figura 5. Abc di un episodio di angoscia nel quale il paziente, in previsione della fine della terapia, emette una condotta finalizzata a dimostrare al terapeuta che lui non ha bisogno di queste "chiacchierate". Inoltre anche la motivazione fornita era tale da non giustificare l'accaduto.

A	B	C
Il terapeuta riferisce al paziente dell'episodio sopra descritto, facendogli prendere coscienza del suo timore dell'abbandono	Essere soli è terribile	Ansia e disperazione

Figura 6. Abc di un episodio di ansia e disperazione nel quale il paziente, dopo lo svelamento dei pensieri del terapeuta, prende consapevolezza del suo timore di abbandono e delle motivazioni alla base del suo comportamento nella seduta precedente. È ipotizzabile che il paziente ritenga che la fine della relazione comporti smettere di esistere.

In definitiva, la relazione con l'altro è vissuta in termini prestazionali da Filippo, il quale con atteggiamento compiacente cerca di "recitare" il ruolo che crede che l'altro si aspetti da lui. Questo avviene anche nella relazione con il terapeuta: egli pensa a cosa dovrebbe dire da bravo paziente e

quando la seduta finisce, prova liberazione e riduzione della pressione. È possibile che avere un determinato ruolo da recitare gli renda più facile identificarsi con alcuni attributi di personalità, i quali eliminano il timore di essere trasparente. Recitare corrisponde a far propria l'identità di un personaggio e contemporaneamente mantenere una certa protezione dal giudizio degli altri.

A	B	C
Recitare un personaggio	È bellissimo, posso essere quello che voglio (quindi esisto)	Gioia, serenità

Figura 7. Abc di un episodio di gioia nel quale il paziente ricorda il benessere provato quando recitava di essere qualcuno in presenza di un pubblico intento a prestare attenzione. In tali momenti l'attenzione dell'altro fa sentire Filippo visibile.

Fattori e processi di mantenimento

Dal momento che le teorie e le intellettualizzazioni del Don Chisciotte sono slegate dal sé, esse risultano vuote e prive di riferimenti soggettivi. Questo comporta che in relazione all'altro, Filippo venga giudicato falso e ciò fa avvertire al paziente il senso di non appartenenza, il quale riattiva lo stato del Don Chisciotte. Quest'ultimo lo protegge dalla critica spostando gli attributi negativi su chi rivolge la critica e questo comporta un ulteriore dispersione del sé. Don Chisciotte in questo modo allontana Filippo dalla realtà, però riesce a non farlo sentire trasparente. Ciò rinforza e mantiene lo stato Don Chisciotte.

Inoltre la moglie del paziente, potrebbe assolvere per mezzo di critiche continue, al compito di confermare a Filippo di non essere trasparente.

Scompenso

Il paziente riporta di aver subito, all'età di sei anni, diversi episodi di abuso da parte di un ragazzo di 15 anni. Il vissuto di umiliazione unito al senso di colpa nei confronti di sé stesso non hanno ricevuto alcuna elaborazione nel contesto famigliare.

Riporta, nello stesso periodo, che una delle amichette insisteva per guardare il suo pene mentre orinava per strada. L'episodio è probabile che abbia fatto scoprire in modo casuale al paziente il piacere della pratica esibizionista, condotta prevalentemente sul balcone di casa al fine di ricevere l'attenzione dell'altro. Il feedback negativo che tale pratica ha avuto, è possibile che abbia spinto il paziente a ricercare una modalità più matura, quale il Don Chisciotte. Infatti il paziente sospetta che i vicini abbiano riferito ai suoi genitori delle sue attività masturbatorie e che il padre abbia, per tale

motivo, proposto lui di frequentare una prostituta. Ancora una volta la mancanza di risorse genitoriali, impedisce l'acquisizione di modalità adeguate per gestire le sue emozioni e le sue paure.

Storia di vita e vulnerabilità storica

Filippo descrive un padre succube di una madre fredda, non accudente e ipercritica; quest'ultima probabilmente ha ostacolato il processo di costruzione dell'identità per mezzo dell'identificazione con attributi buoni. L'esperienza di abuso è stata comprensibilmente nascosta dal paziente il quale però, non avendo le risorse per elaborare e gestire i pensanti vissuti di vergogna e sensi di colpa, ha subito pesanti conseguenze traumatiche. È possibile che attributi negativi e umilianti fossero inaccettabili e l'attribuzione di tali caratteristiche all'altro potrebbe essere stata l'unica modalità per permettere al paziente una forma di adattamento.

A scuola sopportava con molta fatica le critiche che le maestre gli rivolgevano circa il suo andamento, il quale risulta costantemente mediocre. Il paziente iniziò a frequentare l'oratorio e il corso di teatro, esperienza descritta come molto positiva, perché sul recitare sul palco gli permetteva di essere quello che voleva.

Fino ai 35 il paziente, nonostante diverse corteggiatrici, preferisce pagare prostitute o dedicarsi alla masturbazione. Queste condotte permettono di evitare il corteggiamento, durante il quale avrebbe potuto deludere le aspettative. Riporta difficoltà di concentrazione nello studio legate alla ruminazione su strategie per racimolare i soldi necessari per le prestazioni sessuali, dalle quali spesso cercava il lato sentimentale e affettivo. A 35 anni conosce l'attuale moglie, tale scelta è descritta come "obbligata" dal fatto di volersi mettere in regola e costruire una famiglia come tutti gli altri.

Gli episodi di ansia generalizzata coincidono con la partenza al militare: Filippo durante i primi viaggi preferiva farsi accompagnare da suo padre; percepiva tutti gli altri come estranei e giudicanti e viveva malissimo la lontananza da casa. Grazie al padre, ottenne un incarico giudicato più vicino alle sue capacità e la sua esperienza militare si connota di aspetti positivi.

Ottiene un posto di lavoro fisso presso un magazzino ma dopo aver rifiutato una riduzione a part-time, Filippo è licenziato e per i successivi due anni finge una depressione per ottenere la pensione e occuparsi delle faccende domestiche. Successivamente, spronato dalle critiche della moglie, decide di cercare lavoro e da circa cinque anni presta occasionalmente servizio per un'associazione.

Vulnerabilità Attuale

Filippo non ha costruito nulla di significativo, quindi mancano dei riferimenti concreti che permettano di far diminuire l'importanza del feedback degli altri. Inoltre i rapporti con la famiglia non sono in grado di fornire alcuna risorsa. Le continue critiche della moglie impediscono a Filippo di trovare attributi positivi con i quali ricompattare il proprio sé. Infine, gli schemi interpersonali del paziente creano difficoltà nel costruire e mantenere un'alleanza in terapia.

Terapia

Strategie e obiettivi sono stati discussi durante tutto il corso della terapia al fine di sostenere l'alleanza attraverso l'empirismo collaborativo. Interventi psicoeducazionali volti alla spiegazione dei sintomi ansiosi hanno avuto lo scopo di non trascurare la richiesta del paziente dal momento che la terapia farmacologica e i deficit metacognitivi hanno reso impossibile un lavoro su di essi. Inoltre, i deficit di integrazione e monitoraggio hanno generato confusione e opacità nella mente del terapeuta.

Ho discusso con il paziente gli item critici della SCID II, soffermandomi sulle caratteristiche del funzionamento, dato il particolare assetto relazionale. L'atteggiamento compiacente di Filippo ha permesso una parziale condivisione dell'obiettivo di riduzione della confusione mentale. La prima fase dell'intervento si è quindi focalizzata sul potenziamento delle capacità metacognitive del paziente; in particolare, per favorire le capacità integrative, ho svolto interventi di sintesi volti a conferire ai suoi contenuti un filo logico e un'organizzazione gerarchica. Le domande poste hanno condotto Filippo a mettere ordine nella sua confusione, facendolo confrontare con la conflittualità delle rappresentazioni (tecniche di chiarificazione e confronto). A conclusione di ogni seduta ho fatto insieme al paziente delle sintesi, elaborando promemoria al fine di rafforzare la memoria tra le sedute e per aiutarlo a fruire dell'intervento, aumentando la sua capacità di mentalizzare i contenuti della terapia. Per le difficoltà di monitoraggio, gli episodi critici sono stati analizzati utilizzando lo schema degli A-B-C, prescrivendo la stessa attività durante degli episodi di ansia notturna ma evitando di dare la definizione di compito, data la forte vulnerabilità al giudizio. Il paziente non ha collaborato e ciò è stata un'occasione per dedicare la seduta alla ricostruzione delle sue emozioni e pensieri in corrispondenza di una richiesta "prestazionale". Le capacità di monitoraggio, parzialmente acquisite, erano accessibili per indagare il primo degli stati mentali di Filippo: il timore del giudizio. Ho validato il paziente e ho ammesso la mia responsabilità rispetto al non aver chiarito il senso dell'attività di monitoraggio; ho inoltre normalizzato l'esperienza di non sentirsi all'altezza rispetto ad una situazione nuova. L'intervento sulla relazione ha permesso che il paziente riconoscesse che il suo pensiero fosse assorbito da cosa avrebbe dovuto dirmi nell'intento di aderire

alle mie aspettative. Filippo è stato guidato a riconoscere lo stato mentale nelle sue relazioni e insieme abbiamo dato un nome ad esso per costruire una condivisa consapevolezza. Il timore del giudizio è stato collegato alla sua relazione con una madre fredda e ipercritica. Ho invitato il paziente a riflettere sui costi di questa condotta, utilizzando il noi universale al fine di promuovere l'accettazione all'interno di un clima non giudicante. Attraverso il lavoro sulla relazione terapeutica Filippo ha preso consapevolezza di questa sua modalità di essere in relazione: grazie agli interventi di svelamento, egli ha confrontato la sua lettura della mente con la realtà, sperimentando una relazione non giudicante e migliorando le sue capacità di decentramento.

Affrontare l'analisi di questo primo stato mentale con il paziente ha rappresentato un'occasione per sentirsi inadeguato; questo ha fatto emergere superiorità, distacco e atteggiamenti passivo-aggressivi di attacco alla terapia. Esplorando emozioni e pensieri successivi alle critiche, abbiamo quindi riconosciuto lo stato mentale chiamato Don Chisciotte. L'attacco alla terapia è stato il seguente: "*Mia moglie dice che è inutile che vengo qui, tanto alla fine facciamo una chiacchierata"*. Ho scelto di rispondere con il seguente intervento: *"Comprendo che lei ritenga che questa terapia possa non essere utile, tuttavia potremmo vedere insieme su quali obiettivi muoverci in modo da poter successivamente verificare se c'è stato o meno un progresso"*. Quest'ultima scelta ha avuto un duplice obiettivo: ho attribuito la critica al paziente, facendogli sperimentare un terapeuta che lo vede; inoltre, validando e riconoscendo le emozioni del paziente ho mostrato che le critiche non sono distruttive sulla relazione.

Attraverso la tecnica del Laddering, partendo dalle emozioni relative alla critica ricevuta, è stato identificato il significato negativo temuto, il quale ha richiamato un altro stato mentale: il sé trasparente. Esplorare questi contenuti ha favorito l'emergere in seduta di quest'ultimo, quindi ho introdotto un nuovo obiettivo: "*Comprendo che deve essere terribile sentirsi trasparente, tuttavia quando lei si sente così il suo viso cambia, mi guarda più spesso negli occhi,(…). Io la riesco a vedere molto bene. Le andrebbe se aiutassi anche lei a vedersi?*". Descrivendo al paziente le caratteristiche fisiche che si accompagnano al suo sentirsi trasparente, ho voluto fargli fare esperienza di quanto fosse visibile, aiutandolo a differenziare tra stato mentale e realtà. Ho esplorato con il paziente le sue relazioni ricostruendo l'instaurarsi della condotta masturbatoria come mezzo per alleviare l'angoscia di non esistere e pertanto non mossa da un desiderio sessuale. Filippo ha riconosciuto i sentimenti di vergogna e indegnità elicitati dal fatto di essere stato al centro massaggio e l'analisi dei costi e dei benefici ha promosso la volontà di implementare modalità differenti per gestire questo stato mentale. In questi momenti egli utilizzava un promemoria che

riportava: il carattere transitorio dello stato mentale, le sue origini e una breve descrizione del sé, mediante attributi della personalità precedentemente identificati attraverso l'analisi dei momenti di benessere (estrapolando preferenze e desideri).

In questa fase della terapia il paziente ha compiuto un'esperienza correttiva: provare vergogna senza la protezione del don Chisciotte, accompagnata dallo svelamento dei miei pensieri, non ha confermato l'aspettativa di essere degno di disprezzo.

Esplorando nuovamente lo stato mentale del Don Chisciotte, ho mostrato a Filippo che esso risulta un'evoluzione dell'esibizionismo adolescenziale, più adattivo in quanto efficace nel promuovere una certa sintonia interpersonale, anche se con conseguenze sull'integrità del sé. Lo stato mentale del Don Chisciotte è stato esplorato per identificare le funzioni al quale assolve; stimolando il monitoraggio del paziente, sono state anche riconosciute le dinamiche responsabili della sua attivazione. Ho ritenuto opportuno riportare l'intervento sulla relazione terapeutica, rispetto alla quale il paziente ha adeguatamente riconosciuto la presenza di questo stato mentale. Ho quindi metacomunicato circa l'impatto del Don Chisciotte su di me, utilizzando il "noi" universale: se affermiamo concetti e teorie esprimendoli senza dei riferimenti personali, daremo all'altro un'impressione di falsità e ne eliciteremo una critica. Ho inoltre validato e riconosciuto il ruolo adattivo che questo stato mentale ha per il paziente; infatti esso è molto importante nel garantire un certo suo equilibrio, quindi ho ritenuto opportuno correggerlo, attraverso una maggiore personalizzazione dei contenuti. A tale scopo ho invitato il paziente a riprodurre nei momenti di disagio relazionale, un Don Chisciotte meno critico e più aderente ai propri desideri, in modo da condurre una scoperta guidata.

Per favorire l'integrazione e la consapevolezza del carattere transitorio degli stati mentali, questi sono stati inseriti all'interno di un diagramma, costruito insieme al paziente e utilizzato per descrivere gli episodi relazionali. La ricostruzione degli stati mentali problematici all'interno della storia di vita del paziente, ha contribuito a notevoli insight da parte di Filippo e la costruzione di una conoscenza mentalistica condivisa degli eventi vissuti ha dato più coerenza e integrità al sé. Filippo ha riletto la sua esperienza attuale come organica e dotata di senso, nonostante l'emergere di tratti depressivi.

Successivamente ho indirizzato l'attenzione di Filippo sulla sua tendenza a parlare di sé descrivendosi in relazione alla moglie, analizzando come questa modalità contribuisca all'impoverimento della sua identità. Abbiamo privilegiato una forma di discorso che mettesse al centro i bisogni e le emozioni di Filippo, lavorando sull'elaborazione di alternative spiegazioni al

comportamento della moglie, al fine di migliorare il decentramento. Lo stesso lavoro è stato fatto su altri episodi al fine di migliorare la capacità metacognitiva di differenziazione, promuovendo una lettura basata sull'esperienza tangibile, separandola dalle speculazioni su di essa. Gli elementi della realtà sono stati costantemente presi in esame con molta enfasi per migliorare il più possibile l'adesione ad essi.

Ho progressivamente validato i progressi fatti da Filippo; tuttavia ciò riattivava uno stato mentale collegato alla prestazione e al giudizio: ho optato per un giusto equilibrio tra validazione e atteggiamento più neutrale, stimolando il paziente a riconoscere lo stato mentale.

Al fine di promuovere il decentramento e una tolleranza del senso di non condivisione, ho spiegato al paziente come la sintonia con l'altro non sia una caratteristica stabile e ho normalizzato l'esperienza di oscillazione. Ho attualizzato questo nella relazione terapeutica, prendendo in considerazione un tema rispetto al quale avessimo posizioni simili e non, invitando Filippo a monitorare le proprie sensazioni durante la conversazione. Ho ricordato al paziente anche le sensazioni sperimentate durante gli insight e l'ho invitato a cogliere i diversi gradi di sintonia sperimentata.

Ho promosso una conversazione che si spostasse dai toni critici a quelli esplorativi rispetto alle intenzioni degli altri. L'intervento sulle capacità di decentramento del paziente su un episodio ha elicitato il riconoscimento di un suo bisogno fondamentale. Il paziente ha preso consapevolezza della immotivata rabbia nei confronti di una persona e sulle modalità con le quali essa è stata agita. Ho promosso una lettura più profonda dell'episodio, spiegando al paziente come spesso, per ridurre l'invidia verso qualcosa che desideriamo, la critichiamo per abbassarne il valore. Filippo ha preso consapevolezza del suo bisogno di ricevere cure e della tristezza elicitata dall'atteggiamento critico della moglie grazie all'utilizzo di una tecnica immaginativa. Questo ha permesso di "vedersi di più" e ha promosso l'emergere della consapevolezza che il timore di essere abbandonato, perché non degno di ricevere cure, è legato alla sua esperienza con la madre. Alla validazione ed elaborazione di tali vissuti è seguita un'analisi degli effetti di questa memoria traumatica nelle difficoltà relazionali attuali con la moglie, la quale è stata associata dal paziente, alla madre. Sono emersi atteggiamenti più aggressivi nei confronti di quest'ultima; ho legittimato la rabbia del paziente e ho lavorato sull'accettazione.

Le ultime fasi hanno previsto il consolidamento delle abilità metacognitive e la ricostruzione della storia delle problematiche del paziente. Analizzando i contenuti che si accompagnavano alla vicina chiusura della terapia, sono riemersi i vissuti di abbandono del paziente, il quale la seduta

successiva ha saltato l'incontro. Abbiamo analizzato insieme questa condotta ed un intervento utile è stato quello di svelare al paziente il mio stato mentale e l'emozione; l'intervento ha suscitato una forte commozione nel paziente e ha aperto uno spazio per validare empaticamente il suo vissuto. Per far acquisire al paziente una modalità gestione di questo sentimento ho utilizzato la sua rappresentazione del padre: le sue qualità di buon padre sono in qualche modo una traccia del genitore, il quale anche se defunto, continua a rivivere in questa forma. Ho spiegato al paziente che l'obiettivo del lavoro insieme è quello di fornire degli strumenti per renderlo più efficace e autonomo: Filippo ha gestito la perdita attraverso la comprensione più ampia del fine della terapia.

Valutazione di esito

Il miglioramento delle capacità metacognitive è stato dedotto dai seguenti fattori: riduzione della sensazione soggettiva di confusione mentale, fluidità del dialogo clinico, narrazione più realistica di episodi critici e decremento dei conflitti coniugali. Il monitoraggio della relazione terapeutica ha permesso di valutare i miglioramenti relazionali del paziente, considerando la scomparsa di atteggiamenti seduttivi e svalutanti. L'efficacia di molti interventi è stata potenziata dall'attuazione di essi in vivo nella relazione terapeutica.

L'intervento è stato limitato dal tempo disponibile; sarebbe stato opportuno implementare le abilità sociali attraverso l'inserimento in un gruppo. Inoltre, in considerazione delle numerose difficoltà nella modulazione della relazione terapeutica, sarebbe stato il caso di delegare il problema sessuale ad un co-terapeuta.

Barbara Masciopinto
Psicologa – Psicoterapeuta, Bari e Conversano
Specializzata a Lecce, Traning Semerari-Mosticoni
E mail: b.masciopinto@virgilio.it

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

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

psicoterapeuti in-formazione

2016, NUMERO 18

I gesti autolesivi di Natalia

Fiore M. A. Mancini[1]

[1]Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale - (APC Lecce)

Riassunto

Lo scopo del seguente lavoro è stato quello di ridurre i comportamenti autolesivi messi in atto da Natalia, sostituendoli con dei comportamenti alternativi più funzionali per la gestione delle emozioni. Natalia presenta una compromissione dell'identità che è stata trattata con la terapia cognitivo-comportamentale attraverso l'implementazione del sé.
Parole Chiavi: identità, atti autolesivi, regolazione emotiva

Summary

The purpose of the following work was to reduce Natalia's self-damaging acts, by replacing them with more functional alternative behaviors for the management of emotions. Natalia has a compromised identity that has been treated with Cognitive Behavioral Therapy through self- implementation.
Key words: identity, self-damaging acts, emotional regulation.

Dati anagrafici

Natalia è una ragazza di 15 anni, studente. Il nucleo familiare è composto dalla madre (40 anni), dal fratello (19 anni) e dal compagno della madre (45 anni). La mamma lavora in una mensa scolastica, il compagno è panettiere. Il papà biologico di Natalia e del fratello si è allontanato dalla famiglia quando Natalia aveva all'incirca 3 anni; non ha mantenuto rapporti né con l'ex moglie né con i figli. Poco dopo la separazione, la mamma conosce l'attuale compagno con il quale inizia una convivenza tuttora in atto. Al momento del colloquio il fratello di Natalia vive dai nonni da circa un anno ed è in trattamento presso la stessa struttura alla quale si è rivolta Natalia. La presenza dei nonni materni nelle dinamiche familiari è rilevante, poiché a tratti molto invischianti.

Fiore M. A. Mancini, I gesti autolesivi di Natalia, *N. 18, 2016, pp. 43-49.*
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

Al momento del primo colloquio Natalia è iscritta al secondo anno di un istituto tecnico professionale.

Richiesta e invio

La famiglia di Natalia si rivolge alla struttura nella quale svolgo attività di tirocinio su segnalazione della psicologa che lavora nella scuola a cui Natalia era iscritta il primo anno di scuola media superiore. Al momento del primo colloquio, il fratello di Natalia frequenta la stessa struttura da circa un anno ed è in trattamento per problematiche riguardanti ritiro sociale e ideazioni fobico/ossessivo con condotte di evitamento.

Natalia compie atti autolesivi, tagli e bruciature di sigaretta su varie parti del corpo. Ha recentemente confessato alla mamma di aver pensato di defenestrarsi, agendo fino ad arrivare, per poi fermarsi, al cornicione del terrazzo della casa in cui abita. Le situazioni elicitanti gli atti autolesivi sono molteplici, strettamente legate a forti attivazioni emotive della ragazza che subito dopo essersi fatta del male, in preda all'agitazione, comunica alla mamma quanto avvenuto mostrandole le ferite. La mamma, preoccupata, la medica cercando di calmarla.

La terapia farmacologica prescritta dallo psichiatra consiste nell'assunzione di un antidepressivo, di uno stabilizzatore dell'umore e di un ansiolitico in gocce, farmaco quest'ultimo da assumere all'occorrenza. I farmaci prescritti sono stati più volte modificati nell'arco del tempo a causa degli effetti collaterali più o meno gravi riportati dalla ragazza. L'efficacia e la continuità nell'assunzione della terapia farmacologica è stata raggiunta all'incirca a un anno di distanza dall'inizio della stessa. Natalia è una paziente ad alto rischio di esordio psicotico.

La raccolta delle informazioni, anche semplicemente di quelle biografiche, e il colloquio stesso sono difficoltosi. Per quanto Natalia abbia un eloquio spigliato e fluente, esprime contenuti confusi e non integrati che confondono a loro volta chi la ascolta. I racconti di Natalia sono delle descrizioni di cose avvenute e dette, che difficilmente, almeno nei primi mesi di terapia, contengono chiari riferimenti alle emozioni provate o ai risvolti emotivi delle situazioni descritte.

Biografia

Nella storia di vita di Natalia l'evento che più di tutti per la ragazza rappresenta un trauma è l'abbandono subito dal papà. Lei riferisce di avere vaghi ricordi del periodo passato insieme ma afferma: "*Io ricordo che un giorno c'era e il giorno dopo no. Ed è stato poi sempre così. Forse io*

non ero giusta per lui". Infatti, pur non vivendo più con la famiglia da quando Natalia aveva tre anni, il padre ha continuato a vedere la bambina fino all'età di cinque anni, momento in seguito al quale se ne è effettivamente disinteressato. L'abbandono viene visto come un rifiuto da parte del papà direttamente riferibile a se stessa.

Quando il fratello comincia a manifestare i sintomi della propria patologia e a stare male, Natalia ha 14 anni. Vive l'accaduto con sentimenti di forte preoccupazione nei confronti del fratello e ha la netta percezione di *"non essere vista, di essere trascurata"*.

Natalia dice di essere sempre stata *"peperina"* e che *"faccio le cose senza pensare"*.

Storia del disturbo

Iscritta al primo anno di un istituto tecnico professionale, vede le sue compagne di classe mettere in atto comportamenti autolesivi. Natalia racconta di aver cominciato per curiosità a provocarsi ferite con il taglierino o la lametta del temperamatite opportunamente smontato. Questo comportamento entra così a far parte del suo repertorio comportamentale. Natalia non racconta e/o dice di non ricordare in quali occasioni e quanto spesso decide di ferirsi, certo è che inizialmente tali ferite sono tenute nascoste alla mamma. Natalia non parla con piacere di quanto accaduto durante il suo primo anno di scuola superiore e almeno nei primi mesi di terapia, capita spesso che chieda di non parlarne, richiesta che è prontamente accolta.

Durante lo stesso periodo subisce atti di bullismo da una sua compagna di classe; anche per questo argomento le informazioni sono frammentate e vaghe. Ciò che racconta è che questa ragazza la insultava dicendole quanto fosse stupida e brutta. Quando non era vista, Natalia veniva schiaffeggiata e/o riceveva forti pizzichi. Natalia racconta quanto accaduto alla psicologa che presta servizio presso il suo istituto che si attiva informando la famiglia. Al termine dell'anno scolastico Natalia e la mamma decidono di cambiare scuola. Natalia spaventata dall'esperienza di bullismo non vuole più frequentare quella scuola.

Natalia si inserisce molto bene nella nuova classe. Conosce nuove persone con le quali inizia a fare uso saltuario di cannabis e alcool. La famiglia ne viene a conoscenza per mezzo della stessa Natalia. Segue un periodo di continui litigi. A questo momento risale l'inizio dei comportamenti autolesivi così come vengono riportati nel primo colloquio. A nulla servono i tentativi da parte della mamma e dei familiari di eliminare da casa oggetti con i quali Natalia possa farsi del male. Infatti, Natalia comincia a bruciarsi con i mozziconi delle sigarette.

Natalia comincia a non andare a scuola, dichiara di non sentirsi più a suo agio.

Nel giro di qualche settimana la mamma decide di prendere un appuntamento presso la struttura precedentemente indicata.

Concettualizzazione del terapeuta

La difficoltà di Natalia nella discriminazione degli stimoli la conduce all'emissione di comportamenti disfunzionali in presenza di stimoli indiscriminati. La classe degli stimoli equivalenti è perciò eterogenea. Questa condizione rende i comportamenti osservati pervasivi e la presenza di rinforzi immediati da parte dell'ambiente ne garantisce il mantenimento.

Gli eventi di vita hanno condotto Natalia ad avere uno scarso riconoscimento di sé se non attraverso gli altri.

Gli atti di bullismo, l'abbandono da parte del papà, le attenzioni non ricevute durante l'esordio della malattia del fratello, sono tutte esperienze che hanno provocato in Natalia una costante disconferma del Sé, da cui ne è derivato un Sé indegno. In tutte queste situazioni Natalia si sente rifiutata, esclusa, non vista. La mancanza di regole certe in famiglia non ha permesso l'apprendimento di comportamenti utili per la costruzione di esperienze di autonomia.

Le dinamiche familiari, spesso invischianti, criticanti, colpevolizzanti, creano confusione e ambiguità. Per esempio non è facile capire se le decisioni a casa di Natalia vengano prese dalla mamma o dalla nonna; ancora, può capitare che la mamma rimproveri Natalia per aver passato tutta la mattinata a letto, per poi passare lei l'intero pomeriggio sul divano giocando al cellulare.

Natalia non ha imparato a gestire e a riconoscere come funzionali le emozioni che prova. Le emozioni molto intense sono connotate aversivamente; ne è spaventata. Per esempio, le critiche espresse dei familiari nei confronti degli atteggiamenti di Natalia sono spesso seguite da violente esplosioni di rabbia alle quali seguono sentimenti di intensa colpa; anche in questo caso le critiche sono disconfermanti ed elicitano rabbia (emozione che insieme alla tristezza viene elicitata nel momento in cui c'è una compromissione dell'identità). Inoltre, Natalia fatica a tollerare l'intensa emozione di colpa che segue le sue esplosioni rabbiose ed emette comportamenti auto lesivi, i quali probabilmente sono funzionali alla gestione delle emozioni; compiere l'azione stessa "di tagliarsi" e la reazione fisiologica che ne deriva permettono a Natalia di distogliere l'attenzione dall'emozione percepita, che di conseguenza si riduce, rinforzando negativamente il comportamento autolesivo; il controllo interpersonale ottenuto in termini di attenzione, accudimento e comprensione svolge d'altra parte un rinforzo positivo.

Il riconoscimento del sé si costruisce grazie alla differenziazione dagli altri, alla distinzione dei propri comportamenti come 'non di altri'. Questa funzione svolge un ruolo fondamentale nella formazione dell'Identità di una persona.

Nel descriversi Natalia spesso fa riferimento a sé come "*diversa da mio fratello; penso che W. è il bianco e io sono il nero e non riesco a trovare una soluzione*". Le stesse osservazioni sono da sempre state fatte, sotto forma di critica e di paragone, dai membri della famiglia, soprattutto dalla mamma e dalla nonna. La classe di equivalenza dei comportamenti connotati come "faccio ciò che mio fratello non fa" svolge la funzione di aumentare la riconoscibilità di sé, in quanto ha appreso che solo in questo modo viene vista dalla famiglia. Fumare cannabis, bere alcool, andare alle feste, avere tanti amici, avere relazioni sentimentali, reagire impulsivamente, rispondere con rabbia, curarsi nell'aspetto sono alcuni dei comportamenti fino ad ora identificati che fanno parte di questa classe equivalente.

"Nel fare le cose che il fratello non fa", Natalia si riconosce costante nel tempo e agente rispetto alle scelte fatte. La funzione di *sameness* è così preservata.

La riduzione degli atti autolesivi e la *compliance* alla terapia farmacologica e psicoterapeutica sono gli obiettivi su cui ci si è concentrarsi nei primi mesi di trattamento.

Trattamento

Già dal primo incontro emerge chiaramente la diffidenza che Natalia ha nel parlare di se stessa.

Nelle primissime fasi della terapia Natalia tenta di saltare gli appuntamenti. Per le prime tre sedute è necessario chiamarla telefonicamente per convincerla dell'utilità dell'incontro. In seguito, ciò non sarà più necessario. Nei primi mesi, ai momenti di disponibilità al racconto, si contrappongono momenti di silenzio, caratterizzati da atteggiamenti oppositivi e/o sfidanti. La risposta a tali atteggiamenti è stata quella di non porvi attenzione ma di continuare la conversazione mostrando interesse per qualsiasi risposta verbale venisse data. L'intento è stato quello di rinforzare ciò che Natalia aveva da dire e non quello che faceva. Tale scelta ha avuto esito positivo; Natalia ha iniziato a rispondere a ciò che le si chiedeva, mostrandosi collaborante al colloquio. È così stato possibile iniziare a consolidare la relazione terapeutica, funzionale alla possibilità di instaurare un dialogo atto al reperimento delle informazioni utili per definire e descrivere il funzionamento di Natalia.

La seduta psicoterapeutica ha iniziato, così, a essere il luogo nel quale Natalia ha trovato la possibilità di raccontarsi. Uno spazio dove Natalia sta iniziando molto lentamente a porre attenzione

al Sé come contesto, grazie all'ascolto empatico e non giudicante, alla validazione delle emozioni provate, fornendo allo stesso tempo risorse di *coping*.

Gli atti autolesivi sono significativamente diminuiti nel momento in cui Natalia ha iniziato a riportare in seduta le emozioni esperite. È stato così possibile effettuare un intervento di psicoeducazione sulle emozioni riportate e una contestualizzazione delle stesse. In terapia Natalia ha sperimentato una modulazione più funzionale e adattiva delle emozioni anche se probabilmente per Natalia, la gestione delle emozioni è difficile e fobigena.

Ridurre fino a far scomparire i comportamenti disadattivi è aversivo per Natalia. Il riconoscersi quasi sempre come "l'opposto del fratello", come "malata", è un probabile ostacolo alla terapia. Il cambiamento terapeutico è di per sé aversivo, controproducente, poiché potrebbe far venir meno una funzione dell'Identità, ossia il riconoscimento di se stessa come malata. Per questo è stato necessario implementare il Sé, in modo tale che Natalia potesse riconoscersi anche come persona "non malata".

Le difficoltà nell'adeguamento della terapia farmacologica hanno rappresentato un ostacolo risolto da appena tre mesi. Periodi di forte agitazione psicomotoria caratterizzati da inversioni del ritmo sonno-veglia seguivano periodi di abulia e anedonia. Pur non arrivando mai a sperimentare episodi depressivi e/o fasi maniacali, la gestione della terapia in questi periodi è stata più difficoltosa a causa dell'impulsività, della disregolazione emotiva e della scarsa motivazione di Natalia.

La problematica che ci si pone di affrontare nei prossimi mesi è la resistenza di Natalia alla ripresa della scuola, comportamento che in parte trova l'approvazione della mamma.

Il trattamento, a distanza di 15 mesi dal suo inizio, è tuttora in corso.

Fiore M. A. Mancini
Psicologa-Psicoterapeuta, Putignano (BA)
Specializzata a Lecce, training Mosticoni, Semerari
e-mail: mancini.fiore@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

psicoterapeuti in-formazione

2016, NUMERO 18

Vittoria: Disturbo Ossessivo Compulsivo con tratti di personalità paranoide

Chiara Muscarà[1]

[1]Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale - Messina

Riassunto

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

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

Summary

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

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

Presentazione caso

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

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

Chiara Muscarà. Vittoria: DOC con tratti di personalità paranoide,, *N. 18, 2016, pp. 50-69.*
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

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

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

Descrizione problema

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dalla Somministrazione della TAS- 20 risulta:

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

>= 61: Alessitimia positiva
50-60: Alessitimia Indeterminata
< 50: Alessitimia negativa

Totale	59/100

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

Pensieri ossessivi	18
Compulsioni	19
Totale	37

Dalla somministrazione del PI risulta:

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

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

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

- Diagnosi soddisfatta per Disturbo ossessivo compulsivo [3000.3 (F42)]. Specificatore: Con Insight Scarso - l'individuo pensa che le convinzioni del disturbo ossessivo - compulsivo siano probabilmente vere
- Diagnosi sottosoglia per disturbo paranoide di personalità. Risultano soddisfatti i seguenti criteri:

A. 1 Sospetta, senza fondamento, di essere sfruttato/a, danneggiato/a o ingannato dagli atri.
2 Dubita senza giustificazione, della lealtà o affidabilità di amici e colleghi.
3 Legge significati nascosti umilianti o minacciosi in osservazioni o eventi benevoli.

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

Profilo Interno del Disturbo

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

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

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

Figura 1: ABC esemplificativi degli stati mentali di Vittoria.

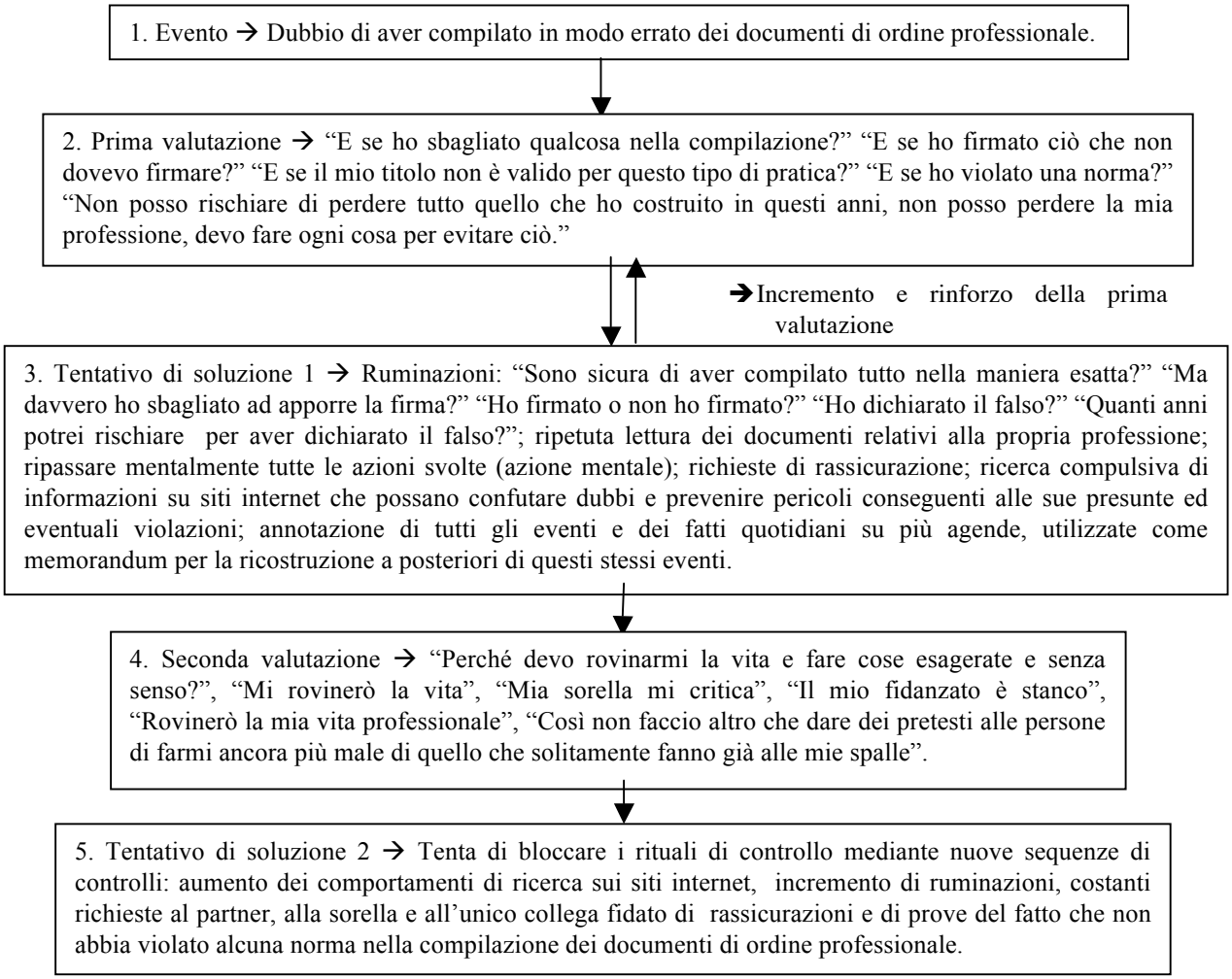

Figura 2: Profilo interno dell'attività ossessiva di Vittoria (Mancini, 2008; 2016).

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

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

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

Stati mentali problematici

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

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

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

Schemi di Sé e dell'Altro

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

Ciclo interpersonale

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

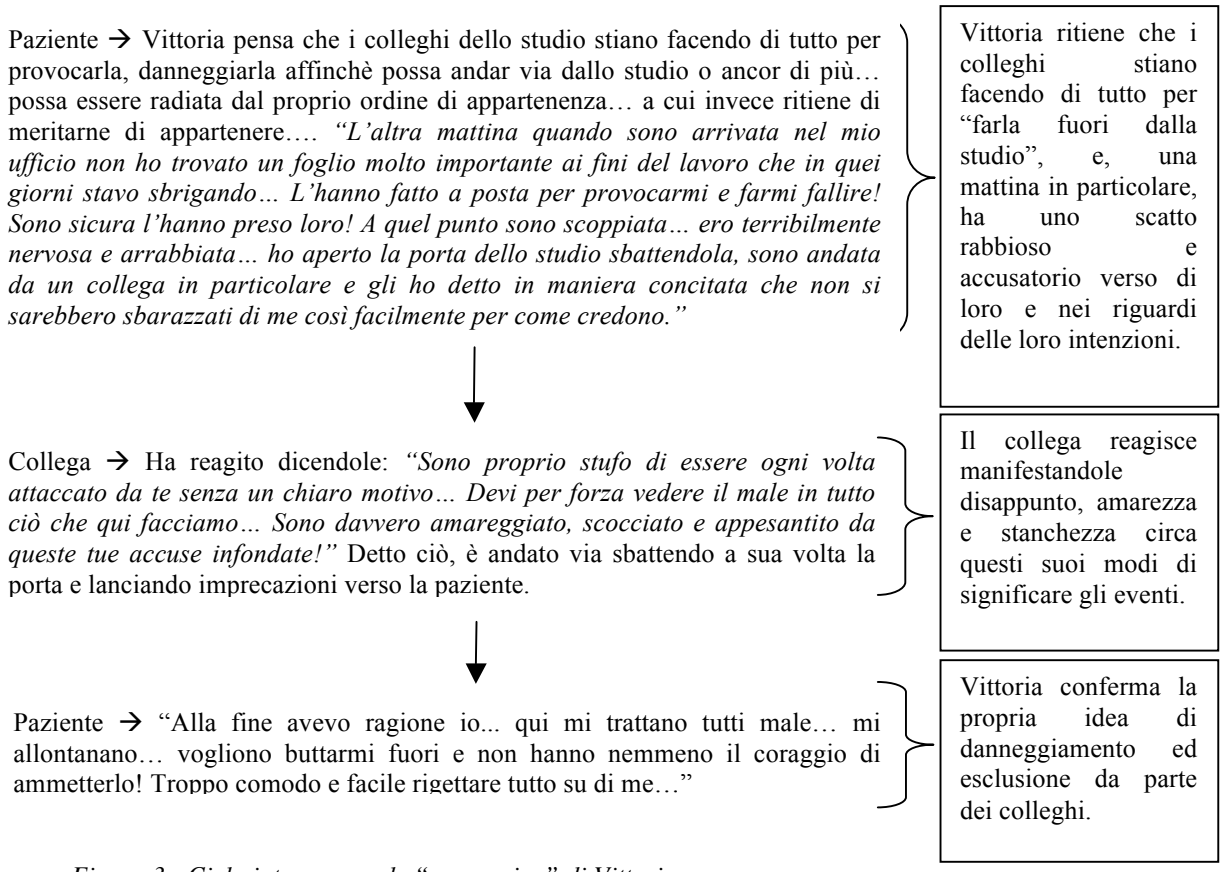

Figura 3: Ciclo interpersonale "aggressivo" di Vittoria.

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

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

Funzionamento metacognitivo

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

Fattori e processi di mantenimento

Credenze e bias cognitivi:

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

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

- Sovradimensionamento della nozione di responsabilità: il non poter prevenire danni potenziali, per omissione ecc., è vissuto come una colpa personale oggettiva[1]. *Vittoria: "Non doveva succedere… ma come è stato possibile, come?! Non mi posso permettere un errore del genere!"*
- Sovrastima della minaccia: *S*ovrastima della probabilità che possano accadere determinati eventi pericolosi ed una sovrastima della gravità degli stessi e di ciò che ne potrebbe conseguire oggettiva[2]. *Vittoria: "Questo errore di compilazione prima o poi salterà fuori… e a quel punto potrei essere denunciata… bloccata professionalmente… e potrei benissimo rischiare anche restrizioni cautelari… perderò tutto ciò che ho costruito e voluto con sacrificio e grande fatica… la mia professione… i miei beni… le mie relazioni più intime."*
- Intolleranza dell'incertezza e urgenza di ottenere una certezza che sia tale al 100 %[3]. *Vittoria: "Vorrei capire precisamente dove si trova adesso questo benedetto documento… se è stato visionato e da chi… dove è stato riposto… fintanto che non capirò ciò fino in fondo non riuscirò a stare tranquilla!"*
- Perfezionismo: tendenza da parte della paziente a credere che esista una "soluzione perfetta" dinnanzi ad ogni problema e che, di contro, "soluzioni non perfette" possano comportare conseguenze catastrofiche[4]. *Vittoria: "Se non modifico quel modulo nella maniera più corretta potrei incorrere in pesanti sanzioni… potrei essere denunciata…"*.

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

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

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

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

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

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

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

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

Scompenso

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

Vulnerabilità

Vulnerabilità storica

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

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

Vulnerabilità attuale

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

Trattamento psicoterapeutico

Obiettivi espliciti:

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

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

Obiettivi impliciti:

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

Intervento sulla alleanza terapeutica

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

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

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

Intervento sulle ossessioni e sulle compulsioni

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

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

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

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

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

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

Intervento sul rimuginìo

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

Intervento sulla rabbia

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

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

Intervento sull'aspetto di personalità paranoide

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

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

Esiti

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

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

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

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

Bibliografia

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (V ed.),* Arlington: American Psychiatric Association Publishing.

Arntz, A. R., & *Weertman*, A. (1999). Treatment of Childhood memories: Theory and practice. In *Behaviour Research and Therapy*, 37, 8, pp. 715-740.

Franceschina, E., Sanavio, E., & Sica, C. (2004). I disturbi d'ansia. In Galeazzi, A., & Meazzini, P., *Mente e comportamento. Trattato italiano di psicoterapia cognitivo – comportamentale* (p. 261). Firenze: Giunti Editore.

Gragnani, A., Buonanno, C. (2016). Tecniche di ristrutturazione cognitiva. In Mancini, F. (a cura di), *La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo – compulsivo* (pp. 255-256). Milano: Raffaello Cortina Editore.

Gragnani, A., Toro, B., De Luca, L., Cavagnoli, M., Mancini, F. (2003). L'efficacia nelle tecniche cognitive nella riattribuzione della stima della probabilità. *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, 9, 2, pp. 1986-1992.

Luppino, O. I. (2016). L' ERP come pratica dell'accettazione. In Mancini, F. (a cura di), *La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo – compulsivo* (pp. 333-336). Milano: Raffaello Cortina Editore.

Mancini, F. (2008). I sensi di colpa altruistico e deontologico. *Cognitivismo Clinico*, 5, 123–144.

Mancini, F., D'Olimpio, F. (2016). Scopi e credenze determinanti prossimi dei sintomi ossessivi. In Mancini, F. (a cura di), *La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo – compulsivo* (pp. 47-51). Milano: Raffaello Cortina Editore.

Mancini, F., D'Olimpio, F., & Cieri, L. (2004). Manipulation of responsibility in non-clinical subjects: does expectation of failure exacerbate obsessive compulsive behaviours? *Behaviour Research and Therapy*, 42, 449–457.

Mancini, F., & Gangemi, A. (2010). Il ragionamento nel disturbo ossessivo - compulsivo. *Research in Psychoterapy*, 2(13): 191-216.

Mancini, F., & Gragnani, A. (2004). Gli homework nel disturbo ossessivo – compulsivo. In Baldini, F., (a cura di), *Homework: un'antologia di prescrizioni terapeutiche* (pp. 105-136). Milano: McGraw-Hill.

Mancini, F., & Perdighe, C. (2008). Il disturbo ossessivo compulsivo. In Mancini, F., & Perdighe, C., *Elementi di Psicoterapia Cognitiva* (pp. 118-127). Roma: Giovanni Fioriti Editore.

Nicolò, G. & Nobile, M. S., (2003). Il modello del disturbo paranoide di personalità. In Dimaggio G., Semerari A (a cura di, I *Disturbi di Personalità. Modelli e trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali* (pp. 366 e 370-372). Roma: Editori Laterza.

Pellacchia, G., & Semerari, A., (2016). I casi (quasi impossibili). In Carcione, A., Nicolò, G., & Semerari, A. *Curare i casi complessi. La terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità* (p. 239). Roma: Editori Laterza.

Perdighe, C., Gragnani, A., & Rainone, A. (2016). L' accettazione del rischio tecniche cognitive. In Mancini, F. (a cura di), *La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo – compulsivo* (pp. 303-306). Milano: Raffaello Cortina Editore.

Semerari, A., Moroni, F., & Procacci, M., (2016). Differenziazione e Decentramento. In Carcione, A., Nicolò, G., & Semerari, A. *Curare i casi complessi. La terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità* (pp. 201 e 207). Roma: Editori Laterza.

Semerari, A., Pellacchia, G., & Carcione, A., (2016). La relazione terapeutica. In Carcione, A., Nicolò, G., & Semerari, A. Curare i casi complessi. La terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità (pp. 126-127). Roma: Editori Laterza.

Van Oppen, P., & Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 79–87.

Dott.ssa Chiara Muscarà

Psicologo, Messina.

Training: Fiore – Procacci, Reggio Calabria

E–mail: c.muscara@yahoo.it

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

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

psicoterapeuti in-formazione

2016, NUMERO 18

Mina: un disturbo d'ansia generalizzata e panico

Cristina Salvatori[1]

[1]Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale -Associazione Psicoterapia Cognitiva (APC), Roma – Centro in Movimento, Fondi-

Riassunto

In questo articolo viene descritto il caso di Mina è una donna con diagnosi di disturbo d'ansia generalizzato e disturbo di panico. Oltre alla presenza di numerosi scopi difficilmente realizzabili, si può individuare nella donna un conflitto tra scopi. Se da una parte lo scopo è quello di non provare emozioni sgradevoli e non essere sopraffatta dalle emozioni, dall'altra non preoccuparsi delle problematiche familiari indicherebbe una mancanza di interesse: per Mina uno degli scopi più importanti è quello di essere una buona madre e una buona moglie. La preoccupazione le genera una serie di emozioni e sensazioni sgradevoli che però sono per lei indice di grave malessere e questo oltre ad essere inaccettabile le rende impossibile star dietro alla propria famiglia. Verrà illustrato il profilo interno della paziente, le vulnerabilità che hanno indotto la paziente a sviluppare il disturbo e verrà descritta la terapia nelle varie fasi.

Parole chiave: disturbo di panico, ansia generalizzata, preoccupazione, conflitto tra scopi.

Mina: a generalised anxiety and panic disorder

Abstract

In this article it is described the Mina's case, a women affected by generalised anxiety and panic disorder. We can observe in Mina the tendency to set unlikely achievable goals which are also in conflict among them. As a matter of fact on one hand she does not want to feel unpleasant-negative emotions and she tries to avoid to be overwhelmed by them; on the other hand for Mina is very important to be a good mother and wife and she feels that to be not worried about problems related to her family indicates a lack of interest. However those worries generate unpleasant feelings and emotion which she interprets as signals of weakness that make her unable to take care of her family. In this article first of all will be outlined Mina's inner profile by discussing the vulnerabilities that generate the disorders and secondly will be described each stage of the adopted therapy.

Key words: panic disorder, generalised anxiety disorder, worry, conflict among goals

Introduzione

Mina è una donna di 68 anni, casalinga, vive con il marito in un paese di provincia, lo stesso in cui è nata ed ha sempre vissuto. Viene ai colloqui sempre accompagnata dal marito, il quale

Cristina Salvatori, Mina, un caso di GAD e panico *N. 18, 2016, pp. 70-81.*
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

l'aspetta pazientemente nella sala d'attesa e con il quale sostiene di avere un buonissimo rapporto. *"Siamo io e lui, ci facciamo sempre compagnia"*. A seguito di una crisi ipertensiva avvenuta a Marzo, Mina inizia a sviluppare una serie di preoccupazioni riguardanti il proprio stato di salute e a mantenere un atteggiamento iper vigile rispetto ad ogni segnale corporeo. A Maggio dello stesso anno il marito ha dovuto subire una piccola operazione ma, nonostante il buon esito di questa, la signora ha iniziato a sviluppare una serie di preoccupazioni riguardanti il proprio stato di salute e quello del marito. Il medico di base le consiglia quindi di rivolgersi al Centro di Salute Mentale e la donna ha accesso al servizio a Giugno. Inizio a vedere la paziente ad Ottobre su invio della psichiatra del CSM che la segue farmacologicamente (prescrivendole le seguente terapia: Elopran 24 mg: 12 gocce; Xananx 8 gocce mattina e sera). Mina appare ben curata nell'aspetto e disponibile al colloquio; si mostra spaventata per il proprio stato e, superato l'imbarazzo iniziale, esprime chiaramente il proprio malessere con un'esplicita richiesta d'aiuto. L'eloquio è fluente e coerente e la paziente si descrive come una donna *"peperina, sempre piena di energie e che non si è mai fermata di fronte a nulla"* mentre ora *"non riesce più a far nulla"*. Non sa cosa le accade ma da prima dell'estate, ogni giorno, al risveglio viene colpita da un forte stato di "agitazione" che si manifesta con tremori, crampi allo stomaco, nausea, e senso di confusione. In alcuni casi l'agitazione e l'attivazione somatica sono talmente forti che teme di dover essere ricoverata; in particolare teme che questo possa essere legato a scompensi cardiovascolari, sebbene il cardiologo l'abbia rassicurata a riguardo. Per il timore di sentirsi male evita di uscire da sola o di rimanere sola a casa. Inoltre riferisce di passare molto tempo a preoccuparsi del proprio stato di salute, di quello del marito e della condizione lavorativa del figlio quarantenne, che convive con la compagna e che è ormai disoccupato da più di 4 anni. Trascorre molte ore al giorno assorta nei propri pensieri che le impediscono di star bene quando si trova in compagnia di altre persone. Dice di non riconoscersi più e si sente molto triste. Tutto ciò l'ha condotta a passare molto tempo senza far nulla, riducendo le proprie attività domestiche ed extradomestiche. Trascorre le sue giornate oscillando tra stati di anedonia, apatia e di forte preoccupazione.

Storia di vita

Ultima di 4 figli, Mina perde il padre quando ha 8 mesi. L'uomo era stato ricoverato per dolori addominali ma a seguito di un'operazione, rispetto alla quale la paziente non sa riferire ulteriori informazioni, muore per complicazioni post-operatorie. La mamma, oberata di impegni, la affida a degli zii, con i quali cresce fino all'età di 12 anni. Racconta che in quegli anni, pur trovandosi bene a casa con gli zii e le cugine più grandi (parla della zia come di una "seconda mamma") si sentiva

spesso "*trascurata ed abbandonata"*. In quel periodo imparò a non dare disturbo, ad essere la bambina che portava sempre buoni voti e che non *"lasciava mai le sue cose fuori posto"*. Questo le permetteva di ricevere spesso l'attenzione della zia che la lodava e la faceva sentire brava. Descrive la sua infanzia come un'infanzia triste nella quale sperimentava una sensazione di diversità rispetto alle altre bambine per il fatto di non avere una famiglia "normale". *"Non ho mai potuto invitare un'amichetta a casa perché sentivo che quella non era casa mia"*. All'età di 7 anni il fratello maggiore muore annegato. Di quel periodo ricorda la grande sofferenza della mamma e i suoi tentativi fallimentari di farla star bene. All'età di 12 anni torna a casa con la madre che ricorda essere sempre nervosa, "aspra" e poco affettuosa nei suoi confronti. Ciononostante in quel periodo inizia a frequentare diverse compagne di classe e ricorda di aver cominciato a star meglio. A 16 anni conosce il suo attuale marito, all'età di 24 anni si sposa e dopo qualche anno nasce il figlio. Con il matrimonio racconta di aver sperimentato un grandissimo cambiamento nella propria vita: finalmente capisce cosa significa avere una famiglia e una propria casa. A quel punto dice di essersi sentita realizzata e di aver iniziato a dedicare al marito e al figlio *"tutto l'amore possibile"*. Riferisce di esser sempre stata abituata a non "piangersi addosso" e che solo grazie al marito ha imparato cosa significa potersi *"appoggiare"* su qualcuno. Racconta, ad esempio, di quanto sia stato importante il sostegno del marito nell'affrontare i gravi problemi di salute che il figlio ha dovuto affrontare da bambino. Descrive quel periodo, superato grazie *"all'impegno e all'amore"* dedicatogli, come uno dei più brutti. Riferisce di essere stata soddisfatta della propria vita e realizzata nel proprio lavoro, quello di casalinga, *"perfetta nel pulire, cucinare, stirare e star dietro ai miei uomini (marito e figlio)"*, fino a prima dell'esordio della sintomatologia ansiosa.

Dall'osservazione clinica è possibile distinguere le seguenti diagnosi in base ai criteri del DSM-V:

<u>Disturbo di panico</u>: Presenza di più attacchi di panico seguiti da timore per il verificarsi di un nuovo attacco

Palpitazioni, sudorazione, nausea, tremori, paura di perdere il controllo, di svenire, di morire

<u>Agorafobia:</u> Caratterizzato dal timore di trovarsi in luoghi affollati, utilizzare mezzi di trasporto, uscire di casa da sola e trovarsi in spazi chiusi. La preoccupazione è relativa al timore di non poter ricevere aiuto qualora dovesse sentirsi male.

<u>Disturbo d'ansia generalizzato</u>

Caratterizzato da una eccessiva preoccupazione riguardante diversi ambiti, da una marcata difficoltà nel controllare la preoccupazione, affaticabilità, difficoltà di concentrazione, irritabilità e

tensione muscolare. I timori riferiti riguardano principalmente le preoccupazioni di Tipo1 (*Wells 1997*) quali la possibilità di ammalarsi, la possibilità che il marito si ammali e la disoccupazione del figlio e le preoccupazioni di Tipo 2 (*Wells 1997*) quali la sensazione di mancanza di controllo e l'idea che il rimuginio indichi uno stato pericoloso.

A Mentre cucino avverto una sensazione di debolezza	B Oddio che succede? Mi sto sentendo male, ora svengo qui, e lascio tutto sottosopra.	C Ansia Forte giramento di testa
C/A'	B' Ecco, sto per svenire ora succede il macello.	C' Panico Chiamo mio marito e mi sdraio
A Al risveglio avverto un senso di malessere	B Come sto? Mmmm anche oggi non va affatto bene. Si prospetta un'altra giornataccia	C Agitazione. Dolori addominali. Nausea. Check
C/A'	B' Ecco, ora anche il mal di stomaco, ma cosa mi prende??!!!	C' Ansia 9 Nausea. Vertigini. Prendo farmaco antiemetico
C'/A''	B'' Ormai non riesco a fare niente, sto diventando dipendente dalle gocce. Sono penosa, non mi posso nemmeno più guardare allo specchio.	C'' Tristezza. Mi metto a letto
A Sento al TG una notizia sulla disoccupazione giovanile	B Come si fa? Marco non troverà mai lavoro. Io non lo posso aiutare economicamente. Come farà povero figlio mio?	C Ansia 7 Rimugino sulle possibili soluzioni.
C/A'	B' Passo tutto il mio tempo a pensare a queste cose, ormai non penso ad altro. Mi sto proprio ammalando	C' Ansia +

Scopi e anti-scopi: Essere sempre efficiente e in grado di gestire le situazioni problematiche Portare sempre a termine con successo ciò che inizio Essere una persona sulla quale si può contare Non essere un peso per gli altri Non provare sensazioni ed emozioni sgradevoli Avere una famiglia felice Tenere sotto controllo le proprie emozioni Essere una buona madre e moglie
Regole: Se non mi preoccupo per qualcosa significa che non mi interessa Se la mia famiglia non sta bene la mia vita non ha senso Se mostro di star male gli altri potrebbero pensare che sono una debole Se sto male non posso occuparmi della mia famiglia Se non mi preoccupo per mio figlio sono una madre irresponsabile Se dovesse accadere qualcosa ai "miei uomini" sarei finita Se mi preoccupo troppo significa che sto male Se mio marito non ci fosse sarei persa Se sto male sono una persona debole
Credenze: Una madre che non si preoccupa è una madre irresponsabile, L'ansia mi impedisce di svolgere adeguatamente i miei doveri Senza la mia famiglia la mia vita non ha valore E' essenziale mantenere gli impegni presi La mia famiglia è tutto ciò che ho Non riesco più a controllare le mie preoccupazioni Senza il mio aiuto mio figlio non può farcela

Figura 1 Profilo interno

Sono stati somministrati i seguenti test:

ASI: (Ottobre 2014) 48- ansia elevata/panico; (Marzo 2015) 40; (Settembre 2015) 22- normale/bassa ansia

STAI Y1(M=43,85; DS=12.06): (Ottobre 2014) 68 (Settembre 2015) 47.

STAI Y2 (M=43,25; DS=9.85): (Ottobre 2014) 60 (Settembre 2015) 50.

Oltre alla presenza di numerosi scopi difficilmente realizzabili, si può individuare nella donna un conflitto tra scopi. Se da una parte lo scopo è quello di non provare emozioni sgradevoli e non essere sopraffatta dalle emozioni, dall'altra non preoccuparsi delle problematiche familiari indicherebbe una mancanza di interesse e quindi non essere una buona madre e una buona moglie.

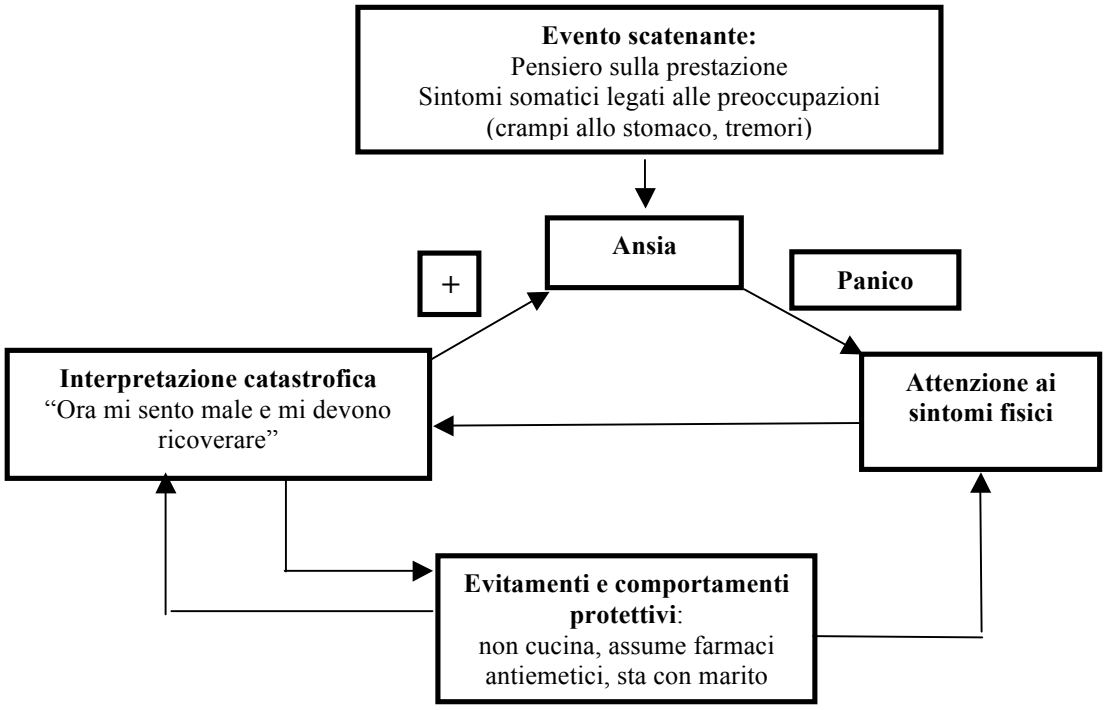

Figura 2: Modello Panico (*Clark, 1986*) con aggiunta del ciclo di mantenimento

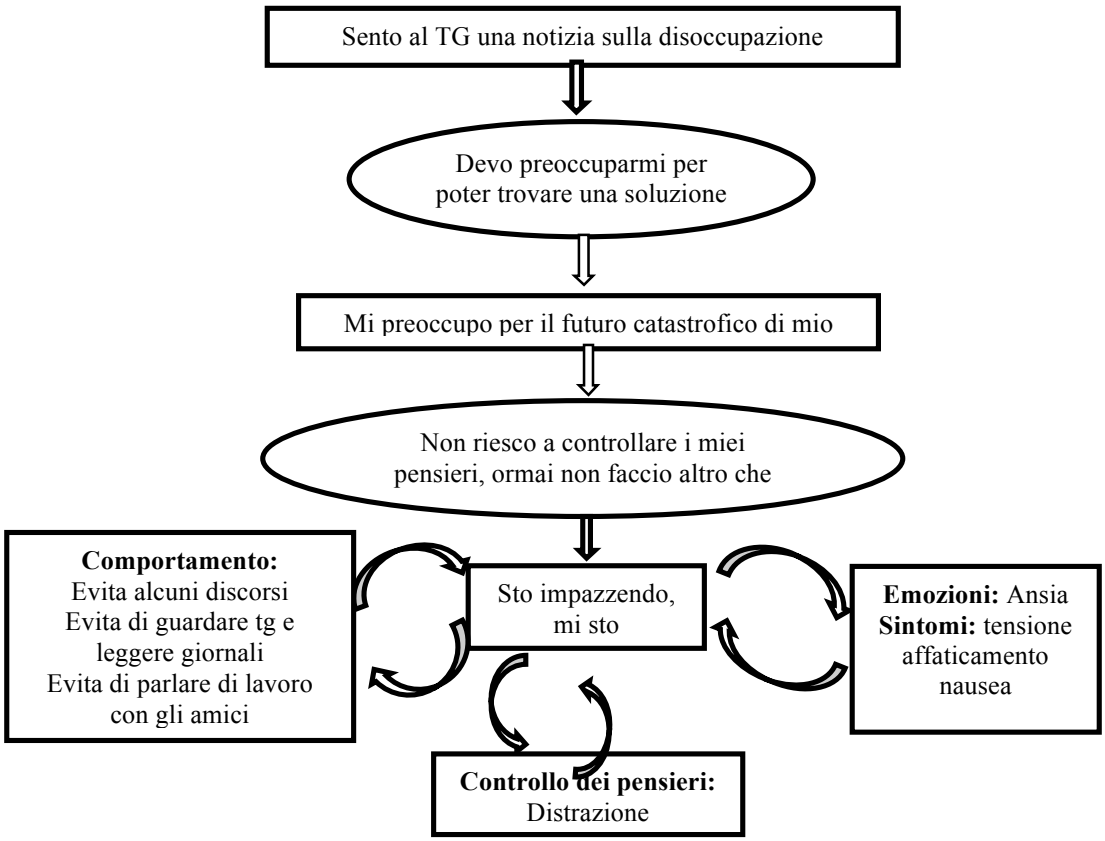

Figura 3: Modello GAD (*Wells, 1995)*

Fattori di mantenimento

Per quanto riguarda il disturbo di panico l'iper focalizzazione sulle sensazioni corporee la induce a sviluppare un'attenzione selettiva rispetto a manifestazioni somatiche che altrimenti non verrebbero notate. Inoltre i comportamenti protettivi (assunzione farmaco per nausea e vertigini; misurazione ripetuta della pressione arteriosa; ricerca della presenza costante del marito) non le permettono di sperimentare la natura transitoria degli stati ansiosi. Gli evitamenti delle situazioni che potrebbero generarle ansia e preoccupazione (trovarsi in luoghi aperti e lontani da casa, impegnarsi nella preparazione di pietanze complesse) mantengono intatta la credenza che qualora dovesse sentirsi male questo avrebbe esiti catastrofici. Infine i pensieri secondari di autocritica rispetto alla propria condizione le mantengono un'idea di sé come debole e non più in grado di gestire le situazioni problematiche. Questo aumenta il senso di minaccia percepito, in quanto le proprie risorse non sembrano essere sufficienti per fronteggiarla e ciò le genera maggiore

preoccupazione ed ansia.

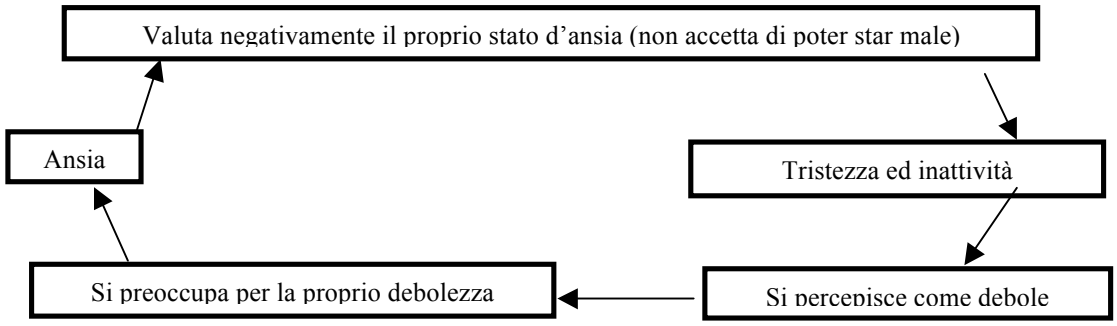

Figura 4: Rappresentazione del circolo vizioso di mantenimento dell'ansia

Per quel che riguarda l'ansia generalizzata il rimuginio le dà l'illusione di poter risolvere i propri problemi ma in realtà alimenta le preoccupazioni di 2 tipo. L'evitamento di situazioni che le stimolano le preoccupazioni (tg, ospedali, discorsi riguardanti malattie) le mantiene attiva la credenza che preoccuparsi sia pericoloso.
La richiesta di rassicurazioni aumenta lo stato di apprensione e la percezione di incapacità nel gestire la situazione e la distrazione, al pari dell'evitamento, le mantiene l'idea di pericolosità della preoccupazione.

Scompenso

La crisi ipertensiva che l'ha portata al ricovero ha reso la donna più sensibile ai segnali corporei legati all'ansia. Per quanto riguarda il GAD probabilmente l'intervento chirurgico che il marito ha dovuto sostenere ha sensibilizzato la donna rispetto alla presenza di malattie e alla possibilità che il marito stia male.

Vulnerabilità

Riguardo alla vulnerabilità storica, l'essere affidata agli zii, a seguito della morte precoce del padre, ha dato a Mina l'idea di non far parte di una famiglia "normale" e l'ha esposta ad un senso di diversità rispetto alle proprie coetanee. In questo modo la serenità familiare è diventata un elemento imprescindibile nella vita della donna. La morte del padre, a seguito di complicanze post-operatorie, ha sensibilizzato la donna al timore delle malattie. Il clima emotivo presente in casa, a seguito della morte del fratello, ha portato la paziente a non esprimere le proprie emozioni per non dare preoccupazioni ai propri cari. Inoltre la paziente, su continue raccomandazioni della madre, ha

appreso che si poteva ottenere l'amore degli altri solamente comportandosi alla perfezione, non arrecando disturbo e comportandosi sempre in maniera esemplare. Gli importanti ed improvvisi lutti hanno sensibilizzato la donna rispetto al fatto che nella vita possano avvenire inaspettatamente eventi spiacevoli.

Rispetto alla vulnerabilità attuale, si può osservare: l'elevata Anxiety Sensitivity; sintomi dell'ipertensione che rendono difficoltosa la distinzione con la sintomatologia ansiosa. L'età avanzata, con i relativi malanni associati, la predispongono a sperimentare preoccupazioni relative al proprio stato di salute e a quello del marito. La disoccupazione del figlio mantiene attiva la preoccupazione riguardo il benessere di quest'ultimo.

Terapia

La terapia è iniziata ad Ottobre 2014 e si è conclusa a Settembre 2015. Gli incontri si sono svolti con cadenza settimanale. Il piano di trattamento ha previsto più fasi:

Fase di assessment

Raccolta di informazioni anamnestiche e ricostruzione delle situazioni nelle quali la paziente sperimentava maggiormente il proprio malessere. Somministrazione dei test.

Obiettivo preliminare

Notando la grande difficoltà della signora nel riconoscere e discriminare i differenti stati emotivi (tristezza ed ansia in particolare), descritti come generale malessere, abbiamo stabilito come primo obiettivo quello di imparare a distinguere le diverse emozioni esperite.

Lavoro di psicoeducazione

In questa prima fase è stato necessario svolgere una psicoeducazione di base affinché la donna iniziasse a distinguere i propri stati mentali. Si è rivelato utile l'utilizzo della tecnica degli ABC sebbene la comprensione di questi abbia comportato un tempo piuttosto lungo a causa della scarsa capacità di mentalizzazione della paziente.

Primo obiettivo terapeutico

Considerando come, a causa del disturbo di panico, la signora stesse riducendo sempre più le proprie attività e come questo stesse influenzando notevolmente l'umore, ho ritenuto opportuno condividere come primo obiettivo il miglioramento nella gestione dell'ansia e la riduzione degli attacchi di panico.

Lavoro sul panico

Inizialmente è stato necessario concentrarsi sulla costruzione del circolo vizioso del panico e sull'individuazione dei comportamenti di evitamento, protettivi e di attenzione selettiva che

mantenevano il problema. Utilizzando la tecnica degli ABC ho chiesto alla signora di svolgere dei compiti di monitoraggio rispetto ai propri stati emotivi, appuntando ogni volta che si fosse sentita particolarmente in ansia. Una volta condivisi accuratamente quali fossero gli effetti fisiologici di questa emozione, ho invitato la signora a ridurre i comportamenti protettivi, dopo aver concordato con il medico di base di interrompere l'assunzione dei farmaci antiemetici e la misurazione ripetuta della pressione. In questo periodo, a seguito di un episodio luttuoso avvenuto nel condominio della signora, si è osservato un esacerbarsi della sintomatologia ansiosa in termini di frequenza ed intensità e ciò ha indotto la psichiatra ad aumentare la posologia.

La diminuzione dell'intensità dell'ansia, derivante dall'assunzione di farmaci, ha permesso di lavorare sulla riattivazione comportamentale attraverso delle esposizioni programmate con il duplice obiettivo di ridurre gli evitamenti e di attivarla per contrastare l'aspetto depressivo emergente. La signora aveva smesso di cucinare per il timore di sentirsi male durante la preparazione e di lasciare tutto in disordine senza portare a compimento il proprio lavoro. Attraverso il laddering è emerso come questo fosse legato al timore di essere debole e potersi sentire male durante la preparazione correndo il rischio di non concludere alla perfezione il proprio lavoro: ciò avrebbe significato essere una cattiva madre, moglie e donna di casa. Dopo aver discusso socraticamente e ridefinito il significato dell'essere una buona madre, moglie e donna di casa, e di come fosse necessario correre il rischio di sentirsi male per poter raggiungere il suo obiettivo, abbiamo stabilito una gerarchia (in base alla difficoltà di preparazione e quindi di ansia suscitata) delle pietanze da preparare. La paziente ha così iniziato il programma di esposizione tornando gradualmente a cucinare tutto. Ciò ha avuto un effetto benefico rispetto alla riattivazione comportamentale e all'accettazione del rischio di poter fare qualcosa in modo imperfetto. L'umore è migliorato notevolmente e Mina si è sentita molto rassicurata osservando miglioramenti nel proprio stato d'ansia. Sebbene gli attacchi di panico non si presentassero più, la donna mostrava difficoltà nel ridurre i comportamenti protettivi, in particolare l'assunzione di farmaci (in particolare quelli per le vertigini) e la continua ricerca del marito. Ad una nuova misurazione dell'ASI, il punteggio è risultato ancora molto alto ed ho ritenuto quindi necessario iniziare degli esercizi di esposizione enterocettiva. In particolare abbiamo lavorato sulle sensazioni di tremori e sensazione di sbandamento attraverso alcuni esercizi svolti in seduta e altri assegnati per casa (*tendere i muscoli del corpo; ruotare la testa ripetutamente*). La paziente molto diligentemente ha svolto anche questi home-work e questo ha avuto un effetto positivo sull'interpretazione dei sintomi dell'ansia (spesso associata alle preoccupazioni inerenti il GAD), non più vissuti in maniera catastrofica.

Secondo obiettivo terapeutico

Sebbene le attivazioni fisiologiche dell'ansia non inducessero più panico nella paziente, questa continuava a passare molto tempo preoccupata rispetto al proprio stato di salute, a quello del marito e alla disoccupazione del figlio. Abbiamo stabilito quindi come secondo obiettivo la riduzione del tempo trascorso a preoccuparsi.

Lavoro sull'ansia generalizzata

Preoccuparsi sembra essere per Mina l'unica cosa da farsi di fronte a problematiche per le quali si sente impotente. Attraverso la preoccupazione la donna ha l'illusione di poter controllare la situazione e il rimuginio è il tentativo di trovare una soluzione al futuro catastrofico previsto. Inizialmente è stato necessario distinguere tra lo stile di pensiero improntato al *problem solving* e il rimuginio, evidenziando come non vi fossero dei vantaggi a lungo termine legati a quest'ultima modalità ed eliminando in questo modo le credenze positive legate all'attività del rimuginare. E' stato utile utilizzare la tecnica del *doppio standard* per far osservare alla signora che non preoccuparsi non significa essere superficiale o disinteressata. Allo stesso tempo è stato importante lavorare socraticamente sulle preoccupazioni di Tipo 2 (timore delle preoccupazioni) e dopo avere individuato quali fossero gli evitamenti e come questi contribuissero a mantenere il problema, abbiamo concordato di ridurli. Ciononostante il tempo passato a rimuginare, come risultava dal *diario del monitoraggio* dei pensieri richiesto alla paziente, era comunque molto elevato. Ho trovato quindi utile definire dei periodi di *preoccupazione controllata*. In questo modo il tempo passato a rimuginare è stato inizialmente circoscritto ai periodi prestabiliti, per poi ridursi gradualmente sempre più. Contemporaneamente abbiamo introdotto all'interno delle sedute degli spazi dedicati alla *mindfulness* per favorire, attraverso l'osservazione dei pensieri il distanziamento da questi. Ciò ha permesso una minore identificazione con essi ed una maggiore capacità di concentrazione rivolta al momento presente. Questo ha avuto un effetto benefico e il tempo trascorso a rimuginare si è ridotto notevolmente, così come la sensazione di tensione costante e il fastidio rivolto alle altre persone.

Prevenzione delle ricadute:

In questa fase finale abbiamo svolto colloqui inizialmente a cadenza bisettimanale, dilazionando poi sempre più gli incontri. Abbiamo ripercorso insieme le tappe della terapia cercando di individuare quali fossero state le difficoltà maggiori (in particolare la sensibilità alle attivazioni fisiologiche dell'ansia e la difficoltà a disinvestire sullo scopo di efficienza). Abbiamo provato ad

immaginare le situazioni che in futuro potrebbero predisporla a provare ansia e riesaminato eventuali risposte da mettere in atto. Con l'obiettivo di farle sperimentare una condizione di benessere a prescindere dalla propria vita familiare le ho suggerito di individuare delle attività a cui dedicarsi. La donna ha deciso, dopo qualche resistenza di iniziare a frequentare il centro anziani del paese.

Alleanza e relazione terapeutica

Mina si è mostrata da subito molto motivata alla terapia, presentandosi puntualmente ad ogni incontro e svolgendo precisamente ogni compito assegnatole. La donna ha cercato in ogni modo di essere una "brava paziente" ed inizialmente non è stato facile riconoscere questo aspetto perché trovavo estremamente gratificante il lavoro svolto insieme. E' stato possibile accorgermi di ciò, osservando l'elevata preoccupazione che la signora mostrava quando non riusciva a completare le prescrizioni date in terapia. Il timore di non essere la paziente brava e perfettamente compliante la faceva entrare in uno stato di agitazione che inizialmente non esplicitava. La sua volontà era quella di apparire come una paziente "perfetta", il non farlo la faceva sentire in colpa per non essere stata abbastanza brava e ciò che la preoccupava maggiormente era il rischio di poter rovinare la terapia. Esplicitare questo aspetto non è stato semplice e ci sono voluti diversi mesi affinché, attraverso una continua meta-comunicazione rispetto a quanto avveniva in seduta ed utilizzando la tecnica del doppio standard, questo aspetto si riuscisse a superare e si potesse iniziare a lavorare in un clima di aperta collaborazione e fiducia. Ad eccezione di questo aspetto non sono emerse particolari difficoltà all'interno della terapia che si è svolta in maniera piacevole e soddisfacente per entrambe le parti.

Bibliografia

Clark, D.M. (1986) A cognitive model of panic. *Behaviour Research and Therapy; 24, 461-470*

Wells, A. (1995) Meta-cognition and worry: a cognitive model of Generalised Anxiety Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23, 301-320*.

Cristina Salvatori

Psicologa-Psicoterapeuta, Centro In Movimento, Fondi, Associazione Psicoterapia Cognitiva (APC) Roma

Specializzata a Roma, training Semerari-Saliani

e-mail:.cristi.salvatori@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

psicoterapeuti in-formazione

2016, NUMERO 18

Disturbo ossessivo compulsivo con blasfemia

Anna Pappalardo[1]

[1]Psicoterapeuta 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 Metacognitic 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 insegnate 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 discussioni 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 Obesessive 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 alessitimia 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 spinta 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 elicitanti; 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 accorgendosene 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 utilizza prevalentemente strategie di secondo livello, ma in modo complessivamente	I tentativi di soluzione per risolvere il problema posto dalle ossessioni, sono, ad esempio: • Ruminazione anticipatoria: controlla che tutto è apposto e che non sta trascurando alcun aspetto pericoloso • Compulsioni mentali per

	fallimentare.	prevenire o neutralizzare la possibilità negativa • Evitamenti

Fattori e processi di mantenimento

L'ipercoscienziosità 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 lelle 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'*inflanted 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 compita, 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 son 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 sentore 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 1: 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 rassicurare 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	• modulazione della prima valutazione • modulazione della metavalutazione • accettazione delle imperfezioni morali • psicoeducazione sul cristianesimo biblico • riduzione della responsabilità	• 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	• interruzione dei meccanismi automatici • psicoeducazione sulle emozioni	• 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 colpa	• accettazione del rischio di essere colpevole • decastrofizzazione della colpa • accettazione della sensazione sgradevole legata alla colpa • investire su scopi ottenibili	• doppio standard modificato • dialogo socratico • procedure di distancing • esposizione • 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	• regolazione della relazione terapeutica	• 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	• individuare e riconoscere emozioni e pensieri	• ABC • psicoeducazione sulle emozioni • dialogo socratico
	a lungo termine	riduzione delle disfunzioni metacognitive	• riconoscere gli stati mentali ricorrenti • riconoscere il collegamento fra stato mentale e azione	• ricostruzione storica della formazione degli stati mentali problematici • sintesi schematica delle transizioni e delle azioni • riformulazioni • ricostruire le memorie autobiografiche
			• aumentare la distanza critica dai propri pensieri automatici • aumentare la capacità di distinguere fra opinione e conoscenza • acquisire consapevolezza sulla transitorietà degli stati mentali	• tecniche di mindfulness • compiti di auto-osservazione quotidiana • focalizzazione in seduta sui processi di transizione • promemoria a casa

			• 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	• *role playing* • esercizi di scoperta guidata • esercitazioni su video • gestione dei cicli in seduta • tecnica conversazionale basate sulla trasparenza
			• fornire strumenti di regolazione sulla *mastery* di I e II livello	• tecniche di mindfulness • tecniche comportamentali di esposizione
		favorire l'accesso alle emozioni legate al sistema di attaccamento	• accettazione, validazione, riduzione dello stress indotto dalle memorie autobiografiche	• 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 basici. 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. Individuatolo 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 scompenso: 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 gande 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). *Obesessive Belifes Questionairre (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