

## Il caso di Sonia: un disturbo ossessivo compulsivo

Roberta Ortenzi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Psicologa clinica e psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale – L’Aquila

### *Riassunto*

Il presente lavoro descrive il trattamento cognitivo comportamentale di un Disturbo Ossessivo Compulsivo con sviluppo traumatico. La terapia è stata effettuata utilizzando il protocollo ERP, di esposizione e prevenzione della risposta allo scopo di interrompere i circoli viziosi di mantenimento del DOC. Il protocollo si è rivelato utile nel miglioramento della capacità di assumersi dei rischi ed accettare le conseguenze temute, nonché nel ridurre la sua sensibilità al senso di colpa. In seguito, il focus della terapia si è spostato sulle dinamiche interpersonali, con l’obiettivo di migliorare la modalità di esprimere i propri bisogni e ridurre i comportamenti disregolati che la caratterizzavano.

*Parole chiave:* Disturbo ossessivo compulsivo, terapia cognitivo-comportamentale, colpa

### *Summary*

The present work describes the cognitive behavioral treatment of a 26 year old girl suffering from Rheumatoid Arthritis, with a diagnosis of Major Depressive Disorder in comorbidity with Avoidant Personality Disorder. The therapy, after stabilization of depressive symptoms, has focused on interpersonal dynamics, through self-observation techniques, psychoeducation about emotions and emotional regulation DBT oriented techniques. The increased awareness of their own emotional world and the different states of mind, and the acquisition of an increasingly effective mastery of his emotions, enabled it to significantly reduce its vulnerability to the disorder to achieve a satisfactory quality of life.

*Keywords:* Obsessive-compulsive Disorder, Cognitive behavioral therapy, guilt

### **Analisi della richiesta e presentazione del caso**

S. è una praticante Avvocato di 29 anni. Vive con la sua fidanzata da quasi sei anni. Tra le due c’è un rapporto di dipendenza estrema ma altamente conflittuale.

La sua famiglia d'origine risiede in un'altra città; è composta dai genitori pensionati ed un fratello più grande, sposato, padre di due bambine.

### **Descrizione del problema**

S. cresce in un contesto familiare estremamente traumatico; il padre picchia regolarmente la madre in presenza dei figli e, spesso, picchia anche loro.

S. si rappresenta come *“l'unica persona che riusciva a calmarlo”*; racconta di un episodio in cui il padre sequestra tutta la famiglia dentro casa e lei deve stare lì con lui *“a cercare di farlo ragionare”*; la madre viene descritta come *“l'anello debole della famiglia, depressa e malmenata; minacciava spesso di togliersi la vita”*.

Già all'età di 7 anni, periodo in cui avvengono questi episodi, S. manifesta qualche comportamento ripetitivo, riordinando i cuscini (o altri oggetti) per forma o colore.

A causa della depressione della madre è lei ad occuparsi di tutto in casa, fino ai 14 anni, quando i genitori si separano ed il padre va via di casa.

In questo periodo scompaiono i comportamenti ripetitivi. Dopo un anno, a seguito di un percorso di coppia, i genitori tornano insieme e lei inizia di nuovo a manifestare comportamenti ripetitivi, nonostante il clima familiare sia migliorato. Negli stessi anni, il fratello più grande inizia a sviluppare una dipendenza da alcol, che i genitori scopriranno soltanto 4 anni dopo.

E' nuovamente S. ad occuparsi segretamente del fratello, ad accompagnarlo dai medici ed ai percorsi terapeutici. All'età di circa 16 anni, S. prende consapevolezza di essere omosessuale, ma decide di nascondere tutto alla famiglia *“mi avrebbero uccisa, non l' avrebbero mai accettato”*. E' all'età di 19 anni che i genitori scoprono per caso, grazie ad un sms inviato loro per sbaglio, l'omosessualità della figlia; a quel punto la aggrediscono fisicamente e verbalmente *“Mi sedettero su una sedia e mi picchiarono a turno, deridendomi ed umiliandomi. Mi facevano gli applausi e mi dicevano frasi come- fai schifo, vergognati!”*. Riferisce di aver sempre subito umiliazioni da loro, anche prima di questo episodio: *“Sei grassa, sembri una mucca!”*; *“E' inutile che indossi gioielli, tanto sempre m...a rimani”*. L'anno seguente S. si trasferisce in un'altra città per seguire gli studi; qui conosce, ed inizia a convivere, con l'attuale compagna; in questi anni i sintomi migliorano notevolmente, peggiorando solo quando torna a casa per il weekend. Nonostante i genitori abbiano poi progressivamente accettato il suo orientamento sessuale, dopo due anni dal trasferimento inizia a manifestare un notevole incremento dei comportamenti ripetitivi, sviluppando vere e proprie compulsioni di controllo e lavaggio: controlla la borsa, la mail, l'abbigliamento ed impiega molto tempo per lavarsi, costringendo la compagna ad assisterla. Il ritmo sonno-veglia è notevolmente

alterato: dorme circa tre ore a notte, dedicando il resto del tempo ai rituali. Subisce un calo ponderale di 10 kg in due mesi. La sua vita è ormai totalmente stravolta, e S. si rivolge per la prima volta ad uno specialista che la segue per due anni con una terapia farmacologica e psicoterapeutica di cui sembra beneficiare molto, recuperando un buon livello di funzionamento e benessere. Prosegue la terapia per tre anni, fino al suicidio dello Psichiatra di riferimento. A quel punto, viene affidata ad un'altra collega per i controlli farmacologici la quale, constatando un peggioramento del quadro clinico, me la invierà per un percorso psicoterapeutico. Quando giunge alla mia osservazione presenta una sintomatologia caratterizzata da pensieri persistenti e ripetitivi riguardo la possibilità di arrecare un danno agli altri o a sé stessa con conseguente autocolpevolizzazione e forte senso di colpa. Le sue disattenzioni, forse memorie dell'ottundimento esperito in risposta ad eventi traumatici, porterebbero a tutta una serie di conseguenze catastrofiche (venire licenziata, ammalarsi o essere lasciata dalla partner), di cui lei sarebbe l'unica responsabile. Per evitare ciò, mette in atto controlli sugli oggetti e sul corpo, controlli mentali e numerosi lavaggi. Tali comportamenti ripetitivi sono finalizzati a ridurre l'ansia generata dagli scenari catastrofici che immagina, e sono vissuti con una notevole angoscia. S. dedica molto tempo ai controlli, e questo le causa una cospicua perdita di tempo (circa tre ore al giorno). La perdita del suo Psichiatra, inoltre, l'ha profondamente colpita, facendola dubitare nella fiducia verso la possibilità di guarigione *“A chi mi sono affidata? Chi mi può salvare ora? Si è arreso, e allora non c'è speranza per me”*.

La relazione sentimentale è piuttosto altalenante; a momenti di idealizzazione della partner si alternano altri in cui le attribuisce le responsabilità del suo stato di salute; la compagna, inoltre, è diventata parte integrante dei suoi rituali, essendo costretta ad osservarla mentre li fa e ad assumersene la responsabilità; per tali motivi, discutono frequentemente. Lo stesso meccanismo è presente nel rapporto con la famiglia d'origine. Mostra difficoltà ad uscire di casa, temendo di ritardare nello svolgimento dei rituali, e fatica molto a svolgere il proprio lavoro, essendo continuamente distratta dai sintomi. Riferisce, infine, abuso di cannabinoidi da diversi anni.

Il suo funzionamento personale e sociale corrisponde ad un punteggio di 51 della Scala per la Valutazione Globale del Funzionamento.

Tali sintomi sono riconducibili ad un Disturbo Ossessivo Compulsivo con storia traumatica, in accordo col DSM-V. Attualmente assume Fevarin (50 mg) e Seroquel (150 mg), con pochi benefici riferiti, e si presenta regolarmente alle visite di controllo.

Oltre a questi problemi, S. vorrebbe essere aiutata anche rispetto ai rapporti interpersonali che, a suo dire, sono caratterizzati da un'estrema dipendenza con profondi timori abbandonici, ma anche da intensi scontri.

### **Profilo interno del disturbo**

Facendo riferimento al modello di funzionamento del DOC secondo Mancini (2005), possiamo individuare in S. il seguente stato mentale:

#### STATO MENTALE DI COLPA PER IRRESPONSABILITA': Esempio 1.

##### EVENTO

*Pensiero di non riuscire a dormire*

##### PRIMA VALUTAZIONE

*Domani sarò molto stanca e l'udienza andrà male*

*Il capo penserà che sono un'incapace, perderò il lavoro e sarà solo colpa mia*

##### TENTATIVI DI SOLUZIONE 1

*Ruminazioni*

*Richieste di rassicurazioni alla partner*

*Controllo del pigiama e dei calzini*

##### SECONDA VALUTAZIONE

*Sono proprio scema, che c'entra il pigiama col sonno.*

*Ho anche svegliato S. sono un'egoista pazza, la sto sfinendo... se continuo così mi lascerà*

##### TENTATIVI DI SOLUZIONE 2

- Di contrasto

*Tentativi di soppressione del pensiero*

- Più di prima

*Ruminazioni*

*Richieste di rassicurazioni alla partner*

*Controllo del pigiama e dei calzini*

La reale preoccupazione di S. non consiste nel danno potenzialmente arrecato, bensì nell'assunzione di una colpa di cui poter essere accusata. Lo scopo non è prevenire il danno, ma

avere una performance che non la esponga ad una colpa. L'immagine mentale è quella di lei disprezzata da tutti perché ha perso il lavoro.

STATO MENTALE DI COLPA PER IRRESPONSABILITA': Esempio 2.

EVENTO

*Arriva un'amica e mi fa tardare sull'orario dei rituali*

PRIMA VALUTAZIONE

*Adesso che faccio?*

*Recupero o no i rituali? Se faccio la scelta sbagliata il mio esame andrà male!*

*Fallirò!*

TENTATIVI DI SOLUZIONE 1

*Ruminazioni*

*Richieste di rassicurazioni alla partner*

*Lavaggi*

SECONDA VALUTAZIONE

*Mi sto preoccupando inutilmente*

*Se continuo così impazzirò*

*S. non ne potrà più di me e mi lascerà*

TENTATIVI DI SOLUZIONE 2

- Di contrasto

*Tentativi di soppressione del pensiero*

- Più di prima

*Ruminazioni*

*Richieste di rassicurazioni alla partner*

*Lavaggi*

Passiamo ora alla descrizione del funzionamento mentale di S. nei rapporti interpersonali.

Nel rapporto con la compagna sono presenti momenti di forte rabbia da mancato accudimento (protesta da attaccamento). Nelle situazioni in cui avverte R. distante o non recettiva ai suoi bisogni

o quando non si sente considerata, infatti, prova una forte rabbia che, spesso, la porta a compiere agiti aggressivi.

Questo stato è descritto dal modello di Liotti (1999) all'interno del triangolo drammatico, in termini di oscillazione continua o simultanea tra i ruoli di persecutore, vittima e salvatore. In effetti, dando uno sguardo d'insieme, S. ha assunto sin da subito un atteggiamento salvifico verso la sua famiglia; contemporaneamente, però, i genitori erano i suoi persecutori e lei la loro vittima. Ritroviamo questa triade anche nel rapporto con la compagna; nei momenti in cui percepisce potenziali minacce abbandoniche assume il ruolo di vittima, per poi ribellarsi assumendo attivamente quello di persecutore, per il quale si sente subito in colpa, disprezzandosi.

Osserviamo questo stato nell'esempio che segue:

**STATO DI MINACCIA E PERDITA**

C	E	P	A
Faccio i rituali di notte e sveglio R. per farmi aiutare. Lei si arrabbia e continua a dormire	Tristezza e Rabbia	E' una stronza! Non si interessa a me Se non si preoccupa di come sto allora non sono importante per lei. Mi ha abbandonata nel momento del bisogno. Non mi capisce...se ne andrà	Inizio a urlare contro di lei e la aggredisco prendendola a schiaffi.

**STATO DI COLPA E DANNO ARRECATO**

C	E	P	A
Ho aggredito R.	Colpa, Tristezza e disprezzo verso sé stessa.	Finirò per far impazzire anche lei! Sono un mostro, una pazza! Lei mi sta sempre accanto ed io la ripago così. Faccio schifo	Cerco di fare pace, mi scuso e piango.

**Fattori e processi di mantenimento**

Tra i fattori di mantenimento possiamo menzionare, innanzitutto, la modalità di ragionamento:

S. non è tanto preoccupata di prevenire un certo danno, quanto più di prevenire la possibilità di esserne accusata. Questo la spinge ad un *ragionamento iperprudenziale*, tipico del DOC, che la porta a focalizzarsi sull'ipotesi peggiore cercando gli elementi a conferma, mantenendo così attivo il meccanismo di controllo. Quando il suo scopo è quello di assicurarsi, interviene il *wishful thinking* che la porta a cercare ripetutamente conferme.

*Il pensiero magico* (fusione tra pensiero/azione) riportato da S. la induce a credere che i suoi pensieri possano influenzare le azioni, aumentando i comportamenti protettivi mentali e non.

Anche la cosiddetta *not just right experience* (qualia) può essere considerata un fattore di mantenimento, in quanto spinge S. a continuare i controlli finché non arriva alla sensazione di essere a posto. Se ha la sensazione che qualcosa non lo sia, allora deve ripetere i controlli.

Il coinvolgimento della partner e le sue rassicurazioni le confermano, da un lato, l'esistenza di una reale minaccia, dall'altro soddisfano il suo bisogno di considerazione. Infine, i cicli interpersonali che si attivano nelle relazioni interpersonali, mantengono attivi i comportamenti disfunzionali.

### **Scompenso**

Il primo episodio di scompenso per il quale ha iniziato il primo percorso terapeutico, è riconducibile al momento in cui S., dopo due anni di fidanzamento con l'attuale compagna, la tradisce. In preda al forte senso di colpa confessa tutto e viene perdonata; ciononostante, il timore di poter essere lasciata a causa di una sua evidente responsabilità, genera pensieri ossessivi di autodenigrazione per l'accaduto "*Sei una persona orribile, sei un mostro, fai schifo!*"; ciò le induce un senso di colpa tale da scusarsi in modo compulsivo con la compagna, a volte svegliandola nel cuore della notte. Ne consegue un'ulteriore valutazione su di sé, su quanto sia debole ed immeritevole dell'amore di lei.

Il secondo episodio di scompenso, è senza dubbio la perdita del suo terapeuta che la fa vacillare circa la possibilità di guarigione e nella fiducia verso le figure di riferimento.

Infine, una concausa del peggioramento del quadro clinico è riconducibile all'avvicinarsi dell'esame di stato per Avvocato, che aumenta l'assunzione di responsabilità per il futuro professionale, unica dimensione della sua vita in cui si sente efficace e che le restituisce un'immagine di valore.

### **Vulnerabilità storica**

Lo stile di attaccamento genitoriale rappresenta senza dubbio il fattore di vulnerabilità più importante; la madre di S. è, infatti, un genitore abdicante che la costringe a caricarsi precocemente di una responsabilità troppo grande. Questa esperienza, rende ragione allo sviluppo del suo eccessivo senso di responsabilità. Le condizioni di abuso fisico e psicologico, inoltre, potrebbero averla resa vulnerabile nel temere esageratamente le colpe per irresponsabilità ed al disprezzo morale.

L'atteggiamento ambiguo delle figure genitoriali, prima bisognose di cure e poi persecutori, potrebbero aver favorito la continua ricerca della certezza e la tendenza al dubbio.

Dopo qualche mese di terapia S. riferisce molestie da parte del fratello; quest'ultimo, quando lei aveva 8 anni e lui 14, era solito andare in camera sua, allungarsi su di lei, e simulare rapporti sessuali. Nonostante sia consapevole del significato di quanto accaduto, S. tende comunque a giustificare il fratello e a sminuirne la responsabilità; racconta l'episodio con molta vergogna e riferisce, da allora, una sensazione di "sporco"; in passato ha raccontato questi episodi anche ai genitori che, però, non l'hanno mai creduta. Un'esperienza simile potrebbe spiegare la presenza dei rituali di lavaggio, come tentativo di cancellare quella sensazione di sporcizia/colpevolezza tipica delle vittime di abuso. Il rifiuto della sua omosessualità da parte dei genitori, infine, potrebbe aver rinforzato i timori di disprezzo morale.

### **Vulnerabilità Attuale**

Nel periodo iniziale delle terapie, S. vive un periodo altamente stressante.

Si appresta a svolgere l'esame di Stato, visto come l'unica possibilità di rivalsa verso la famiglia ma anche verso di sé; oltre a provare a tutti il suo valore, potrebbe comportare un cambiamento professionale e/o geografico e, di conseguenza, relazionale. E' preoccupata che la sua storia possa terminare.

S. inoltre, come precedentemente argomentato, ha un rapporto complicato con la compagna; quest'ultima è anch'essa seguita da uno specialista per problemi, a suo dire, di "*paranoia e inibizione sociale*". Quando inizia la terapia, la compagna sta attraversando un periodo di malessere, e questo la spaventa molto; teme di non farcela da sola, di non aver nessuno che si prenda cura di lei. Tali timori la portano a recriminarle attenzioni, e ad aver atteggiamenti punitivi/vendicativi quando non si sente considerata; questi vissuti, portano all'instaurarsi di discussioni violente, a volte anche con contatti fisici, che peggiorano i sintomi DOC. e rinforzano i cicli interpersonali

### **Terapia**

La terapia di S. si è focalizzata, in una prima fase, sull'interruzione dei circoli viziosi di mantenimento del DOC allo scopo di aiutare S. ad assumersi dei rischi ed accettare le conseguenze temute, nonché a ridurre la sua sensibilità al senso di colpa. Ulteriore scopo è stato quello di escludere la partner dai rituali. A tal fine è stato utilizzato il protocollo ERP, di esposizione e prevenzione della risposta. In seguito, il focus della terapia si è spostato sulle dinamiche

interpersonali, con l'obiettivo di migliorare la modalità di esprimere i propri bisogni e ridurre, di conseguenza, i comportamenti disregolati. Il protocollo ERP è stato applicato come segue:

Fase preliminare: attraverso il colloquio clinico, sono stati individuati i fattori di vulnerabilità al disturbo, e ricostruito il periodo di scompenso, allo scopo di individuare il profilo interno del disturbo.

Prima fase: attraverso le tecniche di laddering e compiti di aut osservazione (CEPA) è stato ricostruito e condiviso con lei lo schema del disturbo; questo è stato molto importante sia per creare una buona alleanza terapeutica che per favorire la comprensione dei propri meccanismi di funzionamento.

Seconda fase: sono stati analizzati i vantaggi e gli svantaggi dell'attività ossessivo compulsiva, facendole sostenere argomentazioni contro e a favore dei controlli e lavaggi (tecnica delle due sedie). In questo modo S. ha realizzato quanto i suoi tentativi di soluzione non servissero affatto a prevenire la minaccia e che il prezzo da pagare fosse molto alto.

Terza fase: in questa fase S. è stata gradualmente esposta alle situazioni temute, con l'accordo di bloccare l'emissione dei controlli, prima, durante e dopo lo situazione ansiogena. Abbiamo iniziato dalle situazioni sulle quali era più motivata e che riteneva più facilmente affrontabili, senza passare per l'esposizione immaginativa. Le prime esposizioni sono avvenute in studio, insieme alla terapeuta, rispetto ai controlli della borsa da lavoro. Successivamente, le sono stati assegnati specifici homeworks, allo scopo di generalizzare il comportamento appreso in seduta. La grande motivazione di S. l'ha aiutata ad affrontare con successo questa fase di lavoro.

Quarta fase: come da protocollo, questa fase si è incentrata sulla riduzione della vulnerabilità, ovvero lavorare sull'idea di poter essere disprezzati per una colpa da irresponsabilità. Sono stati ricostruiti gli episodi di accuse o di iperesponsabilizzazioni a cui S. non ha potuto sottrarsi come ad es. quelli avvenuti nel contesto familiare, legittimandole la sofferenza e sfatando la convinzione di essere per questo disprezzabili.

Ultima fase: una volta consolidati i risultati raggiunti, sono stati individuate le circostanze per lei più critiche che facilitano lo stare male; ad esempio, le situazioni che le fanno percepire un aumento di responsabilità, sia affettive che lavorative, o le situazioni in cui si sente abbandonata e non considerata. Questo è stato fondamentale per "prepararla" a delle potenziali ricadute, senza compromettere il senso di autoefficacia.

Il lavoro sulle dinamiche relazionali ha messo in luce, inoltre, il significato insito nei sintomi DOC: se da un lato i rituali erano vissuti in modo egodistonico, dall'altro rappresentavano una modalità disfunzionale per gestire un MOI di un attaccamento insicuro (probabilmente

disorganizzato). Essi rappresentavano, infatti, un modo per richiamare l'attenzione della compagna (aumentavano in sua presenza). Il ruolo di malata le garantiva la vicinanza della partner e, pertanto, li utilizzava in maniera coercitiva. D'altro canto, diventavano uno strumento di punizione quando si sentiva abbandonata, con l'obiettivo di far sentire la partner responsabile delle sue condotte. Una volta evidenziato questo meccanismo, è stato indispensabile lavorare con lei sull'apprendimento di strategie più funzionali per richiedere vicinanza o esprimere i propri bisogni evitando, così, di strumentalizzare i sintomi.

La terapia di S. si è conclusa da circa due mesi. Non ha più sintomi DOC e, se a volte cede ad un comportamento di controllo, non lo vive più con un'intensa angoscia. Ha superato brillantemente l'esame da Avvocato, e si è trasferita con la compagna a Torino, dove lavora per un'importante azienda. I rapporti con la famiglia d'origine sono notevolmente migliorati. Il rapporto con la compagna procede bene e, a breve, si sposteranno.

**Roberta Ortenzi**  
**Psicologa-Psicoterapeuta, L'Aquila**  
**Specializzata a Roma, training Liotti e Tombolini**  
**e- mail: robertaortenzi@gmail.com**

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

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