

L'amore responsabile di una madre

Antonio Giglio¹

¹Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale – APC Lecce

Riassunto

Il presente lavoro descrive il trattamento Cognitivo-Comportamentale di una donna di 26 anni affetta da Disturbo Ossessivo-Compulsivo. La paziente lamenta la presenza di pensieri intrusivi a contenuto pedofilico che le causano ansia e disagio intenso. La formulazione del caso clinico è stata condotta tenendo conto di 3 livelli di comprensione: processi psicologici e di mantenimento del disturbo (ABC/Stringa Allargata); dinamica della sofferenza psicologica (stati mentali e strategie di coping); vulnerabilità psicologica dell'individuo.

Parole Chiave: Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Senso di Colpa, ABC/stringa allargata.

A mother's responsible love

Summary

This work describes the Cognitive Behavioural treatment of a 26-years-old woman suffering from Obsessive-Compulsive Disorder. The patient complains of paedophilic intrusive thoughts that cause her anxiety and intense discomfort. The clinical case planning was conducted considering 3 different levels of comprehension: ABC expanded string, psychological's suffering dynamics (mental states and coping strategies) individual psychological vulnerability".

Key words: Obsessive-Compulsive Disorder, Guilty Conscience, ABC/expanded string.

Presentazione

Marcella è una donna di 26 anni, laureata in pedagogia dell'infanzia ma attualmente disoccupata. Da circa un anno è spostata, il marito lavora in polizia penitenziaria e da tre mesi è nata la loro figlia.

Marcella si rivolge al Servizio di Psicologia Clinica per avviare un percorso di Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale. La paziente riferisce di soffrire da circa due mesi di ansia eccessiva

Antonio Giglio, L'amore responsabile di una madre, N. 22, 2018, pp. 88-102.

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

per la presenza di pensieri continui e ripetitivi a contenuto sessuale che si presentano contro la sua volontà e vengono vissuti come qualcosa di estraneo rispetto alla propria identità.

Marcella riferisce di aver sperimentato durante l'adolescenza alcuni attacchi di panico, ripresentatisi poi in seguito ad un infarto che ha colpito il padre all'età di quaranta anni. Descrive la madre come particolarmente ansiosa ed apprensiva.

La paziente non riferisce alcuna condizione medico-generale in atto o pregressa. In passato non ha mai effettuato un trattamento farmacologico o di psicoterapia.

La paziente riferisce di aver avuto nell'ultima settimana problemi legati al sonno, difficoltà ad addormentarsi e risvegli caratterizzati da ansia acuta.

Descrizione del problema

Marcella si rivolge al Servizio accompagnata dal marito, ha difficoltà a rivelare il suo problema e più volte deve essere incoraggiata dal compagno ad aprirsi: *“questa cosa non la sa nessuno, ho paura di essere giudicata male”*.

Dopo avermi segnalato la presenza di pensieri intrusivi che le causano ansia e disagio intenso per la maggior parte del giorno, cerca di delegare a me la responsabilità di indicare il tema di riferimento *“per favore lo dica lei, non ha capito di cosa si tratta? io non ci riesco”*. Dal punto di vista della paziente comunicare il loro contenuto significava fare un'ammissione di colpa, rischiare di essere giudicata negativamente e ricevere il temuto disprezzo. Per questi motivi ho cercato di alimentare un clima di fiducia e rispetto, provando ad accogliere questa richiesta dicendole che avrei fatto una lista di possibili categorie di appartenenza e chiedendole di fermarmi qualora avessi indicato quella corrispondente. Appena nomino quella relativa a pensieri sessuali e di pedofilia, la ragazza cade in un pianto a dirotto: *“ora mi capisce! Mi sento sporca, una persona sbagliata. Quale mamma arriverebbe a pensare di eccitarsi con sua figlia? Non sono pensieri normali, se mi sono venuti in mente potrei essere deviata, è una cosa terribile! Non capisco come fanno ad essere pensieri che appartengono alla mia persona”*. Marcella valuta la presenza di questi pensieri come un indizio nascosto della sua vera natura, che potrebbe rivelarsi immorale e tendente alla pedofilia. Crede che il suo problema sia quello di poter essere pedofila piuttosto che quello di avere dei pensieri in merito alla pedofilia: *“Dottore me lo dica lei, è possibile che io sia diventata una persona a cui piacciono i bambini?”*.

La motivazione ad intraprendere un percorso di Psicoterapia proprio in questo momento della sua vita nasce dalla compromissione di uno scopo rivelante: essere una madre responsabile,

incrinato dalla presenza stessa di pensieri intrusivi e dal fatto che essi vengono valutati come una minaccia alla sua integrità morale ed al suo valore personale.

Sulla base delle informazioni raccolte attraverso i colloqui di assessment e all'utilizzo dell'intervista strutturata SCID-1, si ipotizza secondo i criteri del DSM-V, la diagnosi di Disturbo Ossessivo Compulsivo [F42].

Alla SCID-2 non risultano soddisfatti i criteri per i disturbi di personalità.

Alla VGF il punteggio è di 65-70/100.

Profilo interno del disturbo

ABC/ Stringa Allargata

Profilo interno del disturbo

ABC/ Stringa Allargata

SITUAZIONE	PENSIERO INTRUSIVO		VALUTAZIONE	EMOZIONE	STRATEGIE	CONSEGUENZE
<i>Mentre sto facendo il bagnetto a mia figlia, le accarezzo la pelle</i>	<i>"Potrei eccitarmi"</i>		<i>E' VERO! (Se penso X, allora è vero) (PERICOLO)</i>	<i>ANSIA</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Monitorare i pensieri; -Sopprimere i pensieri; - Controllare le sensazioni provenienti dalle parte intime; - Verificare il grado di lubrificazione vaginale; - Rimuginare; 	<i>B.T. L.T.</i>

La ricostruzione degli stati mentali è stata effettuata a partire da alcuni episodi riportati in seduta, in cui Marcella ha sperimentato ansia e timore di colpa. Tali episodi sono stati ricostruiti insieme alla paziente mediante il metodo ABC/Stringa Allargata (Dell'Erba G.L., et al., 2009) e questo ha permesso l'identificazione dei processi psicologici e di mantenimento del disturbo.

Marcella accarezza la pelle di sua figlia durante il bagnetto.

In quel momento nota un pensiero intrusivo, ossia l'elaborazione di uno scenario virtuale che dice: "potrei eccitarmi!".

Questo pensiero viene valutato come vero o comunque senza la possibilità di escludere con certezza assoluta il fatto che non lo sia, rischiando in questo modo di sottovalutare irresponsabilmente la minaccia. Per Marcella aver pensato di eccitarsi con sua figlia equivale alla possibilità reale di eccitarsi.

Questa interpretazione di pericolo determina l'attivazione dei correlati fisiologici connessi all'ansia che vengono letti coerentemente con lo stato mentale di minaccia: una sensazione di tensione nelle parti intime diventa una conferma ulteriore che il pensiero di potersi eccitare sia reale, contribuendo ad aumentare lo stato di ansia ed il timore di colpa.

A questo punto prova a mettere in atto una serie di strategie. Alcune come la prevenzione, il monitoraggio e la soppressione del pensiero intrusivo sono strettamente connesse all'idea che la presenza del pensiero stesso sia un indizio reale sulla propria identità perversa.

Le altre sono coerenti con il tipo di minaccia segnalata dal contenuto del pensiero intrusivo.

Infatti siccome è convinta che il pensiero intrusivo "*potrei eccitarmi*" sia vero, per fronteggiare questo rischio, sposta l'attenzione sulle parti intime, controlla il grado di secrezione vaginale, rimugina per cercare la conferma dell'ipotesi peggiore e la disconferma dell'ipotesi più favorevole. Il suo scopo è quello dimostrare, tramite la ricerca affannosa di prove inequivocabili, di non essere immorale per la presenza di pensieri a contenuto pedofilico.

E' interessante notare come sia proprio il fatto di guardare con sospetto al normale funzionamento della mente (che viene per questo vissuto come un indizio sulla realtà) a spostare la dimensione del problema dal piano mentale (modo metacognitivo) a quello concreto (modo oggetto), con la conseguenza che poi Marcella prova a risolvere la minaccia come un problema pratico utile a dimostrare la sua non colpevolezza.

Sono proprio queste strategie, messe in campo dalla paziente per gestire l'ansia e dimostrare con certezza assoluta di non poter essere moralmente indegna, a diventare i fattori di mantenimento del disturbo.

Fattori di Mantenimento

Dal punto di vista cognitivo queste strategie hanno un valore funzionale in quanto agiscono da rinforzo negativo. La paziente mette in atto questi comportamenti di fronteggiamento per poter conquistare sicurezza, controllare che non accada l'irreparabile, e ridurre l'ansia.

La conseguenza principale è, però, che il tentativo di soppressione del pensiero e la ricerca delle prove agiscono da rinforzo sulla convinzione errata che sia importante verificare se il pensiero intrusivo sia reale, mantenendo immutata la minaccia di essere moralmente indegna.

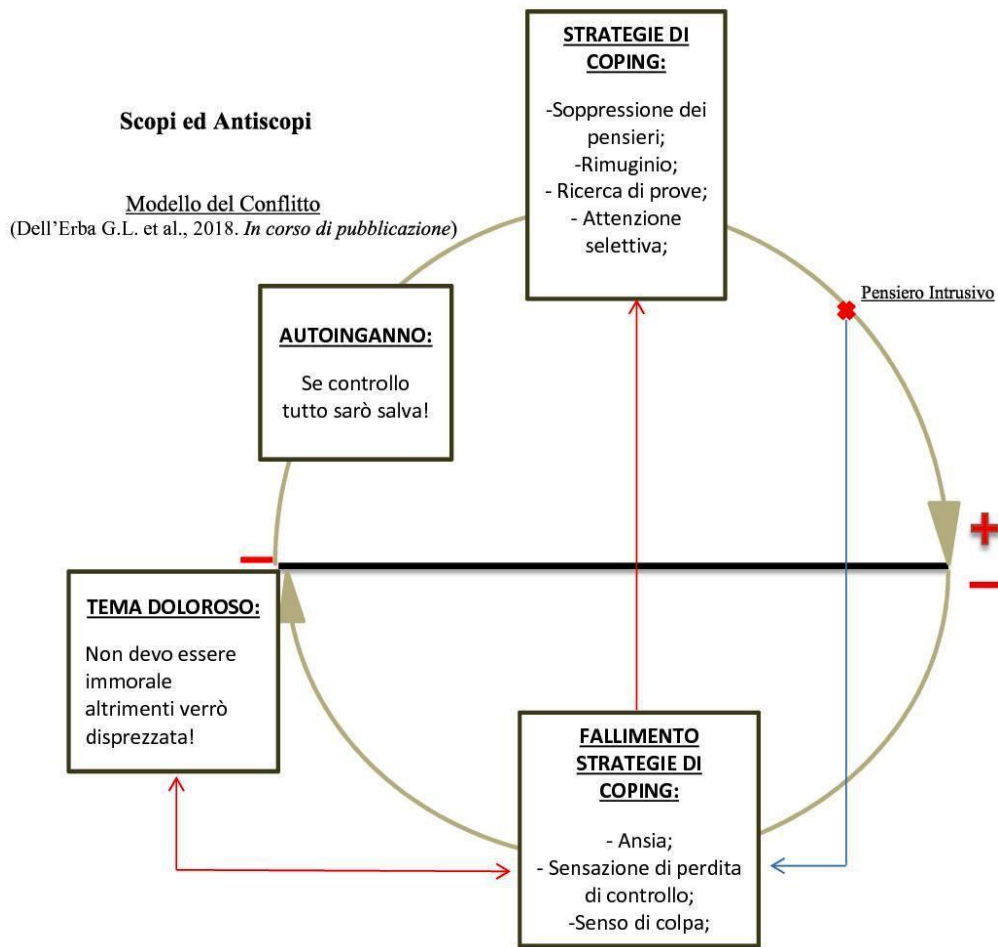
Altri fattori che spiegano il perpetuarsi del disturbo sono:

Fusione pensiero-realtà: la difficoltà metacognitiva di distinguere gli eventi interni da quelli esterni, i pensieri dagli eventi reali, costringe Marcella a credere che i pensieri intrusivi abbiano un rapporto diretto con la realtà (se penso X allora è vero), contribuendo a conferire ad essi un significato negativo, di minaccia. Questa valutazione determina un'intensificazione dell'ansia e del timore di colpa, che a sua volta accresce lo stato di attivazione e la probabilità che ulteriori pensieri intrusivi sopraggiungano alla mente.

Soppressione del pensiero: per il fenomeno "orso bianco", il tentativo di Marcella di sopprimere il pensiero intrusivo produce invece un incremento nella frequenza, intensità e durata del pensiero stesso.

Attenzione Selettiva: Marcella mette in atto un costante auto-monitoraggio delle proprie sensazioni per verificare la possibilità di essersi eccitata in presenza del pensiero intrusivo. Ovviamente questi ripetuti controlli non fanno altro che alimentare in lei il dubbio.

Rimuginio: Marcella utilizza il rimuginio come strategia di risoluzione del problema, seppur si sia rivelato spesso inutile o addirittura dannoso, in quanto tutte le ipotesi prese in considerazione vengono percepite come inadeguate e soprattutto non risolutive di fronte all'probabilità di realizzazione della minaccia, rendendo quest'ultima ancora più catastrofica e particolarmente presente alla mente.



Il tema doloroso di Marcella sembra essere collegato allo scopo di non essere immorale.

In questo modo è possibile comprendere quali sono i metodi adoperati al fine di tentare di fronteggiare la sua sofferenza.

La funzione delle sue strategie di coping è quella di raggiungere una meta generica, aspecifica che le consenta di sentirsi salva, di dimostrare con certezza assoluta di non essere immorale, meta costantemente minacciata dalla presenza stessa del pensiero intrusivo che viene valutato come un segno della propria natura perversa.

Quando le chiedo quali sono gli obiettivi che vorrebbe raggiungere tramite questo percorso risponde: *“Se non avessi più questi pensieri starei bene, è questo il mio problema, questi maledetti pensieri mi fanno sentire una madre indegna”*. A partire dagli obiettivi segnalati da Marcella è possibile rintracciare la meta generica a cui aspira per allontanarsi dal tema doloroso per lei fonte di sofferenza: essere moralmente perfetta, senza macchia.

Scompenso ed esordio

Tra gli eventi di vita che sembrano aver mandato in crisi il precedente equilibrio psicologico di Marcella, determinando l'esordio del Disturbo Ossessivo-Compulsivo, ci sarebbe un trasferimento di tre mesi nella città di Torino che la donna avrebbe dovuto sostenere durante la gravidanza per questioni lavorative del marito. La paziente, rispetto a quel periodo, racconta che trascorreva la maggior parte del tempo a riposarsi o davanti alla televisione e proprio in una di queste giornate, mentre guardava un telefilm, che inscenava un omicidio, notò la presenza di pensieri intrusivi: *“e se lo facessi anche io? E se adesso commettessi un omicidio?”*. A seguito di ciò iniziò a presentarsi un forte stato ansioso.

Al rientro nella città di origine la frequenza di questi pensieri sembrava essersi ridotta infatti la stessa riferisce: *“l'ultima settimana prima del parto stavo benissimo, ed anche i primi giorni dopo la nascita di mia figlia ero al settimo cielo”*. Le cose però improvvisamente cambiano e Marcella un giorno mentre faceva il bagnetto al figlio ricorda di aver pensato: *“mi sta piacendo, potrei eccitarmi”* e di conseguenza di essersi subito *“sentita un mostro.”*

Alla luce di quanto emerso ho ipotizzato che il sommarsi di diversi fattori quali il trasferimento, la gravidanza in corso, l'allontanamento dalle figure familiari e la nascita della figlia siano state vissute da Marcella come un eccessivo carico di responsabilità difficile da sostenere, determinando uno stato di allarme rispetto allo scopo rilevante di non essere immorale e il conseguente fattore precipitante l'esordio del disturbo.

Storia di vita e Vulnerabilità Psicologica

Marcella è la primogenita di 2 sorelle, più piccola di 5 anni. Riferisce di essere cresciuta in un ambiente familiare sereno ma eccessivamente protettivo ed apprensivo.

Non ha mai avuto problemi con il rendimento scolastico e nel rapporto con compagni ed insegnanti. Dopo il diploma ha proseguito i suoi studi in pedagogia.

Marcella descrive la madre come troppo sensibile e preoccupata: *“se qualcosa che faccio non gli va bene è capace di mettermi il muso per giorni. E' stato sempre così per me, mi fa sentire sbagliata. Inoltre ricordo che quando ero piccola ogni volta che andavo a giocare mi diceva, stai attenta a dove metti i piedi è pieno di pericoli non mi fare preoccupare”*.

Descrive il padre come una persona buona ma irascibile che ripeteva sempre la frase: *“mi raccomando come vi comportate”*. In seguito all'infarto che l'ha colpito all'età di quarant'anni la paziente ricorda: *“ho temuto di perderlo, anche per questo ho sempre cercato di non dare problemi”*.

Partendo da questi episodi è possibile rintracciare l'origine del suo schema disfunzionale che si è poi consolidato nel corso del tempo in concomitanza con diversi fattori tra i quali uno stile educativo fortemente orientato alle regole, il confronto con una madre che si relazionava attraverso una strategia passivo-aggressiva caratterizzata dalla tendenza a mostrare delusione e mettere il muso. Tutto ciò da un lato ha rimandato a Marcella l'idea di essere inadeguata nei comportamenti, e dall'altro ha intaccato il suo senso di valore personale portandola a sentirsi rifiutata e sbagliata al punto da spiegarsi le temporanee interruzioni del rapporto ad opera della figura primaria di attaccamento, come il frutto del suo non meritarsi la relazione.

Da qui sembrerebbe aver tratto origine il suo tema doloroso relativo al dover essere moralmente impeccabile, indispensabile al fine di non incontrare il disprezzo e la rottura della relazione.

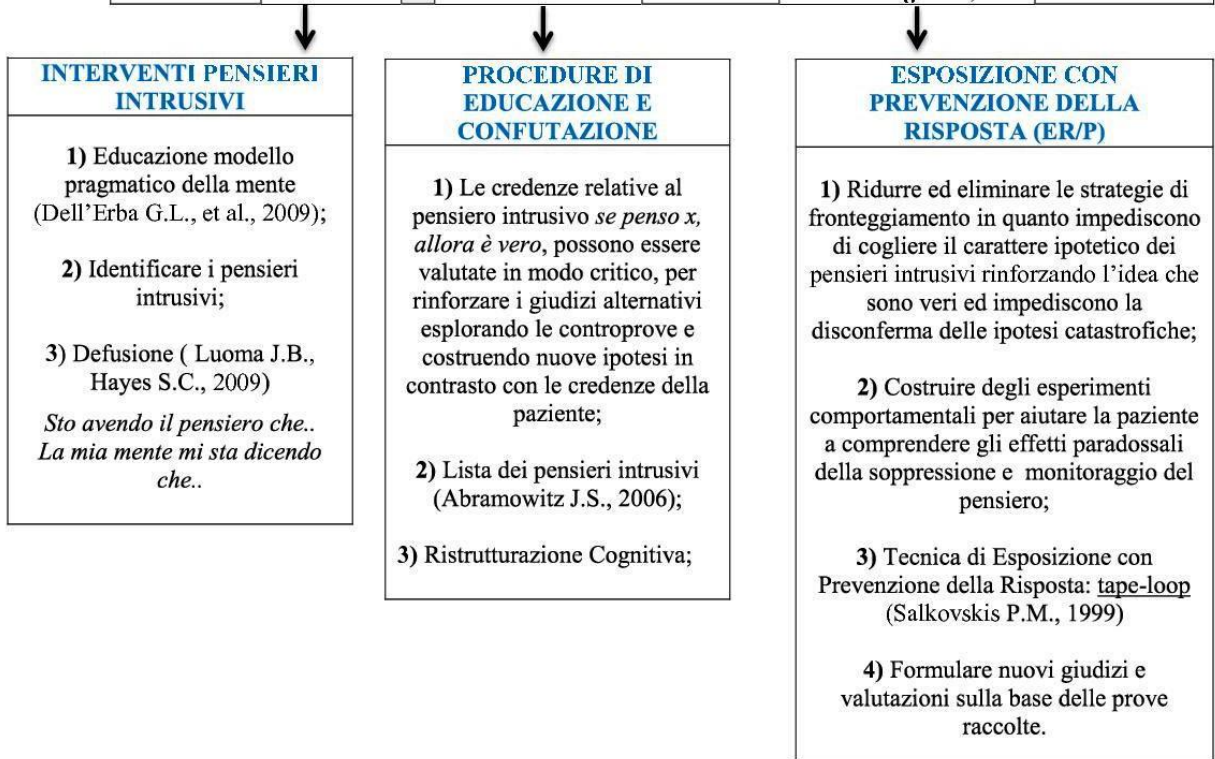
Terapia

Le prime sedute sono state dedicate alla raccolta delle informazioni necessarie alla comprensione del caso ed alla formulazione di una diagnosi anche tramite la somministrazione dell'intervista clinica strutturata (SCID-1 e SCID-2). Questa prima fase aveva anche l'obiettivo di motivare Marcella al trattamento, oltre che promuovere e favorire l'alleanza terapeutica, fornendo informazioni sull'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale e sottolineando l'importanza dell'assunzione di un ruolo attivo nella terapia ai fini del suo buon esito.

Terminata la fase di assessment, si è ricostruito e condiviso il modello di funzionamento e mantenimento del Disturbo Ossessivo-Compulsivo. Per favorire una maggiore comprensione e normalizzazione del disturbo sono state fornite a Marcella informazioni e materiale psicoeducativo sul funzionamento pragmatico della mente (MPM), con particolare attenzione agli effetti controproducenti di alcuni comportamenti che tendeva a mettere in atto e che contribuivano a mantenere il disturbo. La terapia è stata cadenzata da un incontro a settimana della durata di 50 minuti, ed ha avuto una durata totale di 32 sedute. Sono stati concordati con la paziente i seguenti obiettivi terapeutici:

- a) aumentare le capacità metacognitive:
 - modificare il rapporto del paziente con il proprio pensiero intrusivo;
 - promuovere il distanziamento dai propri contenuti mentali;
- b) modificare le credenze di base disfunzionali della paziente;

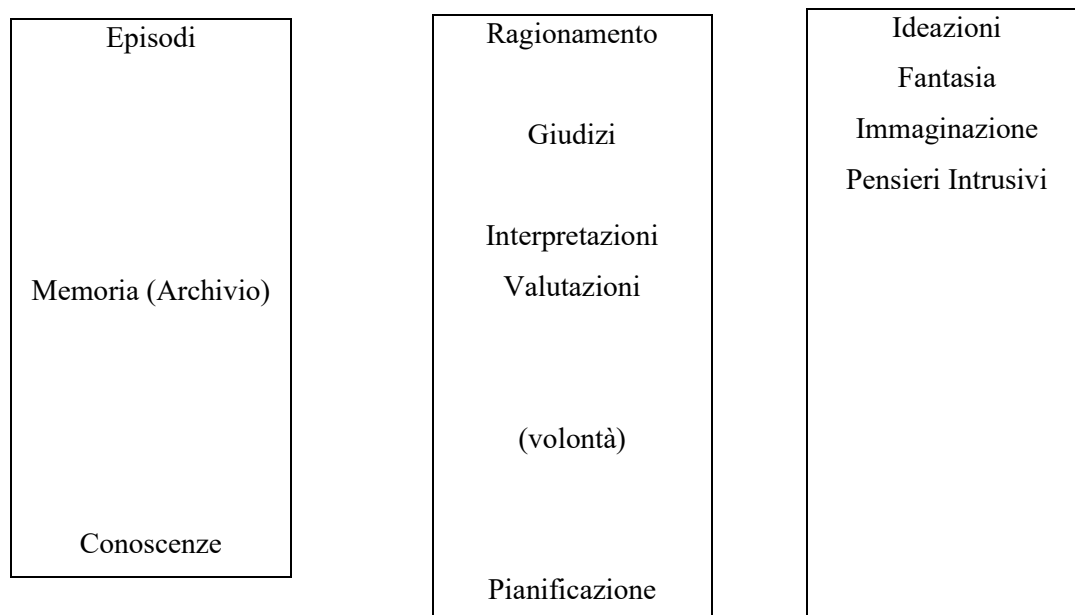
SITUAZIONE	PENSIERO INTRUSIVO	VALUTAZIONE	EMOZIONE	STRATEGIE	CONSEGUENZE
<i>Mentre sto facendo il bagnetto a mia figlia, le accarezzo la pelle</i>	<p><i>“Potrei eccitarmi!”</i></p>  <p>LA RADIO ROTTA</p>	<p>E' VERO!</p> <p><i>(Se penso X, allora è vero)</i></p> <p>(PERICOLO)</p>	ANSIA	<p>-Monitorare i pensieri;</p> <p>-Sopprimere i pensieri;</p> <p>- Controllare le sensazioni provenienti dalle parte intime;</p> <p>- Verificare il grado di lubrificazione vaginale;</p> <p>- Rimuginare;</p>	



- c) ridurre ed eliminare i comportamenti protettivi e la ricerca delle prove allo scopo di interrompere i circoli viziosi di mantenimento del disturbo;
- d) migliorare il funzionamento della paziente nei vari ambiti della sua vita;
- e) prevenire le ricadute.

Una volta che Marcella ha iniziato a familiarizzare ed acquisire consapevolezza circa il funzionamento del suo problema, attraverso la ricostruzione dei processi psicologici e di mantenimento del disturbo (utilizzando l'ABC/Stringa Allargata sia durante il lavoro terapeutico che a casa tramite l'utilizzo di un diario da compilare durante la settimana), si è proceduto ad illustrare gli interventi principali del trattamento:

1) I pensieri intrusivi vengono valutati sulla base delle conoscenze che una persona possiede. Se questi eventi mentali vengono trattati come contenuti di verità sul mondo si può riscontrare una fusione "pensiero-realtà", per cui se penso X, allora è Vero. Tale convinzione è caratterizzata dall'attribuzione di un valore esagerato ed una funzione errata al pensiero, per cui pensare equivale ad essere o agire. Per correggere e discutere queste credenze disfunzionali sul valore dei pensieri intrusivi è stato fornito ed illustrato alla paziente il Modello Pragmatico della Mente (Dell'Erba G.L., et al., 2009):



2) Successivamente è stato chiesto a Marcella di allenarsi ad identificare il pensiero intrusivo. Per farlo abbiamo concordato di immaginare come se fosse un messaggio proveniente da una radio rotta, che manda sempre lo stesso annuncio. Lo scopo era quello di aiutare Marcella a notare di aver avuto un pensiero, etichettarlo e successivamente riflettere sul pensiero stesso.

3) Tecniche di Defusione. E' stata utilizzata la tecnica di defusione (Luoma J.B., Heyes S.C., 2009) per aiutare la paziente a considerare i pensieri per quello che sono, cioè solo pensieri e

favorire quel cambiamento di prospettiva che consente di diventare osservatore dei propri contenuti mentali.

La tecnica di defusione utilizzata è stata quella di far precedere il pensiero intrusivo dalla frase: “Sto avendo il pensiero che” oppure “la mia mente sta avendo il pensiero che”.

Lo scopo è quello di aiutare la paziente a fare un passo indietro e diventare l'osservatore dei suoi stessi processi di pensiero.

Interventi sulla valutazione:

Il fattore cruciale nell'attivazione del disturbo non risiede nei pensieri intrusivi, bensì nell'interpretazione o valutazione che il soggetto fa del pensiero intrusivo.

Lo scopo rispetto alla valutazione è quella di indebolirla e modificarla. Per fare ciò mi sono avvalso di interventi di normalizzazione dei pensieri intrusivi, metodi di riattribuzione verbale e successivamente degli esperimenti comportamentali.

Marcella tendeva ad interpretare la presenza dei pensieri intrusivi come indizio di una propria disposizione moralmente inaccettabile. Per questo motivo è stata invitata a leggere ed osservare la lista dei pensieri intrusivi presenti nella mente di persone senza Disturbo Ossessivo-Compulsivo (Abramowitz J.S., 2006). L'obiettivo è stato quello di far comprendere alla paziente che i pensieri intrusivi sono esperienze del tutto normali, e che invece sono il modo in cui vengono valutati ed i tentativi di soluzione messi in atto a determinare la frequenza delle intrusioni e la loro persistenza.

Inoltre sono state utilizzate strategie di ricerca delle prove (*che prove ci sono a favore del fatto che il pensiero intrusivo indica che è accaduto qualcosa di sgradevole o che sia reale?*), valutazione delle contro-evidenze (*Mi saprebbe dire se ci sono controprove del fatto che i suoi pensieri intrusivi abbiano un potere speciale?*) e la ristrutturazione cognitiva (*incoraggiando la paziente a costruire delle valutazioni alternative basate sulle evidenze, con atteggiamento ponderato e realistico*). Fermo restando che queste tecniche verbali da sole non sono sufficienti per provocare e mantenere nel tempo il cambiamento, sono state affiancate agli esperimenti comportamentali.

Esposizione con prevenzione della risposta (er/p):

I comportamenti di fronteggiamento della minaccia come la soppressione del pensiero, la ricerca di prove, il monitoraggio delle sensazioni fisiche impedivano a Marcella di disconfermare l'ipotesi negativa che focalizza e sostiene il mantenimento del disturbo.

Per rendere consapevole la signora degli effetti paradossali dei tentativi di soppressione del pensiero intrusivo è stato costruito in seduta un esperimento comportamentale. Nella prima fase gli è stato chiesto di pensare per un minuto all'immagine di un orso bianco e di alzare il dito ogni volta che scompariva. Nella seconda fase di provare a non pensare per un minuto ad un orso bianco e di alzare il dito ogni volta che l'immagine appariva. Infine abbiamo analizzato i risultati. Nella seconda fase l'immagine dell'orso bianco era comparsa nella mente un numero di volte maggiore rispetto a quanto osservato nella precedente. Di conseguenza abbiamo concluso che la frequenza e persistenza dei pensieri intrusivi possa dipendere non da una predisposizione perversa ma dai tentativi di sopprimerli.

Successivamente è stata introdotta e spiegata la tecnica dell'Esposizione con Prevenzione della Risposta, indispensabile ai fini della ristrutturazione cognitiva in quanto consente tramite gli esperimenti di ricevere conferme o disconferme rispetto alle proprie credenze e acquisire consapevolezza rispetto alla disfunzionalità dei comportamenti messi in atto per fronteggiare la minaccia.

La paziente è stata esposta al pensiero intrusivo attraverso la tecnica del tape loop (Salkovskis P.M., 1999) alla fine di verificare, sulla base di prove, le proprie credenze disfunzionali riguardo alla minaccia segnalata dai pensieri intrusivi (avere desideri pedofilici).

Questa tecnica consiste nell'esposizione ai pensieri intrusivi senza la messa in atto di strategie di fronteggiamento. Ho fatto audio-registrare con la sua voce il pensiero intrusivo su una applicazione e gli ho chiesto di ascoltarla almeno due volte al giorno, per un tempo sempre crescente. Il suo compito è stato quello di esporsi ai pensieri intrusivi registrati senza provare a sopprimere il pensiero, senza cercare prove e controprove, e senza monitorare il corpo alla ricerca di segnali di eccitazione sessuale, ma identificando e trattando i pensieri intrusivi per quello che sono, solo pensieri, fino al decremento dell'ansia.

Dopo ogni esposizione abbiamo discusso le evidenze emerse, e come uno scienziato Marcella ha iniziato a rigettare e confutare le ipotesi iniziali che non trovavano conferma dai dati provenienti dalla realtà, riducendo in questo modo la forza della credenza relativa al provare desideri pedofilici ed eccitarsi con sua figlia.

Prevenzione delle ricadute e valutazione di esito

L'ultima fase è stata dedicata alla prevenzione delle ricadute.

Ci siamo avviati verso la conclusione della terapia, dilazionando le sedute prima una volta ogni quindici giorni ed infine una volta al mese. Abbiamo effettuato un resoconto generale ed in forma scritta delle strategie acquisite durante tutto il percorso psicoterapeutico seguendo le varie fasi del trattamento, prendendo in esame l'eventuale presenza di credenze disfunzionali residue o il permanere di strategie disfunzionali. Inoltre abbiamo provato ad identificare le situazioni stressanti in cui i sintomi del Disturbo Ossessivo-Compulsivo avrebbero potuto ricomparire (nascita di un altro figlio, difficoltà coniugali, difficoltà nella crescita dei figli, tipologia di lavoro a contatto con i bambini).

Infine è stato presentato un breve percorso sui concetti e sulle strategie relative all'accettazione come la Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) per aiutare Marcella a coltivare una modalità di relazione decentrata verso l'esperienza cognitiva, emotiva e sensoriale.

Il trattamento, nel suo complesso, ha avuto un esito positivo, con il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

La scala utilizzata per la valutazione del grado di severità del disturbo pre e post trattamento è stata la Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale -Y-BOCS-CC (Goodman W.K., et al., 1989b) con particolare riferimento ai primi dieci item centrali ("core component").

Scale-Y-BOCS-CC Valutazione Pre-Post Trattamento:

Cut-off=17 (Goodman W.K et al., 1989b)

Punteggio	Grado di Severità
0-7	Livello Sub-Clinico
8-15	Leggero
16-23	Moderato
24-31	Severo
32-40	Grave

--	--

Punteggio Tot. Pre-Trattamento	Punteggio Tot. Post-Trattamento
32 (Grave)	11 (Lieve)

Osservazioni

Vorrei condividere la metafora appartenente alla mitologia greca che ho utilizzato per favorire nella paziente il processo di comprensione e di trattamento del disturbo: Il Labirinto di Dedalo.

Costruito da Dedalo su ordine di Minosse è il luogo della prigionia del Minotauro, e il luogo in cui il suo costruttore venne rinchiuso insieme a suo figlio Icaro.

Il labirinto risponde a una duplice funzione, quella di imprigionare il Minotauro per proteggere la comunità dalla sua furia e quella di nascondere la sua forma, lontana dal mondo umano.

Dedalo costretto nel labirinto da lui stesso costruito si trova nella prigione perfetta. Se una via di fuga esiste, Dedalo non è in grado di trovarla all'interno del labirinto, deve crearla. Il mostro e il labirinto non possono essere superati con il loro annientamento, perché intimamente connessi all'uomo (*pensieri intrusivi, come parte del normale funzionamento della mente*). Il tentativo di affrontarli su questa strada apre unicamente la porta a nuovi labirinti e nuovi mostri (*strategie di fronteggiamento mantengono in vita l'idea che, se penso X allora è Vero*). Tuttavia il labirinto non è per sua natura insuperabile, è stato creato dall'uomo ed è nel potere dell'uomo superarlo, ma questo non può essere fatto rimanendo sul suo stesso livello.

Per fuggire dal labirinto Dedalo non cerca di risolverlo, ma opera un cambio di prospettiva, non più sullo stesso piano ma dall'alto: progetta la costruzione di un paio d'ali (*sviluppare nella paziente la funzione metacognitiva per promuovere il decentramento, l'identificazione dei pensieri intrusivi, una valutazione basata su prove ed il blocco delle strategie soggettive di salvezza*).

Bibliografia

- Abramowitz, J. S. (2006). *Understanding and treating obsessive-compulsive disorder: A cognitive-behavioral approach*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Dell'Erba G.L., Carati M.A., Greco, S., Muya M. (2009). *La Sindrome Ansiosa. Comprensione e Trattamento dei Disturbi d'Ansia*. Franco Angeli, Milano.
- Goodman W. K., Price, L H., Rasmussen S. A., Mazure C., Delgado P., Heninger G. R., Charney D. S. (1989b). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.

Luoma J.B., Hayes S.C., (2009). Cognitive Defusion. In W O'Donahue e JE Fisher (a cura di) *General Principles and Empirically Supported Techniques of Cognitive Behavior Therapy*, pp. 181-188. Wiley, New York.

Salkovskis P.M., (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. In *Behavior Research and Therapy*, 37, pp. S29-S52.

Antonio Giglio

Psicologo-Psicoterapeuta, Lecce

Specializzato a Lecce, training Dell'Erba, Semerari

e-mail:antonio.giglio4@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