

Un caso di disturbo ossessivo-compulsivo con episodi depressivi ricorrenti

Antonella Cuna ¹

¹Psicologo, Psicoterapeuta, Lecce

Riassunto

Il lavoro intende presentare un protocollo di trattamento – secondo il modello cognitivo comportamentale – di un caso singolo di Disturbo Ossessivo Compulsivo, in una pz di 30 aa con ricorrenti episodi depressivi.

Particolare attenzione è stata attribuita all'identificazione delle caratteristiche fisiologiche, cognitive e motorie del comportamento ossessivo – attraverso un'accurata raccolta di dati soggettivi in fase di assessment – unitamente all'implementazione di una strategia terapeutica che ha preceduto l'applicazione delle tecniche finalizzate a produrre cambiamento (Esposizione con Prevenzione della Risposta), in seguito all'elaborazione di una ipotesi di funzionamento psicologico ed alla formulazione di previsioni sugli esiti dell'intervento. La puntuale definizione di un contratto terapeutico ha favorito l'adesione della pz al trattamento ed il superamento delle "fasi critiche", parallelamente alla costruzione di un'alleanza terapeutica che ha permesso il perseguimento degli obiettivi.

Relativamente alla valutazione degli esiti, sono state utilizzate le scale per la valutazione dell'andamento sintomatologico Yale-Brown Obsessive Compulsive scale (Y-BOCS) e la VGF, derivata dalla componente sociale della Global Functioning Scale del DSM IV TR, per la valutazione del funzionamento globale.

Summary

This paper is going to deal with a treatment protocol of an obsessive compulsive disorder in a woman aged 30 affected by recurrent depressive state in accordance with the cognitive behavioral model.

Particular attention was paid to the identification of those physiological, cognitive and motory characteristics in this specific obsessive behavior. The treatment arranged: a scrupulous collection of subjective data during the assessment phase; an implementation of a therapeutic strategy which preceded the application of those techniques aimed at making changes (Exposure Response Prevention); a final hypothesis about psychological organization of patient and at last, the predictions concerning the treatment results. The exact definition of a therapeutic contract helped the patient to accept this treatment and get through the critical phases. At the same time, building up a therapeutic alliance permitted to reach the therapeutic aims established.

As regards to the evolution of the symptomatological course, treatment used the Yale-Brown Obsessive Compulsive (Y-BOCS) and VGF scale, which derives from the social component of the DSM IV TR and Global Functioning Scale, regarding the evolution of global functioning system.

Presentazione del paziente²

Anna, 30 aa, nubile, studentessa. E' secondogenita di due figlie: la madre, 62 aa, è in pensione; il padre, 63 aa, è un professionista ancora in attività.

La pz da circa 15 anni è affetta da Disturbo Ossessivo-Compulsivo con ricorrenti episodi depressivi.

²Sono state omesse o alterate tutte le informazioni che avrebbero potuto rendere identificabile il paziente

All'età di 13 aa, compaiono i primi pensieri intrusivi (3/4 episodi durante la giornata, di breve durata), accompagnati ad una marcata ansietà e caratterizzati da un profondo senso di colpa. I pensieri riguardano la paura di contaminarsi con l'aria e la polvere - oppure toccando oggetti sporchi - ed il timore di poter contaminare le persone, soltanto sfiorandole o toccandole dopo essersi "sporcati".

Riferisce di avere pensieri ed immagini "inopportune" che riguardano le sue condotte sessuali; racconta di fare pensieri blasfemi e teme di poter pronunciare frasi contro Dio. Ha, per questo, paura di essere punita, trattandosi - a suo dire - di azioni moralmente inaccettabili.

La pz ci tiene a precisare che la nonna materna (donna molto religiosa), inizialmente riuscì a sviarla da tali pensieri, dicendole che erano solo pensieri e che sarebbero andati via così come erano comparsi. Oltre ad essere una donna molto religiosa, la nonna era una persona che - a differenza della madre (la quale assumeva solitamente un atteggiamento rigido nei confronti di A.) - la sapeva prendere «...con lei si poteva parlare tranquillamente e non mi sentivo criticata. Anzi, mi sentivo compresa».

Dai 14 ai 18 aa, in seguito a problemi di salute, le viene prescritto un busto ortopedico. Sono gli anni in cui frequenta il liceo classico: si descrive una studentessa modello. Studia molto, raggiunge ottimi risultati, anche se deve sopportare le critiche della madre per il fatto di dedicare tutto il suo tempo allo studio, trascurando il resto. Benché sia la madre stessa (paradossalmente!) ad invitarla a studiare ed a lodarla per le sue prestazioni scolastiche (in realtà, la loda soltanto se A. porta a casa un bel voto). A causa del busto ortopedico, A. è preoccupata di emanare cattivi odori ed inizia a lavarsi più volte durante il giorno. Anche per questo subisce le critiche della madre che - invece di provare a capire il disagio della figlia - la rimprovera duramente. Lamenta una scarsa vita sociale: vorrebbe coltivare delle amicizie e farne delle nuove, ma preferisce dedicare il suo tempo allo studio. Evita il confronto con le sue compagne di classe; vorrebbe essere spigliata, meno timida e più intraprendente per essere corteggiata dai ragazzi, ma non lo fa: si sente insicura.

A 17 aa, A. s'innamora di un ragazzo più grande (vecchia conoscenza), attratta dall'aspetto fisico. Lei comincia a provare qualcosa, ma si percepisce inadeguata: timida e impacciata, anche se la consola il fatto di conoscerlo già. Sviluppa il convincimento che il sentimento possa venire corrisposto e si costruisce aspettative positive circa l'esito della storia: anche perché il ragazzo sembra rivolgerle attenzioni e gradire la sua vicinanza. Salvo poi restare profondamente delusa quando il ragazzo le comunica apertamente che le sue intenzioni non sono quelle di avere una relazione sentimentale con lei.

A. si sente sconfitta e fallita. Comincia a sperimentare un senso di solitudine: si sente triste per la maggior parte del tempo e non ha il coraggio (forse non è capace!) di comunicare il suo malessere. Nei momenti di maggiore sconforto ed in correlazione ad un forte vissuto di ansia, ricorre ai rituali di lavaggio, aumentandone la frequenza.

A 18 aa, i pensieri ossessivi di contaminazione, sessuali e religiosi diventano molto invasivi e intensi. La pz non ha vita sociale. E' consapevole di non riuscire a studiare come prima e questo la turba molto («Era l'unica cosa in cui mi sentivo sicura»).

Si manifesta il primo episodio depressivo. Decide di iniziare una psicoterapia ad indirizzo psicoanalitico, che dura un anno. A. racconta dell'insoddisfazione e dei dubbi nei confronti del terapeuta. Intanto, assume i farmaci prescritti dal medico di famiglia per le ossessioni e per la depressione: i familiari preferiscono non ricorrere ad uno psichiatra, lasciando intendere di voler tenere nascosto il disturbo della figlia.

Nessun riferimento alla sorella: A. si limita ad escludere problematiche relazionali, ma non racconta mai di essersi – per esempio – confidata con lei o di averle raccontato il suo problema, benché la sorella ne fosse a conoscenza.

La figura paterna, dal punto di vista affettivo, sembra non esistere: è un padre assente che lavora e sostiene la famiglia solo materialmente.

A 19 aa, A. inizia una storia sentimentale che dura circa 8 aa: la pz ritiene che non sia stata una storia serena, soprattutto a causa del suo problema, e del sentirsi in colpa e sporca con riferimento ai rapporti sessuali. Del resto, avere rapporti sessuali significava per lei compiere azioni immorali: per questo sentirsi sporca ed in colpa. E dover espiare la colpa mediante rituali di lavaggio.

A 20 aa, A. tenta il suicidio, ingerendo farmaci. Viene ricoverata in ospedale per la disintossicazione e - a seguire - in una clinica privata per il trattamento del disturbo depressivo mediante tecniche di musicoterapia. La permanenza in clinica dura tre mesi.

A 22 aa, dopo aver consultato diversi psichiatri, parte per Pisa e inizia la prima terapia farmacologica: clomipramina, fluoxetina, lamotrigina.

A 25 aa, intraprende un'altra psicoterapia: supera lo stato depressivo e le ossessioni, ma ottiene scarsi risultati relativamente alla componente compulsiva del disturbo.

L'anno successivo, A. parte in Olanda per un progetto universitario e ci trascorre sei mesi. Conosce un ragazzo: si frequentano, la colpisce il fatto che entrambi hanno in comune lo stesso disturbo e che il ragazzo dopo un lungo lavoro psicologico ne sia “guarito”. La pz s'innamora, pensa di poter vivere un relazione sentimentale (anche in questa circostanza si costruisce aspettative positive circa l'esito della storia), fino a quando il ragazzo non fa chiarezza: comunicandole che le sue intenzioni sono solo di amicizia. Per la seconda volta A. prova una profonda delusione.

Rientrata dal viaggio in Olanda, decide di intraprendere un'altra psicoterapia per trattare il disturbo compulsivo.

La pz giunge in terapia in seguito ad un peggioramento della sintomatologia. Mi dice che ciò che la fa soffrire sono i rituali di lavaggio: li considera esagerati e dannosi in quanto minacciano e compromettono

gravemente la qualità della sua vita. Chiede esplicitamente di volerli affrontare: si sente intrappolata dai rituali e dai comportamenti di evitamento.

<p>RITUALI DI LAVAGGIO</p> <p><u>Frequenza:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- 5/6 volte nell'arco della giornata. <p><u>Tempo impiegato:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- 1 ora per lavare le mani;- 2 ore per la doccia, compresi i cerimoniali di riordino del bagno. <p><u>Criterio di stop:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Mani: fino a quando non avverte la sensazione di pulito;- Doccia: fino a quando non finisce l'acqua calda. <p><u>Grado di malessere soggettivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Alto. <p><u>Grado di compromissione sociale e lavorativa:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Alto.
--

Tabella 1. Rituali di lavaggio

Mi chiede in prima seduta se ho già trattato casi come il suo, aggiungendo di aver cambiato ed interrotto le psicoterapie precedenti per insoddisfazione nei confronti del terapeuta.

A causa della sintomatologia compulsiva e delle sue condotte di evitamenti, la pz riferisce una marcata compromissione nella qualità della vita e nel suo funzionamento generale: ritardo nello studio e nel lavoro, mancanza di vita sociale, assenza di relazioni affettive, inattività, isolamento. Non c'è nulla allo stato attuale che la interessi: si sente confusa, triste, incapace di programmare il futuro e stanca di emettere i rituali di lavaggio.

Si descrive una persona timida, introversa, sensibile alle critiche (in particolare a quelle della madre), insicura nelle situazioni sociali ed indecisa nel compiere scelte. Avverte un vissuto di fallimento rispetto a se stessa, soprattutto in riferimento al fatto di non aver realizzato niente di buono (laurearsi, trovare un lavoro, avere una relazione sentimentale, una vita sociale), pur avendo 30 aa. Si definisce immatura rispetto alla sua età.

Ipotesi sul funzionamento psicologico

La pz riferisce il timore di contaminarsi venendo a contatto con oggetti sporchi: cibo, aria, polvere, sedie, panchine, cassetti, indumenti, scarpe, contenitori dell'immondizia, sanitari, pareti del bagno, porte e maniglie di esercizi pubblici, denaro.

Il timore di contaminazione è accompagnato da un intenso stato ansioso e seguito da persistenti ruminazioni: «Mi sarò contagiata toccando quella maniglia o quelle scarpe?...Mi sento sporca, devo prendere provvedimenti...Mi lavo, altrimenti sarò poco gradevole agli occhi degli altri...Devo tenere tutto sotto controllo»: oppure «Mi sarò lavata per bene?...Avrò pulito la parte contaminata?...Ho eliminato lo sporco?.....Adesso che mi sono lavata e che sono pulita, sarò accettata dagli altri?».

La pz, cede alla tentazione di lavarsi, a fronte di situazioni connotate come indefinite. Specificamente:

- Nelle situazioni in cui è sola in casa: non sa cosa fare, si sente giù di tono e sperimenta un senso di inutilità (incertezza);
- Nelle situazioni interpersonali: si percepisce inadeguata, impacciata, non sa cosa fare, sperimenta una forte emozione di ansia;
- Nelle situazioni interpersonali in cui prevale la delusione di aspettative in relazione a comportamenti altrui (imprevedibilità);
- Nelle situazioni in cui ha la sensazione di essersi contagiata o sporcata (dubbio).

Il comportamento compulsivo è regolarmente correlato a situazioni caratterizzate da una condizione d'indecifrabilità (nel caso di situazioni private) ed a situazioni dove prevalgono aspetti non previsti (nel caso di situazioni interpersonali). L'insieme di stimoli che attiva nella paziente la condotta compulsiva di lavaggio sembra rappresentato dalla classe di connotazione relativa all'incertezza.

Ciò che fa la paziente - immediatamente dopo l'esposizione alle situazioni sopra identificate - è il tentativo di esercitare un controllo per ridurre il margine di incertezza (ridurre l'imprevedibilità). Appare legittimo chiedersi come mai la paziente sia così sensibile all'incertezza.

A venirci incontro, alcuni episodi della storia personale che probabilmente hanno agito da operazioni stabilizzanti:

- La pz percepisce lontana la figura del padre: viene accudita dalla nonna e dalla mamma. Quando lei chiede alla madre spiegazioni circa il comportamento del padre (assente, distaccato), la madre non la degna di una risposta. A. può soltanto immaginare, non possedendo altre informazioni che le darebbero maggiore sicurezza.
- La pz, subisce spesso i rimproveri della madre che trova sempre qualcosa che non va: lo studio, le amicizie, la sua timidezza. E non perde occasioni per sottolinearlo. Di fatto, A. subisce una situazione in cui la madre non esprime una regola esplicita, ma si aspetta che la figlia vi si conformi comunque. Salvo punirla quando non le riesce bene.
- Agli occhi della madre, la pz appare una ragazzina modello per ciò che riguarda lo studio), tanto da vantarsene con le colleghe (insegnanti). In realtà, A. è una ragazzina frustrata che rinuncia ad esprimere i suoi bisogni.

Appare altrettanto legittimo chiedersi come mai la pz non abbia esercitato un'altra forma di controllo, a fronte di situazioni connotate come incerte. Perché tende ad esercitare un controllo proprio sul corpo?

Probabilmente, perché ha imparato ad orientare l'attenzione sul corpo. Si pensi all'episodio del busto, accadutole quando A. aveva 14 anni: si percepiva diversa dalle sue amiche, si vedeva brutta. Aveva il timore di emanare cattivo odore e di essere sporca.

Un altro aspetto interessante riguarda la dimensione sociale.

La particolare sensibilità al giudizio altrui pone la pz – a fronte di situazioni sociali connotate come minacciose alla propria immagine (trovarsi nella condizione di dover accettare una qualche forma di confronto; esprimere un'opinione suscettibile di critica; esporsi alla valutazione degli altri) – a rapportarsi con sospetto e diffidenza: ha paura di essere criticata, mal giudicata, delusa.

Inoltre, A. sembra trascorrere la sua infanzia in un ambiente in cui si respira sovente un clima di tensione (rapporto dei genitori) ed è sconsigliato rendere esplicito uno stato d'animo negativo, in quanto potenzialmente peggiorativo di una situazione di per sé già difficile. E' come se vigesse una regola tacita secondo la quale "...è meglio salvare le apparenze", fingendo di stare bene, anziché manifestare le proprie emozioni.

In realtà, A. ha difficoltà a sapere se quello che pensa e prova è giusto o sbagliato, non fidandosi del suo giudizio come adeguato. E' probabile che ciò si rifletta sulle scelte della pz, dalle più importanti a quelle apparentemente marginali.

A. si accusa di non sapere cosa fare, come agire; di non essere in grado di progettare il proprio futuro. Verosimilmente, più che una mancanza di abilità, sembrerebbe che la pz non sappia assumersi responsabilità e far valere il proprio punto di vista.

Dovendo estrapolare una regola generale di funzionamento attuale della pz, si potrebbe ipotizzare una sequenza comportamentale in cui l'emissione di una condotta sintomatica è regolata da situazioni in cui prevale la connotazione di incertezza o invalidazione dell'identità.

Contratto terapeutico

Terminata la fase di assessment (in terza seduta), si procede a stipulare il contratto terapeutico. Oltre alla formulazione degli obiettivi di cambiamento, finalizzati al miglioramento del funzionamento personale e sociale della paziente, il terapeuta si preoccupa di stabilire tempi e modalità di attuazione del trattamento.

OBIETTIVI:

- 1) Diminuzione dei rituali di lavaggio;
- 2) Aumento della capacità decisionale;
- 3) Acquisizione di maggiore fiducia in se stessa.

FREQUENZA DELLE SEDUTE:

Una seduta a settimana

DURATA DELLE SEDUTE:

50 - 60 minuti.

Strategia terapeutica

Nella prima fase di trattamento, l'interesse del terapeuta si è orientato alla costruzione di una relazione terapeutica caratterizzata da un atteggiamento di comprensione del disagio e disponibilità ad accogliere la sofferenza della pz. Il tutto all'interno di un clima rassicurante, ma evitando di offrire risposte "certe" o

previsioni assolutamente ottimistiche: nonostante le insistenze della pz, relativamente – per esempio – al buon esito della terapia.

Si dimostra funzionale esplorare gli schemi cognitivi della pz mediante la raccolta di protocolli A/B/C. Ciò rende possibile intervenire sin dall'inizio a ridurre le generalizzazioni che caratterizzano il funzionamento psicologico (vedere uno specifico evento negativo come assoluto piuttosto che come uno tra tanti), le doverizzazioni (l'uso del “Devo” che controlla un comportamento) e le interpretazioni catastrofiche (trattare gli eventi negativi come intollerabili e catastrofi).

Specificamente, il tentativo di ridurre i processi di ipergeneralizzazione che implicano l'immagine di sé, si traduce nell'opportunità di applicare tecniche di contestualizzazione, al fine di aiutare la pz a discriminare tra sé come oggetto (“Io sono inadeguata”) e sé come punto di vista (“Io mi sento di essere inadeguata e/o faccio cose da persona inadeguata”): alterando il legame funzionale tra classi di situazioni e risposte che “controllano” la visione di sé ed operando una distinzione tra la pz che si osserva ed il contenuto delle sue osservazioni; facendole altresì sperimentare che la percezione negativa di sé e del futuro non derivano da una fedele riproduzione della realtà, ma da pensieri che possono essere trattati in altro modo. L'obiettivo finale consiste nella possibilità di costruire nuove realtà in cui l'autovalutazione deriva dalle esperienze, rendendo – per esempio – inefficace il comportamento di evitamento.

Relativamente alla difficoltà della pz di prendere decisioni ed assumersi la responsabilità delle proprie scelte, l'intervento terapeutico si concretizza – mediante l'applicazione di strategie di Problem Solving – ad offrire modalità alternative di risoluzione dei problemi che attivano nella pz vissuti di incertezza.

La necessità di operare un intervento finalizzato al miglioramento del funzionamento sociale, si traduce nella possibilità di ottenere un cambiamento soprattutto per quanto riguarda la capacità della pz di manifestare comportamenti assertivi. Tale obiettivo viene perseguito impostando un programma che prevede esercizi di Role Playing o interazioni simulate, oltre ad un training di assertività.

Successivamente – in una fase in cui la relazione terapeutica si è ormai consolidata e la motivazione di cambiamento della pz è stata sostenuta e verificata adeguatamente – la strategia terapeutica si orienta ad esporre la pz alle situazioni temute.

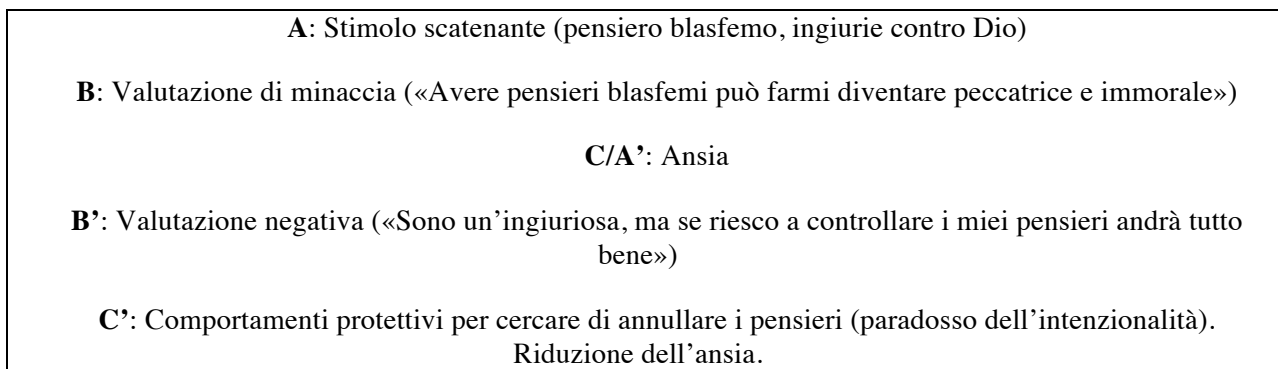


Figura 1. Esempio di modello cognitivo

Relativamente alla riduzione del comportamento ritualistico, si ritiene tecnicamente opportuno procedere alla presentazione ed introduzione della tecnica di Esposizione con Prevenzione della Risposta (E/RP), avendo preventivamente presentato il modello cognitivo del disturbo ossessivo-compulsivo e ricorrendo – anche questa volta – alla raccolta di protocolli A/B/C: al fine di ricostruire e condividere lo schema di funzionamento.

Esposizione con Prevenzione della Risposta (E/RP)

Prima di introdurre la tecnica di Esposizione con Prevenzione della Risposta, ho ritenuto importante offrire informazioni alla pz – mediante un intervento di psicoeducazione – sulla natura e sul funzionamento dell'ansia, al fine di incoraggiarla e motivarla a fronteggiare l'emozione nel corso del trattamento.

Dopo aver condiviso che i rituali, le condotte di evitamento e le richieste di rassicurazione svolgono la funzione di liberare la pz dall'ansia generata dai suoi timori, si è giunti a costruire la previsione per cui prevenire la risposta avrebbe significato liberarla dall'ansia, nonostante un probabile peggioramento iniziale correlato alle caratteristiche della tecnica.

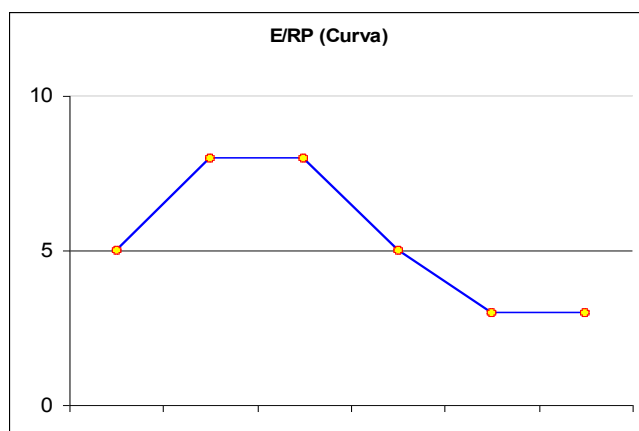


Figura 2. Andamento dell'ansia con E/RP

Oltretutto, se l'ansia funziona come un sistema d'allarme che, in situazioni di pericolo o minaccia, predispone l'organismo a reagire in modo subitaneo, non è da considerare un'emozione negativa. È un'emozione che tutti noi sperimentiamo quotidianamente e che - entro certi limiti - svolge una funzione importante per la sopravvivenza. Inoltre, come tutte le altre emozioni, anche l'ansia assume un certo andamento: nasce, aumenta – talvolta in modo improvviso – raggiungendo il picco più alto e poi spontaneamente decresce.

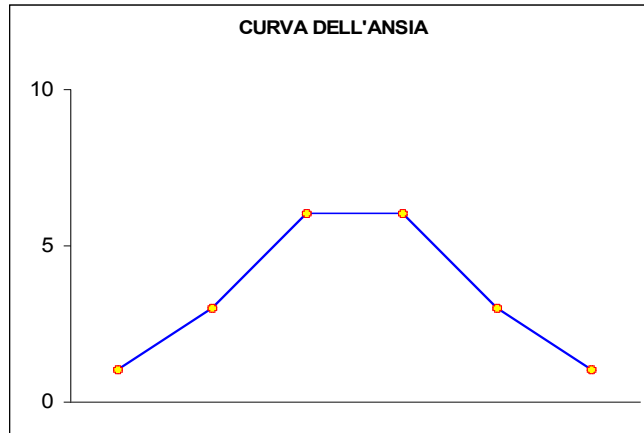


Figura 2. Curva dell'ansia.

Propongo ed introduco alla pz la tecnica di Esposizione con Prevenzione della Risposta, presentandole i dati di letteratura relativamente all'efficacia per il trattamento del DOC. La informo sulle caratteristiche tecniche: lo scopo della esposizione è ridurre l'ansia generata dagli stimoli temuti, nel caso specifico il toccare gli oggetti sporchi; la prevenzione della risposta consiste nella sospensione dei comportamenti compulsivi (rituali di lavaggio) messi in atto per fronteggiare l'ansia.

Di fatto, l'obiettivo che ci proponiamo di raggiungere, non è tanto di dimostrare l'inutilità dei rituali e degli evitamenti, quanto di esporre la pz agli stimoli ansiogeni e di imparare ad esercitare un controllo, tollerando l'ansia (anche attraverso l'addestramento ad uno stato fisiologico antagonista). Lo scopo è alterare il legame tra lo stimolo attivante (le situazioni che generano ansia) ed il comportamento disadattivo (rituale di lavaggio), oltre a restituire identità alla paziente attraverso la percezione di una maggiore controllabilità degli eventi.

Prima di procedere all'applicazione della tecnica ed alla stesura della gerarchia riguardante le paure della pz, spiego come si svolgeranno gli esercizi, prendendo come esempio esercitazioni fatte da altri pazienti.

Nonostante la paziente abbia deciso di intraprendere questo tipo di trattamento sulla base delle informazioni da lei stessa raccolte prima della richiesta di trattamento, ho ritenuto - comunque - importante soffermarmi a discutere su quali fossero le sue aspettative e formulare un contratto scritto (formulare un contratto per iscritto - tra le altre cose - avrebbe anche svolto la funzione di supportare la paziente nei momenti di scoraggiamento), dove la paziente si impegnava a seguire gli steps stabiliti dal terapeuta, riguardanti il trattamento, in base alla gerarchia delle sue paure.

Dopo aver chiesto alla pz da quale paura volesse iniziare, compiliamo la gerarchia facendo un elenco delle situazioni stimolo e decidendo di partire dalla situazione meno ansiogena.

Introduco la tecnica in seduta. Fungendo da modello, mostro alla paziente come fare: tocco un oggetto temuto (nel caso specifico, le scarpe) e mi passo le mani tra i capelli, sul viso, sui vestiti. Chiedo di osservarmi mentre svolgo tale compito e la incoraggio a fare lo stesso. Le chiedo di valutare quantitativamente, ad intervalli ripetuti, il livello di ansia sperimentato: da 0 a 10. Stabilisco di considerare lo step superato quando l'ansia diminuisce in modo consistente (al di sotto di 5 SUD).

Dopo la prima seduta di esposizione, stabiliamo che ciò che è stato fatto è la modalità con cui la pz svolgerà gli esercizi a casa.

Valutazione di efficacia

La scala utilizzata per la valutazione dell'andamento sintomatologico è stata la Yale-Brown obsessive compulsive scale (Y-BOCS). La scala è composta da 16 item di cui, i primi 10, sono quelli fondamentali: è la somma di questi 10 item che è considerata come il punteggio totale. Questi item riguardano: 5 le ossessioni e 5 le compulsioni. Ciascun item è valutato su di una scala a 4 punti:

0 = Assenza del sintomo

1 = Lievemente presente

2 = Moderatamente presente

3 = Molto presente

La somma dei punteggi dei singoli item fornisce un punteggio totale, che può essere considerato come espressione della gravità del disturbo psichico (punteggio 40: Massima gravità).

Nelle figure 3 e 4 sono raggruppati i punteggi, ottenuti dalla pz, attraverso valutazioni sintomatologiche Y-BOCS con intervallo di tre mesi.

Lo strumento utilizzato per la valutazione del funzionamento globale della pz è stata la VGF, derivata dalla componente sociale della Global Functioning Scale del DSM IV TR .

Nell'assegnare il punteggio è stato dato particolare peso alle seguenti aree:

1. Attività socialmente utili, incluso il lavoro;
2. Rapporti personali e sociali, inclusi i rapporti con i familiari;
3. Cura dell'aspetto e dell'igiene;
4. Comportamenti disturbanti e aggressivi.

Il punteggio massimo (100) corrisponde ad un livello eccellente in tutte le aree del funzionamento personale e sociale; il punteggio minimo (1) sta a significare un deficit totale.

Nella figura che segue è rappresentato l'andamento sociale e personale del pz ottenuto attraverso valutazioni con intervallo di tre mesi.

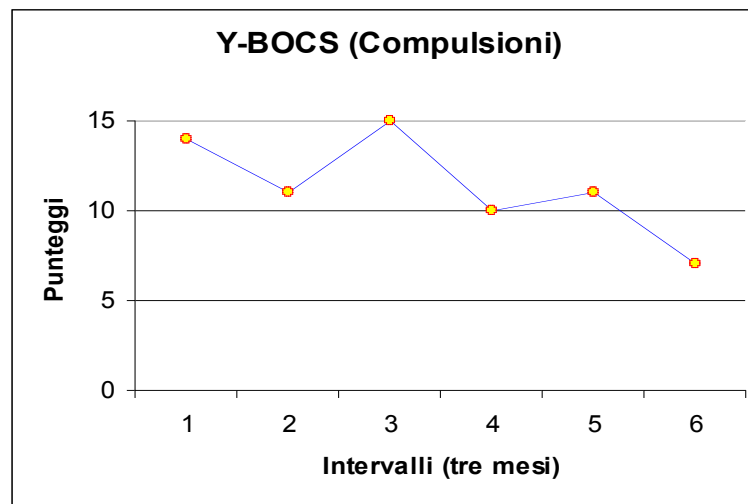
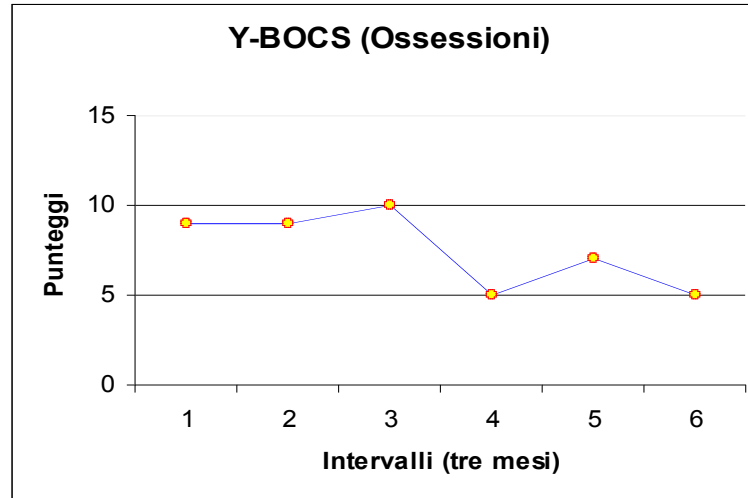


Figure 3 e 4. Punteggi alla Y-BOCS nei mesi di trattamento

Risultati raggiunti

Dopo un primo periodo in cui la paziente ha manifestato una marcata resistenza al cambiamento, il percorso terapeutico ha seguito un andamento caratterizzato da un progressivo miglioramento generale.

A questo proposito, ritengo opportuno segnalare un passaggio che – verosimilmente – ha segnato l’inizio del cambiamento propriamente detto. Durante il periodo estivo, non avendo la pz altre distrazioni (l'unico impegno era lo studio) e trovandosi da sola in casa per periodi lunghi, sperimenta un’intensa sofferenza seguita da un incremento dei rituali di lavaggio e del bisogno di rassicurazioni. Subisce un brusco viraggio del tono dell’umore, tanto da comunicarmi – telefonicamente – di aver pensato nuovamente al suicidio. Mi limito a rassicurarla, ma sono ferma nel motivarla a fare quanto le era stato proposto nelle precedenti sedute, in particolare: esporsi all’ansia e sperimentarla per tutto il suo decorso.

A. accetta di correre il rischio: questo episodio diventa la pietra miliare per il prosieguo positivo della terapia.

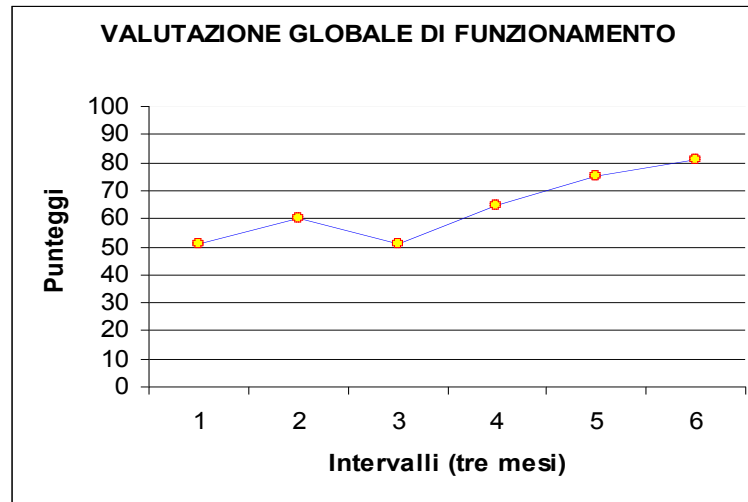


Figura 5. Punteggi al VGF durante il trattamento

Si estinguono molte condotte sintomatiche di evitamento, la giornata della pz è diventata gradualmente e lentamente più varia ed articolata, ed il tempo dedicato ai rituali si riduce a meno di un'ora. Migliora il tono dell'umore.

Nonostante la difficoltà ad accettare le critiche, la pz acquisisce una maggiore disponibilità ad esplorare le dimensioni interpersonali sino ad ora evitate ed una maggiore dimestichezza ad utilizzare abilità comunicative.

Nel corso delle sedute, A. sviluppa capacità ad esprimere le proprie opinioni (indipendentemente dalle conseguenze) ed una maggiore tolleranza alle frustrazioni. Successivamente, riesce a laurearsi, accetta un incarico di lavoro a tempo determinato ed instaura una relazione sentimentale. Permane la preoccupazione circa i tempi (ancora lunghi) dedicati alla "preparazione" mattutina: aspetto vissuto dalla pz come indicatore di diversità dagli altri.

Numero delle sedute: 45.

Dott.ssa Antonella Cuna

Svolge l'attività di psicoterapeuta a Lecce

Specializzato SPC Lecce, Training Di Maggio, Erba, Semerari