

Viola un caso di Disturbo Ossessivo-Compulsivo Una mente intrappolata tra la paura di sbagliare e il bisogno di essere giusta

Marina Ferrillo¹

¹Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale SPC Napoli

Riassunto

Il presente contributo descrive il caso clinico di una paziente di 18 anni con diagnosi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC), caratterizzato da ossessioni intrusive a contenuto di colpa e contaminazione simbolica, associate a compulsioni di ordine, controllo e neutralizzazione. La concettualizzazione del caso è stata sviluppata secondo il modello cognitivo del DOC centrato sulla colpa (Mancini, 2016). La valutazione clinica è stata supportata dall'impiego di strumenti psicodiagnostici standardizzati che hanno confermato la gravità del quadro ossessivo-compulsivo. Nonostante l'interruzione precoce del percorso, il caso offre spunti clinici rilevanti sul ruolo della colpa morale e delle dinamiche interpersonali nel mantenimento del DOC.

Parole Chiave: Disturbo Ossessivo-Compulsivo; Colpa; Contaminazione simbolica; Iper-responsabilità; Terapia Cognitivo-Comportamentale; Caso clinico

Viola, a case of obsessive-compulsive disorder: A mind trapped between the fear of making mistakes and the need to be right

Summary

This paper describes the clinical case of an 18-year-old female patient diagnosed with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), characterized by intrusive obsessions involving guilt and symbolic contamination, associated with compulsions of ordering, checking, and neutralization. The case conceptualization was developed according to the guilt-centered cognitive model of OCD (Mancini, 2016). The clinical assessment was supported by the use of standardized psychodiagnostic

Marina Ferrillo, Viola un caso di Disturbo Ossessivo-Compulsivo
Una mente intrappolata tra la paura di sbagliare e il bisogno di essere giusta N. 35, 2025, pp.107-116.

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

instruments, which confirmed the severity of the obsessive-compulsive symptoms. Despite the early interruption of treatment, the case provides clinically relevant insights into the role of moral guilt and interpersonal dynamics in the maintenance of OCD.

Key words: Obsessive-Compulsive Disorder; Guilt; Symbolic contamination; Hyper-responsibility; Cognitive Behavioral Therapy; Clinical case

Presentazione del caso

Viola è una ragazza di 18 anni, studentessa liceale, che vive con la famiglia d'origine. Il contesto familiare è descritto come fortemente conflittuale e scarsamente comunicativo, caratterizzato da frequenti litigi, toni rabbiosi e modalità comunicative svalutanti. Il padre è percepito come autoritario, impulsivo e poco regolato emotivamente, la madre come controllante, ipercritica e intrusiva, con difficoltà nel riconoscere i confini e l'autonomia della figlia. Viola riferisce una vita sociale limitata, con una sola relazione amicale significativa, all'interno della quale tende ad assumere un ruolo di ascolto e accudimento, a fronte di una marcata difficoltà nel condividere i propri bisogni emotivi. Non presenta esperienze sentimentali né sessuali.

A. Descrizione del problema

La principale difficoltà lamentata da Viola è caratterizzata dalla presenza, di una serie di pensieri a carattere ossessivo. Tali ossessioni sono incentrate sulla possibilità che possano verificarsi incidenti mortali o catastrofi che coinvolgano lei o i suoi familiari. Il contenuto è vissuto come intrusivo e minaccioso, generando un disagio significativo. In risposta a queste ossessioni, Viola mette in atto compulsioni comportamentali e mentali finalizzate a ridurre l'ansia e prevenire l'ipotetica realizzazione delle catastrofi temute.

Le principali compulsioni osservate includono:

- Il bisogno di toccare ripetutamente oggetti
- L'allineamento meticoloso e l'organizzazione precisa degli oggetti di uso quotidiano.

Questi comportamenti ritualistici vengono ripetuti finché la paziente non raggiunge un livello soggettivo di "certezza" o "sicurezza". La sintomatologia ossessiva è manifesta esclusivamente nell'ambiente domestico. L'attivazione emotiva diventa intensa e fuori controllo in presenza della famiglia, soprattutto quando Viola si sente osservata con espressioni interrogative o preoccupate in merito ai suoi gesti. In questi momenti, sperimenta forti livelli di rabbia egoriferita ("*Cosa diavole avete da guardare tutti? dovete smetterla di guardarmi tutti!*"), spesso culminanti in un pianto inconsolabile e rimproveri genitoriali a causa della maleducazione mostrata. Quando un familiare in

particolare la madre, in un secondo momento tenta di tranquillizzarla, Viola manifesta rabbia verso il genitore, che identifica come causa della propria reazione (*"Se non mi avessero guardata in quel modo, non sarebbe successo nulla. Lo sanno che non devono guardarmi, lo fanno di proposito"*).

Immediatamente dopo, sperimenta un forte senso di colpa nel riconoscere la propria reazione come spropositata (*"Alla fine voleva solo consolarmi e l'ho trattata male"*).

Il suo vissuto è dominato dalla perdita di controllo sul proprio comportamento, che esprime con affermazioni di profondo sconforto e svalutazione di sé: *"Sto uscendo pazza, se qualcuno mi vedesse penserebbe che sono da rinchiudere. Sono una deficiente che non riesce a fare nulla. Mi sto solo rovinando la vita."*

Sulla base dei criteri DSM-5, è stata formulata una diagnosi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo.

B. Profilo Interno del Disturbo

Il disturbo di Viola è caratterizzato da intrusioni mentali interpretate come segnali di pericolosità morale e responsabilità causale. La paziente manifesta convinzioni iper-responsabilizzanti ("Potrei essere pericolosa", "Se penso qualcosa di cattivo potrei farlo accadere"), accompagnate da un intenso timore di colpa. L'obiettivo primario dei comportamenti ossessivo-compulsivi è evitare la colpa morale e la responsabilità percepita di arrecare danno agli altri; l'obiettivo secondario è preservare un'immagine di sé come persona buona, integra e degna di amore. Il tema nucleare del funzionamento ossessivo può essere sintetizzato nella convinzione: *"Se causo sofferenza, anche solo con il pensiero, e non faccio nulla per evitarlo, allora sono cattiva"*.

L'anti-goal iper-investito (A1) di Viola è essere una persona "cattiva"

La credenza patogena in termini di *Sé/Allora* è la seguente:

"Se ho questi pensieri terrificanti e non riesco a controllarli, allora potrebbero avverarsi per colpa mia e sarei una persona cattiva"

Evento Critico

Fantasia di una catastrofe

Prima Valutazione

“Oddio perché faccio questi pensieri?! E se si avverassero? Se non facessi nulla per fermarli vorrebbe dire che me ne frego e che sono una persona

1° Tentativo di soluzione

- Tentativi di soppressione dei pensieri;
- Rituali di ordine e simmetria per prevenire (magicamente) le sciagure;
- Ragionamento ossessivo semi-dialettico volto alla discolpa (“è vero che ho fatto un brutto pensiero però è anche vero a volte mi fanno arrabbiare rimproverandomi ingiustamente...sì, ok, però c’è modo e modo di reagire e quel pensiero è troppo cattivo...sì, però non l’ho pensato volutamente...no, però l’ho pensato io e se si avvera è colpa mia...ma i pensieri sono solo pensieri...sì, ma se poi si avverano??)

Seconda Valutazione

“Oddio, sto facendo cose assurde, mi sto rovinando la vita e sto facendo preoccupare i miei, sto facendo uscire tutti pazzi! Devo trovare il modo di smetterla una volta per tutte con questi pensieri e questi comportamenti da matta!”

2° Tentativo di soluzione

- Incremento degli sforzi di soppressione dei pensieri e dei rituali
- Raddoppia gli sforzi del ragionamento ossessivo per giungere definitivamente a rassicurarsi sulla propria natura di persona non cattiva (“più di prima”)
- Evitamento di tutte le occasioni interpersonali che rischino di fare da trigger ai pensieri e agli impulsi proibiti.

B. Fattori e processi di mantenimento

1) Fattori intrapsichici

Sovrastima della responsabilità personale:

Viola crede di poter prevenire eventi catastrofici attraverso le proprie azioni o omissioni (*“se non sistemo bene le cose o non tocco gli oggetti nel modo giusto, potrebbe succedere qualcosa di grave”*).

Mantenimento: attribuisce a sé un potere causale irrealistico e percepisce il non agire come moralmente pericoloso.

Bisogno di certezza assoluta:

La paziente tende a ritenere intollerabile qualsiasi dubbio (*“devo essere sicura che tutto sia a posto, altrimenti potrei far succedere qualcosa”*).

Mantenimento: ogni volta che l'ansia cala grazie alla compulsione, il bisogno di certezza viene rinforzato.

Thought–action fusion (fusione pensiero-azione):

L'intervento del fenomeno cognitivo conosciuto con il nome di TAF rafforza sistematicamente i timori ossessivi di Viola portandola a convincersi che 1) se pensa qualcosa di orribile rischia o di attuarlo o di farlo in qualche modo avverare; 2) se anche non si avverassero quei pensieri orribili, sarebbe ugualmente colpevole per il fatto di averli pensati.

Meta-valutazioni negative:

Viola attribuisce un significato eccessivo ai propri pensieri: *“Non dovrei pensare queste cose”*; *“Oddio, sto facendo cose assurde, mi sto rovinando la vita e sto facendo preoccupare i miei, sto facendo uscire tutti pazzi! Devo trovare il modo di smetterla una volta per tutte con questi pensieri e questi comportamenti da matta!”* li considera pericolosi e tenta di eliminarli e così rinforza il controllo mentale e la neutralizzazione.

Attenzione selettiva:

È iper-vigilante rispetto a oggetti spostati, allineamenti imperfetti, sguardi degli altri, ogni deviazione alimenta ansia e compulsione.

Affect-as information: Qualsiasi dubbio o ansia è interpretato come prova che “qualcosa non va”

→ innesco di compulsione.

Rimuginio ossessivo:

Tentativi mentali di “capire” o “risolvere” le proprie paure aumentano la salienza dei pensieri intrusivi.

Neutralizzazione mentale:

Ripetizione interna di frasi rassicuranti o immagini “correttive” per annullare i pensieri.

2) Fattori Interpersonali

I meccanismi relazionali che contribuiscono a rinforzare o mantenere il DOC di Viola sono molto rilevanti soprattutto nel rapporto con la madre e con la famiglia in generale.

Accomodamento familiare (TRAPPOLA DEL DOC)

I familiari, in particolare la madre, tendono a modificare i propri comportamenti (es. evitare di toccare oggetti di Viola).

Mantenimento: riduce temporaneamente l’ansia di Viola ma rinforza la convinzione che le sue paure siano fondate e che non possa gestirle autonomamente, rende la famiglia schiava del doc logorando i rapporti, ostacola la disconferma delle credenze, soprattutto impediscono l’avvio e il compimento dei processi di accettazione.

Tentativi di rassicurazione:

Trappola relazionale – BIASIMO: i genitori manifestano verso Viola atteggiamenti di critica, rimprovero o colpevolizzazione, nella convinzione che esprimere il loro disappunto possa indurla a prendere consapevolezza delle proprie difficoltà e a guarire. Ad esempio, in presenza di biasimo da parte di un genitore, Viola interiorizza il messaggio confermando la propria convinzione di essere una fonte di sofferenza per la famiglia.

C. Scompenso

Nella storia di Viola un evento scompensante è rappresentato dalla rottura di un legame affettivo. Quando scopre l’esistenza di un’altra persona, ciò che sembra mandare in crisi Viola è l’essersi distratta poiché abbassando la guardia ha fatto un errore imperdonabile ai suoi occhi. *“Sono una brutta persona perché non sono stata abbastanza attenta, mi sono lasciata fregare invece di dedicarmi ai tanti problemi della mia famiglia, ben più importanti dei miei stupidi romanticismi”.*

L'esordio della sintomatologia ossessiva avviene poco dopo, quando il padre comunica a Viola, in tono rabbioso, che non potrà più frequentare i corsi di danza a causa delle difficoltà economiche, le rivela anche che il negozio di famiglia è prossimo alla chiusura e che il futuro è incerto. In quel momento, Viola sperimenta una profonda preoccupazione e paura che possa accadere qualcosa di grave: *“Papà potrebbe lasciarci, mamma potrebbe andarsene via di casa, e io non saprei cosa fare.”* Inizia così a formulare pensieri di colpa: *“Se fossi stata più attenta, se non li avessi lasciati soli, se non avessi pensato solo a me stessa, forse avrei potuto aiutarli in qualche modo, questa era la cosa giusta da fare”* È in questa fase che Viola inizia a sperimentare in modo intenso e pervasivo il sentimento di colpa.

D. Vulnerabilità

Vulnerabilità Storica: Nella storia di vita di Viola emergono esperienze precoci caratterizzate da iper-responsabilizzazione, colpa e invalidazione emotiva. La paziente si descrive come una bambina “tranquilla” che cercava di non creare problemi, ma riferisce episodi ricorrenti di colpevolizzazione ingiusta e punizioni non contingenti.

Vulnerabilità attuale: I principali fattori di vulnerabilità attuale sono rintracciabili nelle dinamiche familiari, che ripropongono modalità relazionali simili a quelle delle esperienze precoci.

TRATTAMENTO PSICOTERAPEUTICO

RAZIONALE, STRATEGIE E TECNICHE

Il trattamento psicoterapeutico ha avuto come obiettivo principale la riduzione clinicamente significativa della sintomatologia ossessivo-compulsiva. È stato svolto un lavoro mirato sulla gestione dei pensieri intrusivi e sulla ristrutturazione della prima e della seconda valutazione ossessiva, con particolare attenzione al timore di colpa e alle vulnerabilità storiche sottostanti. Le tecniche utilizzate in questa fase hanno incluso la costruzione condivisa dello schema di funzionamento del DOC, l'analisi ABC, la ristrutturazione cognitiva, il dialogo socratico drammatizzato (disputing) e l'esposizione con prevenzione della risposta (ERP). Un ulteriore obiettivo del trattamento ha riguardato l'incremento delle abilità di comunicazione efficace con i familiari e lo sviluppo di modalità assertive di espressione emotiva. In questa fase sono stati utilizzati il training dell'assertività e specifici esercizi di modulazione e gestione della rabbia. Un

ulteriore focus dell'intervento ha riguardato la riduzione della vulnerabilità psicologica al DOC e la prevenzione delle ricadute.

DESCRIZIONE DELLA TERAPIA

La terapia ha avuto una durata complessiva di 20 incontri a cadenza settimanale. Dopo una pausa estiva di circa due mesi, dovuta alla mancata coincidenza delle ferie, la famiglia ha interrotto il percorso terapeutico. È importante premettere che l'avvio del trattamento con Viola è avvenuto in un periodo coincidente con diverse festività, circostanza che ha reso difficile mantenere la continuità del setting terapeutico. Tale discontinuità ha inciso in particolare sulla stabilizzazione dell'alleanza terapeutica, già inizialmente fragile a causa delle difficoltà della paziente. La discontinuità degli incontri ha spesso compromesso la possibilità di consolidare il lavoro svolto nelle sedute precedenti. Nei momenti in cui Viola percepiva un peggioramento dei propri sintomi, tornava in terapia manifestando forti stati di rabbia e delusione verso sé stessa, legati alla sensazione di incapacità nella gestione dei problemi e accompagnati da un intenso senso di colpa nei confronti dei genitori. Con il tempo, l'atteggiamento di maggiore apertura ha consentito a Viola un iniziale diminuzione nella frequenza e nell'intensità dei pensieri intrusivi. Il coinvolgimento familiare dei genitori come fattore di vulnerabilità attuale nella storia di vita di Viola, fin da subito è stato un notevole fattore intrusivo nel percorso terapeutico. A seguito dell'osservazione della crescente fatica emotiva e dello sforzo di Viola nel gestire il peso delle dinamiche familiari, e in accordo con lei, si è deciso di coinvolgere i genitori in un incontro congiunto.

Valutazioni ed esito

La terapia con Viola si è rivelata fin da subito un'esperienza impegnativa e faticosa, sia per l'intensità della sintomatologia presentata, sia per le limitate risorse offerte dal contesto familiare. Nei primi incontri, quando Viola mostrava resistenza, chiusura, paura e sofferenza nel trovarsi in terapia, oltre a difficoltà nell'esprimere le proprie richieste, avvertivo al termine delle sedute la sensazione di non riuscire ad aiutarla davvero, come se non stessi facendo abbastanza. Questo mi lasciava spesso con sentimenti di frustrazione e angoscia. Quando invece Viola portava in seduta la sua rabbia verso i genitori, mi accorgevo di sentirmi in qualche modo coinvolta nella sua accusa, come se fossi io stessa "sbagliata". La paziente, portatrice di una credenza patogena, in quei

momenti metteva alla prova il terapeuta per verificare la possibilità di disconfermare tale credenza ossia la possibilità di pensare, sentire o agire liberamente senza subire le conseguenze negative previste da essa.

Nel corso della terapia di Viola ho potuto identificare diversi **testing**:

- l'espressione di rabbia e disappunto nel racconto del conflitto con la madre riattiva vissuti di giudizio e colpa e può essere letta come un test di transfert da ribellione, attraverso il quale la paziente verifica se il terapeuta accetterà o giudicherà le sue emozioni. Il terapeuta risponde accogliendo e normalizzando l'esperienza emotiva, mantenendo un atteggiamento non giudicante.
- la difficoltà a raccontare le proprie sofferenze riflette una resa alla credenza disfunzionale secondo cui parlare di sé equivale a essere "cattiva" e si configura come un test di compiacenza. In questo caso, il terapeuta sostiene la paziente in modo coerente e continuativo, mettendo in discussione implicitamente tale credenza senza colludere con la dinamica di resa.

Rispetto al drop-out della terapia, ho riflettuto sulle possibili cause che possono averlo determinato. È possibile che, in questo momento del suo percorso di vita, la sospensione della terapia rappresenti per Viola un tentativo di riprendere il controllo sulla propria esistenza, al contempo, il recente cambio lavorativo del padre e le conseguenti difficoltà organizzative potrebbero aver costituito un ulteriore fattore di instabilità nel sistema familiare, già caratterizzato da una gestione complessa delle dinamiche relazionali. In considerazione di ciò, ho ritenuto opportuno mettermi in contatto con Viola, con l'obiettivo di intervenire sulla credenza patogena che la porta a sentirsi invisibile o "cattiva" quando esprime bisogni o disappunto, e di dimostrarle che esistono persone che tengono a lei e la accettano così com'è. Viola mi ha risposto di stare bene e non appena avrà una routine quotidiana più serena e tranquilla, vorrebbe ritornare in terapia.

Marina Ferrillo Psicologa Psicoterapeuta, SPC Napoli
Specializzata in psicoterapia cognitiva, training Falcone e Saliani
e-mail: marinaferrillo1992@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