

Marta: un caso di disturbo ossessivo con disregolazione emotiva

The case of Marta: a case of OCD with emotional dysregulation

Jacopo Jarach*^o e Andrea Gragnani*

**Associazione di Psicologia Cognitiva, Roma*

^oEquipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma, Italia

Riassunto

Viene descritto il caso clinico di Marta una ragazza di 22 anni con disturbo ossessivo compulsivo in comorbidità con alcune caratteristiche del disturbo borderline di personalità, in particolare, la disregolazione emotiva. Il disturbo ossessivo compulsivo è innescato da tematiche aggressive che pervadono la paziente durante tutta la giornata, che teme di poter assecondare l'impulso e fare del male agli altri, fino a poter uccidere qualcuno che ama. Pertanto Marta nel tentativo di non ledere nessuno applica compulsioni mentali (es. ruminazione) e comportamentali (evita oggetti taglienti, si fa legare mani e piedi dal fratello). La disregolazione emotiva invece si manifesta sottoforma di rabbia e ostilità nei confronti delle persone significative. Il trattamento, che ha coniugato terapia cognitiva standard con approcci di terza generazione (es. terapia dialettico comportamentale), è stato focalizzato sulla sintomatologia ossessiva, concepita come tentativo di evitare una colpa deontologica, e inquadrando la disregolazione emotiva come mantenimento del DOC in quanto rinforzo delle credenze di poter perdere il controllo, fare del male agli altri ed essere una persona moralmente sbagliata. Il caso rappresenta dunque un esempio di come alcune emozioni, in particolare la rabbia, possono essere oggetto di giudizio morale negativo e intrecciarsi con disturbi psicologici che hanno nella dimensione morale e nel senso di colpa la loro specificità. *Parole chiave:* Disturbo ossessivo compulsivo, disregolazione emotiva, rabbia, ACT, DBT.

Summary

The clinical case of Marta, a 22-year-old girl affected by obsessive-compulsive disorder (OCD) comorbid with some core features of borderline personality disorder, especially emotional dysregulation, is described. OCD is triggered by pervasive aggressive thoughts and impulses, which lead Marta to fear harming others and even kill somebody who she cares for. Consequently, Marta carries out mental (e.g. ruminations) and behavioral compulsions (e.g. avoidance of sharp objects, getting hands and feet tied by her brother) in the attempt to prevent feared scenarios from happening. Emotional dysregulation is characterized by intense anger and hostility towards significant others. Treatment, which integrated standard cognitive-behavior therapy with third-wave approaches (e.g. dialectical-behavior therapy), was focused on OCD symptoms viewed as attempts to avoid deontological guilt, and addressing emotional dysregulation as a factor maintaining OCD through reinforcement of beliefs about the possibility of losing control, harming others and being a morally reproachable person. The case represents an example of how emotions, in particular anger, might be negatively judged by a moral perspective, and thus become intertwined with mental disorders that are crucially linked to morality and guilt. *Key words:* OCD, emotional deregulation, anger, ACT, DBT.

Introduzione

Marta è una ragazza di 22 anni, studentessa universitaria, vive con la sua famiglia di origine e arriva in terapia affetta da disturbo ossessivo-compulsivo caratterizzato da idee di tipo aggressivo che la pervadono durante tutta la giornata, teme di poter assecondare l'impulso di fare del male agli altri, fino a poter uccidere qualcuno che ama. L'attenzione di Marta è focalizzata a controllare che intorno a lei non ci sia nulla che può ledere qualcuno e passa la gran parte della giornata a ruminare sul divano non uscendo più di casa. Nei momenti in cui non può controllarsi (es. di notte) si fa legare mani e piedi dal fratello. Marta riporta un'intensa angoscia relativa ai pensieri ossessivi e si mostra disperata e in cerca di aiuto. Prova una forte rabbia verso se stessa, autodenigrandosi in continuazione. Sono frequenti anche situazioni di rabbia verso la madre o le persone significative. Tutte le manifestazioni emotive di Marta sono caratterizzate da intensità, durata e frequenza elevate che sono compatibili con una difficoltà di regolazione emotiva. Inoltre la paziente ha delle credenze catastrofiche riguardo le emozioni: è allarmata da esse ed è convinta che siano sbagliate e ingestibili; questo la porta a chiedere aiuto e a terrorizzarsi ogni volta che le sperimenta. Marta, quando non è in preda ai pensieri ossessivi pensa alla sua condizione sentendosi un peso, una fallita e una persona che non merita di essere amata.

I motivi di interesse di questo caso sono molteplici. Il primo interesse verte sulla complessità del caso: la paziente infatti presenta il disturbo ossessivo-compulsivo affiancato a un quadro di depressione reattiva, disturbo alimentare NAS e con alcune caratteristiche del disturbo Borderline di Personalità. Nella formulazione del caso si può osservare come la moralità e il bisogno di amabilità mediati dalla disregolazione emotiva incidano sul disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) aumentando la sensibilità al timore di colpa, facendo vivere alla paziente le emozioni come qualcosa di sbagliato. Infatti, non può permettersi di provare rabbia, invidia e gelosia perché il solo provarle (in maniera disregolata nelle dimensioni di sensibilità, intensità e durata) la spaventa e la espone a un forte senso di colpa.

Nella formulazione e nel trattamento è interessante notare come le tematiche dell'amabilità siano amplificate da cicli interpersonali disfunzionali. Nel trattamento del caso possiamo osservare come l'utilizzo di tecniche dalla DBT, Mindfulness (Kabat-Zinn 2003) e Acceptance and Commitment Therapy (ACT) (Harris 2009) sia stato integrato nella terapia del disturbo. Molto interessante è

il legame tra disturbo ossessivo e rabbia (Whiteside e Abramovitz 2004): infatti questi autori affrontano il tema della rabbia nel DOC osservando come alcuni pazienti mostrano una paura considerevole verso i pensieri di natura aggressiva che implicano gli altri (Salkovskis, 1999). Nel caso trattato in quest'articolo si può osservare come la rabbia diventi evento scatenante nel disturbo ossessivo e come la paziente tema questa emozione vivendola come proibita.

Presentazione del caso

Esame psichico

In prima seduta Marta si presenta puntuale, lo sguardo basso, le spalle chiuse come a volersi proteggere. Non mostra imbarazzo nel dover parlare e cerca subito di darmi del tu e non del lei. L'eloquio è completamente in contrasto con la postura anche se, a volte, quando sopraggiungono pensieri (in seguito connotati come ossessivi), sopraggiungono lunghi silenzi nei quali lo sguardo di Marta diventa fisso e perso.

Durante la seduta la paziente scoppia in lunghi pianti motivati dalla tristezza per la sua condizione: non esce di casa da settimane e pensa di non poter uscire da questa situazione. Appare molto allarmata, numerose sono le richieste di aiuto e le rassicurazioni che richiede durante la seduta.

Condizioni attuali di vita:

La famiglia di Marta è composta dalla madre M. di età 50 anni, il padre F. di età 56 anni, il fratello M. età 15 anni e la sorella S. età 12 anni. Marta descrive la sua famiglia come molto unita, la madre e il padre sono entrambi lavoratori (il padre durante il corso della terapia è stato licenziato) e fin da piccola Marta si è trovata a dover aiutare i suoi genitori nel crescere i fratelli.

La madre durante le prime sedute chiede insistentemente di poter entrare insieme alla figlia, richiesta che le viene negata e più volte prima della seduta ripete a Marta di dire tutto quello che è successo. Viene descritta da Marta come una persona che tiene eccessivamente alle regole, in casa tutto segue una regola, e se qualche regola viene violata la madre reagisce in maniera molto rabbiosa facendo ricadere la colpa su Marta (questo da quando Marta era piccola e figlia unica).

Il padre di Marta viene descritto come una persona simpatica, che non mostra mai quello che pensa e che dà sempre ragione alla madre anche quando, per la paziente, la madre è in completo torto.

Formulazione del caso

Descrizione dei problemi della paziente

Marta riferisce di avere idee ossessive di tipo aggressivo che le pervadono la mente durante tutta la giornata. Questi pensieri risultano molto intensi durante la mattina e prima di andare a dormire, e quando prova emozioni di rabbia, invidia e gelosia. Teme di poter assecondare l'impulso e fare del male agli altri, fino a poter uccidere qualcuno che ama (es. la sorella). L'attenzione di Marta è focalizzata a controllare che intorno a lei non ci siano possibili oggetti con cui fare del male a qualcuno. Trascorre gran parte della giornata a ruminare sul divano, non uscendo più di casa. Nei momenti in cui non può controllarsi (ad es. quando va a dormire) si fa legare le mani dal fratello in modo da evitare di potersi alzare la notte e, quindi, di fare del male ai suoi familiari.

Marta riporta un'intensa angoscia relativa ai pensieri ossessivi, si mostra disperata e in cerca di aiuto. Sperimenta una forte rabbia verso se stessa e si auto-denigra in continuazione. Sono frequenti anche le situazioni di rabbia verso la madre in seguito a situazioni in cui questa la critica ferocemente (es. esami università). Riferisce di avere un bisogno estremo di mangiare seguito da vomito, questo la fa sentire meno arrabbiata. Tutte le manifestazioni emotive di Marta sono caratterizzate da un'intensità, durata e frequenza elevate: ciò è compatibile con la disregolazione emotiva.

Marta riferisce, inoltre, di essere triste, passa tutta la giornata chiusa a casa, non vuole più uscire, sentire i suoi amici; difatti ha abbandonato l'università e non vede più gli amici. Nei momenti in cui non è in preda ai pensieri ossessivi pensa alla sua condizione sentendosi un peso, una fallita e una persona che non merita di essere amata.

Test: In fase di anamnesi sono stati somministrati i seguenti test alla paziente: SCL 90 R; BDI II; STAI II; YBOCS; PI-R; GUILT INVENTORY; VOCI; MMPI (test/re test possono essere consultati nell'appendice del caso).

Ipotesi diagnostica: L'ipotesi diagnostica è stata effettuata basandosi sul DSM 5 (APA 2013) e sono emersi: Disturbo Ossessivo Compulsivo; Depressione Reattiva; Disturbo alimentare NAS. Si evidenziano alcune caratteristiche del quadro Borderline di Personalità (criteri soddisfatti: sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono; rabbia inappropriata, intensa, o difficoltà a controllare la rabbia; instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore).

Precedenti trattamenti e storia della sintomatologia.

La paziente viene da una precedente psicoterapia, che viene riferita come inefficace “*Non mi sentivo compresa, sapevo di avere il DOC, ma alla mia terapia non importava; questo mi faceva sentire ancora più matta*”.

Indagando nel passato della paziente è stato appreso che questo non è stato l'unico episodio di disturbo ossessivo-compulsivo, ma ci sono stati altri due episodi.

- Primo episodio: a 4 anni il disturbo era legato alla paura di ingerire i tappi e di soffocare, Marta si sentiva obbligata a tenere sotto controllo tutti i tappi presenti nella stanza, questo per evitare di strozzarsi dopo averne ingerito uno: infatti se non vedeva più il tappo era convinta che nel momento di distrazione poteva aver preso il tappo e quindi dopo averlo messo in bocca, rischiava di soffocare.

- Secondo episodio: a 10 anni Marta sente la voce del demonio che la spinge a essere aggressiva (episodio che risulta molto confuso). Questo episodio è accaduto in concomitanza con 2 eventi molto importanti: la nascita di S., la sorella più piccola e una forte litigata della madre con la nonna, la cui colpa è ricaduta su di Marta la quale non ricorda il motivo per cui le due donne hanno iniziato a litigare, ma ricorda chiaramente il senso di colpa legato a questa litigata (“*è stata colpa mia*”).

I sintomi di ciascun episodio si sono risolti spontaneamente dopo circa 3 mesi.

Profilo interno del disturbo

Il profilo interno del disturbo è stato elaborato e concettualizzato seguendo il modello proposto da Mancini (2016).

Il disturbo ossessivo-compulsivo della paziente è caratterizzato da ossessioni di tipo aggressivo ed è strettamente legato alla disregolazione emotiva e alla ricerca dell'amabilità. L'evento scatenante risulta essere legato a emozioni per lei proibite che la fanno sentire moralmente sbagliata: provare rabbia, invidia, gelosia. Avere l'impulso ad agire una di queste emozioni per Marta risulta sbagliato e immorale, condannandola meritatamente a non essere amata.

Tre sono le dimensioni principali legate alle problematiche della paziente:

- Amabilità
- Disregolazione emotiva
- Moralità

Amabilità

La vita della paziente è incentrata sulla ricerca dell'amabilità, difatti Marta nel passato è stata definita dai genitori come "quella sbagliata..." (vedi vulnerabilità) e il suo progetto di vita da quel momento si è incentrato sul meritarsi di essere amata e non essere considerata quella sbagliata. Marta è talmente spaventata dalla possibilità di poter essere abbandonata e non amata da non permettersi di parlare delle relazioni con i propri genitori dato che ciò potrebbe portarla allo scenario temuto, cioè l'abbandono.

Da questo scopo si determinano una serie di aspettative e di regole autoimposte:

- i genitori hanno sempre ragione e bisogna portar loro rispetto;
- provare emozioni negative verso le persone a cui tengo le allontanerò da me;
- chi fallisce nei propri obiettivi verrà abbandonato;
- devo essere la migliore in tutto quello che faccio, per riconoscenza verso i miei genitori;
- io sono quella sbagliata;
- devo essere la migliore per non essere abbandonata;
- essere pazza vuol dire essere sbagliata.

Disregolazione Emotiva

Marta utilizza una inadeguata gestione delle emozioni di cui non è consapevole. La disregolazione emotiva si evidenzia nelle seguenti Dimensioni: Sensibilità (Marta riporta situazioni in cui "per lei senza motivo" viene inondata da emozioni a lei proibite), Intensità (le emozioni riportate nella paziente risultano essere sempre molto intense "sopra il punteggio di 8"), Durata (le emozioni provate la pervadono durante tutta la giornata e vengono gestite in maniera negativa). Inoltre intrattiene delle credenze catastrofiche riguardo le emozioni: è molto allarmata dal provare emozioni, che è convinta siano sbagliate e ingestibili; questo la porta a chiedere aiuto e a terrorizzarsi ogni volta che sperimenta queste emozioni. Nell'esempio Marta viene bocciata dal professore di diritto privato e prova una forte rabbia nei suoi confronti che la porta successivamente a sentirsi moralmente in colpa (Tabella 1):

A	B	C
Il professore mi boccia all'esame di diritto privato	Non mi merito di essere bocciata, poteva farmi un'altra domanda	Rabbia (i 10) Esco dall'aula senza neanche salutare il professore
A par	B par	C par
	Se avessi studiato di più non mi avrebbe bocciato è tutta colpa mia sono una persona cattiva	Senso di colpa (i 9)
A1	B1	C1
Rabbia (10)	Provare rabbia verso un'istituzione è moralmente sbagliato	Senso di colpa (i 10)
A2	B2	C2
Senso di colpa I (10)	Questa emozione è intollerabile!	Rabbia (i10)

Figura 1: esemplificazione di un ABC di Marta basato su un episodio attivante per la rabbia

Anche la sintomatologia legata alle abbuffate e al vomito può essere vista come strumento per la regolazione emotiva atto a ridurre il senso di colpa percepito come inaccettabile.

Marta utilizza il vomito e l'abbuffata come "punizioni" per regolarsi a livello emotivo. Infatti, quando sperimenta rabbia intensa verso le figure genitoriali si sente una persona cattiva, questo per lei non è accettabile e allora, ritenendo di non poterselo permettere, va in bagno e utilizza il vomito come rimedio per quello che ha fatto, questa azione lenisce la colpa rendendola finalmente gestibile.

Es: Marta litiga con la madre perché è stata incolpata ingiustamente di aver sporcato il lavandino e viene presa a parolacce e insultata. Questo la porta a sperimentare una forte rabbia nei confronti della madre ritenendo ingiusto quello che le sta succedendo. Torna in camera sentendosi ancora molto arrabbiata e inizia a pensare di essere una persona amorale e cattiva perché non si deve provare rabbia nei confronti di un proprio genitore. Questo pensiero la fa sentire terribilmente in colpa quindi va in bagno e si induce il vomito come punizione. Una volta che si è punita la colpa diviene gestibile.

La stessa modalità è utilizzata anche per le altre emozioni a lei proibite come la tristezza e la colpa.

Al vomito affianca l'utilizzo dell'abbuffata, che viene utilizzata dalla paziente nella stessa modalità.

Moralità

Il tema morale regola costantemente la vita della paziente che ha sviluppato una forte sensibilità al senso di colpa. La moralità di Marta risulta essere molto rigida:

- se infranta dagli altri e quindi ritenuta ingiusta genera rabbia, emozione che per la paziente è proibita e amorale e quindi incrementa il senso di colpa;
- se infranta dalla paziente genera da un lato un forte senso di colpa e dall'altro il sentirsi non amabile e quindi le riattiva il tema del possibile abbandono.

La moralità e il bisogno di amabilità mediati dalla disregolazione emotiva incidono sul DOC come esemplificato nello schema sotto riportato:

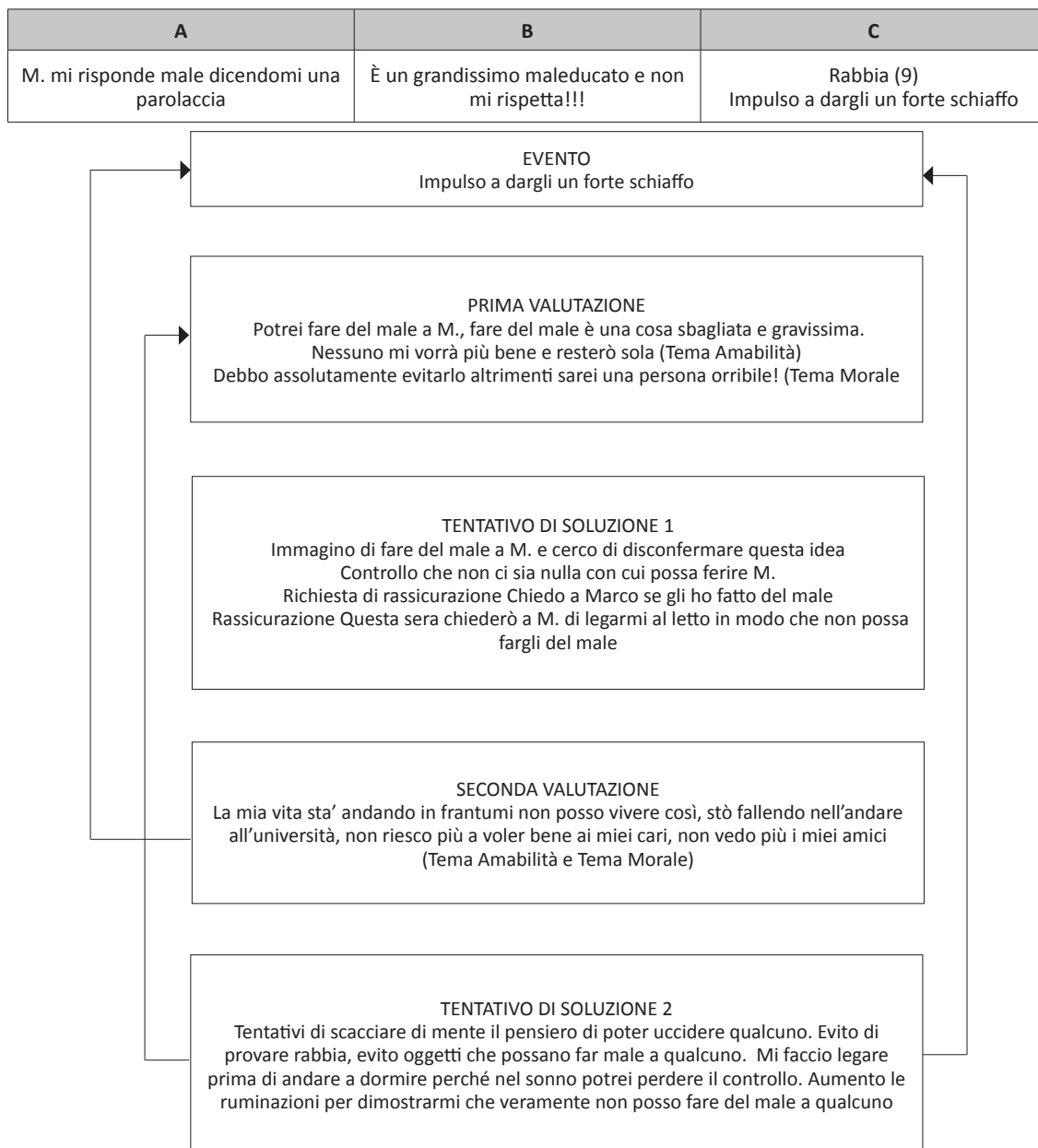


Figura 2. Schema riassuntivo di funzionamento del DOC in base al modello di da Mancini 2004, 2016.

Fattori e processi di mantenimento

Intrapsichici

Tra i processi di mantenimento intrapsichici è di fondamentale importanza la disregolazione emotiva nelle dimensioni di sensibilità, intensità e durata; questa fa sì che le emozioni provate da Marta vengano sperimentate in maniera intensa e perdurino per molto tempo. Queste emozioni così esperite spaventano la paziente e creano la strada a condotte impulsive ritenute amorali che alimentano il mantenimento del disturbo portando la paziente a sentirsi in colpa.

Si può osservare come siano presenti bias cognitivi nei rimuginii sia ansiosi che rabbiosi.

La forte intensità con cui Marta esperisce le emozioni, soprattutto la rabbia, la portano a provare paura per quello che potrebbe fare; questo alimenta e innesca i pensieri ossessivi basati sulla paura di fare del male a qualcuno.

Nel disturbo ossessivo possiamo osservare come tentativi di soluzione di uno e due, e la seconda valutazione siano funzionali al mantenimento del disturbo e come la prima valutazione aumenti la disponibilità all'intrusione dei pensieri ossessivi.

La ruminazione depressiva causata dall'isolamento della paziente e dalla sospensione dell'università aumenta sia il senso di colpa che il fallimento dello scopo di amabilità.

Interpersonali

La famiglia di Marta adotta nei suoi confronti un atteggiamento interpersonale di tipo antagonistico (Emmelkamp 1992). La madre colpevolizza Marta per il suo stato attuale (Disturbo Ossessivo Compulsivo) e per il fallimento universitario, rafforzando l'idea di non essere amata e di essere sbagliata e cattiva.

La famiglia di Marta svolge un ruolo molto importante nel mantenimento del disturbo creando vari cicli interpersonali basati sulla morale e sulla perdita dell'amore: Ciclo Morale/Perdita amore.

Questo ciclo si instaura tra Marta, la madre e il padre: la madre colpevolizza Marta per aver fatto qualcosa di sbagliato, Marta cerca di giustificarsi spiegando le sue ragioni alla madre e al padre. Il padre in un primo momento concorda con Marta e la difende, a quel punto la madre inizia ad arrabbiarsi con il marito che si schiera con lei e colpevolizza anch'esso Marta. Il ciclo si conclude con la madre che accusa Marta anche di creare dissapori tra lei e il padre. La paziente termina questo ciclo, che capita ogni volta che ha un litigio con la

madre (4-5 volte a settimana) con un forte senso di colpa e con la convinzione di non essere amabile, ovvero sbagliata e cattiva. Ad esempio, la madre di Marta iniziando a urlare contro di lei, prendendola a male parole, la accusa di aver utilizzato di proposito troppo sapone sotto la doccia e di averne versato consapevolmente un po' sul pavimento. Marta chiede supporto al padre perché ritiene che la reazione della madre sia esagerata. Il padre in un primo momento concorda con Marta e prova a spiegare alla moglie che forse sta esagerando, ma quando vede che questa si arrabbia con lui accusa Marta di essere una persona irresponsabile che non rispetta le regole della casa. La discussione si conclude con la madre che accusa Marta di volerla far litigare con il marito oltre al fatto di essere una persona irresponsabile.

Scompenso ed esordio

Un fattore predisponente per lo scompenso è stata la rottura di una storia significativa con l'ex ragazzo. Marta è stata lasciata dopo due anni di storia, e ricostruendo la sua storia affettiva abbiamo visto come la figura del ragazzo fosse molto importante per la paziente. Il ragazzo era l'unica persona che la validava e la conteneva; difatti con lui Marta sentiva di poter esprimere liberamente le proprie emozioni. La paziente aveva investito molto su di lui immaginandolo nel proprio futuro e rendendolo parte della propria famiglia sia presente che includendolo in fantasie per una famiglia futura. La scoperta per caso del tradimento del ragazzo la fa sentire ancora una volta inadeguata e sbagliata di fronte al proprio dovere di capire l'altro, e d'altra parte di non essere amabile per nessuno.

Lo scompenso è avvenuto con la bocciatura ripetuta all'esame di diritto privato. L'esame viene considerato, dalla paziente, come uno dei più difficili della carriera universitaria e Marta ha passato quasi un anno a prepararsi. Durante la sessione di giugno prova a dare l'esame, ma viene ripetutamente bocciata dall'assistente del professore. Il mese dopo riprova a dare l'esame passando il periodo tra le due date a studiare in maniera maniacale, ma viene bocciata nuovamente dall'assistente. Queste due bocciature la fanno sentire da un lato una persona cattiva e non all'altezza dei propri doveri e dall'altra una persona che delude i suoi genitori "che le hanno pagato gli studi con sacrificio" e questo la porta anche a fallire l'unico modo conosciuto per essere amabile e amata; difatti nelle credenze di Marta fallire equivale ad essere abbandonata! Inoltre dopo l'ultima bocciatura Marta ha provato una forte rabbia nei confronti

del professore che l'aveva bocciata; questa rabbia è riportata dalla paziente come esagerata e ciò l'ha portata ad andare contro i suoi doveri morali di rispetto nei confronti dell'autorità del professore, portandola a sentirsi più cattiva e non all'altezza dei propri obblighi morali; tale vissuto, rafforzato dalla disregolazione portata dalla rabbia, ha convinto la paziente che poteva fare di tutto, compreso del male alle sue persone più care.

La sospensione dell'università a causa del DOC ha comportato per Marta:

□ Un senso di colpa a livello morale per aver dovuto abbandonare l'università e i suoi amici.

□ La paura di essere abbandonata dai genitori: i genitori di Marta hanno investito molto sulla sua carriera universitaria e rinunciare all'università significa per Marta non portare rispetto ai genitori, che hanno fatto numerosi sforzi per pagarle l'università e fallire in questo la porta a considerarsi non amabile.

□ Uno stato depressivo per il fallimento del suo progetto esistenziale: Marta è dalla prima media che investe sul voler essere un avvocato per poter aiutare i bambini bisognosi. Questo progetto ora è fallito a causa sua. Questo la fa sentire molto triste per il fallimento di un suo scopo fondamentale nel suo progetto di vita.

Vulnerabilità

Vulnerabilità storica

MORALITÀ. Nella storia di vita di Marta si evidenzia subito come la sua infanzia sia stata dominata dal senso di colpa e dalla iper responsabilizzazione (Van Noppen 2009). Riporta numerose situazioni in cui veniva incolpata senza motivo o senza poter controbattere: *“Quando da piccola facevo le scaramucce i miei mi mandavano a letto senza cena e mi lasciavano in camera al buio. Non riuscivo a chiedergli scusa perché non capivo che avevo sbagliato e mi sentivo tanto in colpa”*.

Fin dalle elementari Marta ha sempre voluto fare tutto alla perfezione, infatti ha vissuto come un fallimento aver preso in quarta elementare “ottimo meno” a causa dei compiti disordinati. In quella occasione la madre ha rimproverato Marta dicendole che non aveva fatto il massimo e che avrebbe potuto e dovuto fare di più. Marta riferisce di essersi sentita molto in colpa e per rimediare si è impegnata ancora di più per essere più ordinata, sviluppando la creden-

za “che non basta mai quello che si fa, ma bisogna sempre fare di più”.

Marta riporta che all'età di 7 anni doveva aiutare la madre a prendersi cura di due bambine più piccole (4 e 5 anni) a cui la madre faceva da baby-sitter. Si sentiva responsabile per loro, le doveva vestire e doveva prepararargli la colazione mentre la madre metteva a posto casa stando attenta a non sbagliare i suoi compiti infatti uno sbaglio poteva causare la rabbia della madre e quindi una punizione. La situazione appena riportata rinforzava non solo il timore di perdita di amabilità da parte della madre, ma anche quello di colpa “Marta non ti sei comportata come avresti dovuto e quindi sei sbagliata moralmente”.

Casa di Marta è stata sempre piena di regole, la paziente riporta come esempio le regole su come utilizzare il bagno (quanto bagnoschiuma utilizzare, come riporre gli asciugamani etc.). Se queste regole venivano infrante la madre di Marta reagiva mostrando una forte rabbia e punendo la bambina, ciò confermava la credenza che se si infrange una regola allora si rischia di essere soli.

La morale di Marta è dominata da un forte senso di giustizia. Si è iscritta alla facoltà di Giurisprudenza per aiutare i deboli e perché non sopporta l'ingiustizia, il mondo è bianco o nero.

AMABILITÀ. È bene vedere come Marta sin dall'età dalle elementari ha avuto paura di non essere amata dai genitori. Questo si può osservare nell'episodio già citato nel quale la paziente doveva aiutare sua madre a fare da baby-sitter e in altri episodi che riporterò qui di seguito: “*Mia madre mi ha detto che quando stava in attesa di M. (primo fratello di Marta) è stata chiamata dalla pediatra dopo che mi aveva visitata, e le ha detto che io provavo molta rabbia causata dalla gelosia verso mio fratello che stava per nascere*”.

Un altro episodio importante è stato ricostruito con la paziente dalla lettura di un suo diario scritto durante l'inizio delle scuole medie. In questo episodio i genitori di Marta si rivolgono al fratellino dicendogli “Speriamo che non diventi come tua sorella che è nata sbagliata”. Marta nel diario esplicita il fatto che si dovrà impegnare sempre di più per farsi volere bene dai genitori.

DISREGOLAZIONE EMOTIVA. Nella storia di vita di Marta si può evidenziare come la disregolazione sia stata appresa probabilmente dalla figura materna che in numerose situazioni non riusciva a modulare la rabbia.

Marta riferisce di una fortissima litigata che aveva avuto la madre con lei all'età di 5 anni: “*Decidiamo di giocare a nascondino con mamma, mi nascondo molto bene e non mi trovano per molto tempo. Quando decido di uscire vado*

incontro a mamma... Vedo il suo volto rabbuiato e la sento urlare davanti a tutti (ci trovavamo in un centro commerciale) perché non mi trovava e dovevamo andare via”.

Nei racconti di Marta la rabbia esplosiva della madre è citata più volte anche se spesso viene mitigata dai ragionamenti della paziente, perché come da lei ultimamente ammesso non era ancora pronta a pensare che sua madre abbia potuto provare una tale rabbia nei suoi confronti.

Vulnerabilità attuale

La madre risulta essere molto controllante, utilizzando il ricatto e il senso di colpa per controllare la figlia: in sede di terapia è successo che la madre chiamasse il supervisore del caso per informarlo che Marta aveva litigato in maniera aggressiva con lei. La paziente riporta che questo comportamento è stato adottato più volte dalla madre di Marta: *“Mia madre lo ha fatto spesso, da piccola chiamava le mamme dei miei amici per dirgli che avevo fatto una cosa sbagliata con lei, la stessa cosa è successa alle medie. Alle superiori chiamava il mio ragazzo o le persone a cui tenevo per farmi sentire in colpa”*. Rispetto questa problematica, insieme al supervisore, abbiamo deciso di gestire la famiglia in maniera separata, ovvero decidendo che la madre potesse rivolgersi solo a lui.

Anche la disregolazione emotiva è un fattore di vulnerabilità attuale.

Trattamento psicoterapeutico

Obiettivi di contratto e Razionale, strategia terapeutica e tecniche di cambiamento

OBIETTIVI DI CONTRATTO	NUMERO SEDUTE DEDICATE	OBIETTIVI CLINICI E STRATEGIA	TECNICHE E PROCEDURE DI INTERVENTO
A: Gestire i sintomi del DOC in modo da poter uscire di casa, ricominciare a l'università e rivedere gli amici	15	A1) Mostrare il funzionamento e il mantenimento del disturbo A2) Gestire i pensieri Intrusivi A3) Ristrutturazione della prima valutazione (normalizzazione dei pensieri proibiti, concentrandosi sulla dinamica pensiero azione) A3) Ristrutturazione seconda Valutazione	<ul style="list-style-type: none"> - Ricostruzione dello schema di funzionamento evidenziando i meccanismi di mantenimento - ABC in seduta - Tecnica della torta - Esercizio respiro Mindfulness - Tecniche Act per accettazione del rischio e metafore.

B: Migliorare la capacità di gestione delle emozioni problematiche (Rabbia, Tristezza e Colpa)	10	B1) Comprendere e denominare le emozioni (Rabbia, Tristezza, Colpa). B2) Capire il funzionamento delle emozioni B3) Aumentare il monitoraggio della paziente sulle proprie emozioni B4) Identificare le emozioni per la paziente più problematiche B5) Aumentare la tolleranza delle emozioni indesiderate (Rabbia, Tristezza, Colpa) B6) Regolare la risposta emotiva	<ul style="list-style-type: none"> - ABC in seduta - Psicoeducazione - Automonitoraggio - Interventi di validazione - Utilizzo della relazione terapeutica in maniera strategica - Tecniche DBT (schede emozioni, Controllare i fatti, Azione opposta, Problem solving. - Mindfulness delle emozioni
C: Migliorare le relazioni quelle familiari e d in particolare con la madre	10	C1) Ricostruzione dei cicli interpersonali patogeni (in particolare quelli familiari e con la madre) C2) Aumentare l'automonitoraggio per capire quando è più facile che questi cicli si attivino C3) Valutare l'utilità di entrare o non in un ciclo C4) Trovare strategie alternative	<ul style="list-style-type: none"> - ABC in seduta - Automonitoraggio - Costi Benefici - Esercizio del respiro (Mindfulness)
D: Prevenire le ricadute del DOC	15	D1) Lavoro sulla centralità del timore di colpa nella vita della paziente D) Lavoro sulla vulnerabilità storica della paziente	<ul style="list-style-type: none"> - ABC in seduta - Intervista storia di vita - Imagery Rescripting
E: Lavorare sullo stato depressivo reattivo	Obiettivo trasversale a tutte le sedute	E1) Il lavoro sullo stato depressivo è stato affrontato in maniera trasversale a tutti gli obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> - ABC in seduta - Compiti comportamentali - Decatatrofizzazione credenze catastrofiche

Figura 3. Schema riassuntivo degli obiettivi terapeutici e delle tecniche utilizzate.

La strategia terapeutica è stata basata sull'urgenza riportata da Marta. La paziente è arrivata in un forte stato d'allarme, già veniva da una terapia che non era andata a buon fine e non capiva cosa le stesse succedendo.

Lo stato depressivo è stato affrontato in maniera trasversale a tutti gli obiettivi, infatti e, è scomparso quando la paziente è stata in grado di tornare a svolgere le attività che le erano precluse a causa del DOC.

Descrizione della terapia

La terapia ha avuto una durata di 60 incontri e attualmente è ancora in corso con cadenza bimensile; nei primi due mesi si sono svolte due sedute a settimana e nei successivi una a settimana.

Fin dai primi incontri il lavoro è stato improntato sul disturbo ossessivo compulsivo; parallelamente è stata utilizzata la relazione terapeutica per validare i bisogni e le emozioni “proibite”.

La regolazione emotiva basata sulla *Dialectical Behavior Therapy* (DBT) (Linehan 2015) è stato un passo fondamentale per fornire alla paziente una corretta “educazione emotiva”, questo le ha permesso di permettersi di provare emozioni quali rabbia, vergogna, invidia e di vedere come queste non siano portatrici di male come pensava. Questo lavoro è stato fondamentale anche per fornire alla paziente gli strumenti per iniziare a identificare i cicli interpersonali patogeni che avvenivano in famiglia e per capire quando era più facile o meno entrare in esse rispetto a una vulnerabilità emotiva. Sulle emozioni è stato fondamentale anche il lavoro sulla tolleranza, infatti Marta non riusciva a tollerare le emozioni di colpa, rabbia e tristezza. Il lavoro sulla tolleranza è stato fatto partendo da alcuni ABC della paziente e lavorando con strumenti presi dalla Mindfulness; a questi strumenti è stato affiancato un lavoro atto a mostrare alla paziente come tutte le emozioni siano utili e funzionali e atto a decatastrofizzare le emozioni e i pensieri legati ad esse.

Il lavoro sulla centralità del timore di colpa e sulla vulnerabilità storica è quello che ha richiesto più tempo, infatti, all’inizio per Marta il solo narrare il passato la portava a sentirsi in colpa per le emozioni a volte negative che provava verso i suoi genitori. Ma una volta superato questo ostacolo, tramite l’*Imagery Rescripting* (Arntz 2012) è stato possibile lavorare su episodi del passato della paziente che l’avevano sensibilizzata alla colpa.

Durante la terapia si sono susseguiti vari episodi in cui Marta ha litigato in maniera violenta con la madre, litigate che sono finite molto spesso con l’allontanamento dai genitori e da casa. I rapporti con la madre risultano conflittuali e basati su un’imposizione di regole percepite da Marta come un dovere da rispettare. Dopo alcuni giorni di assenza, in cui la paziente stava dal ragazzo, veniva richiamata dai genitori e tornava a casa non validando i motivi che l’avevano portata ad allontanarsi in quanto per lei i genitori non si possono contraddire e hanno sempre ragione.

Marta dopo circa 35 sedute ha subito un aborto naturale. Quest’evento l’ha portata a una sofferenza molto forte; sofferenza non validata dalla famiglia che le rimandava solo il fatto di essere un’incoscienza che si era fatta mettere incinta da un ragazzo con cui stava da poco tempo.

Il lutto è stato affrontato e rielaborato in terapia, validando la tristezza di Marta nel constatare la perdita di un figlio che lei avrebbe voluto.

L'alleanza terapeutica con Marta si è andata a rafforzare durante il corso delle sedute svolte. Per incrementare l'alleanza terapeutica è stato fondamentale lavorare sulle continue urgenze e rassicurazioni richieste della paziente; questo è stato fatto utilizzando il modello del disturbo ossessivo con lei ricostruito e mostrando come il non dare rassicurazioni fosse funzionale alla terapia e non andasse contro di lei. Di fondamentale importanza per l'incremento della relazione è stata la gestione separata della madre (affidata a un altro terapeuta) che ha portato la paziente a sentire suo lo spazio terapeutico evitando che si creassero per lei cicli interpersonali nocivi tra madre, paziente e terapeuta.

Valutazione di esito e problematiche attuali

Attualmente Marta, dopo essere tornata all'università, ha trovato un lavoro che le occupa più di mezza giornata e che le dà autonomia economica; questo le ha fatto ridimensionare le aspettative sullo studio e l'ha portata ad aumentare il numero di esami fatti all'anno (prima avendo aspettative troppo alte non si considerava mai pronta per dare un esame, che procrastinava). Dopo circa 5 mesi dall'inizio della terapia ha iniziato una relazione significativa con Giulio che è andata evolvendosi portandola a pianificare una convivenza che avverrà a Dicembre del 2018.

Rispetto agli obiettivi di contratto concordati, ora la paziente riesce a gestire i sintomi del DOC e a non mettere in atto i tentativi di soluzione che alimentavano il disturbo. A volte, in momenti in cui riesce a identificarsi come più debole (dopo aver litigato, quando è più stanca), i sintomi ossessivi tornano ma vengono prontamente gestiti anche se spaventano ancora molto la paziente.

Marta riesce a gestire le emozioni a lei prima indesiderate e non utilizza più il vomito e le abbuffate come regolazione emotiva.

I cicli interpersonali patogeni sono conosciuti dalla paziente e molto spesso riesce a gestirli, a volte nei momenti in cui è più attivata a livello emotivo tale gestione fallisce, questo la porta a rientrare nei cicli patogeni.

Ad oggi la terapia si svolge con cadenza bimensile e il lavoro è improntato sul timore di poter tornare a stare male e su alcuni episodi in cui non ha una buona regolazione emotiva, episodi che riguardano soprattutto il rapporto con la madre e l'attuale ragazzo.

Di seguito riporto i risultati più significativi dei Test e i Retest effettuati dopo circa 40 sedute.

YBOCS	Test(17/11/2015)	Retest (28/03/2017)
Totale	30,00	8,00
Ossessioni	14,00	4,00
Compulsioni	16,00	4,00
VOCI	Test(17/11/2015)	Retest (28/03/2017)
Punteggio Totale VOCI	70,00	10,00
Contaminazione	1,00	0,00
Controllo (Checking)	2,00	0,00
Ossessioni	40,00	6,00
Hoarding	0,00	0,00
Just Right	13,00	2,00
Indecisione	14,00	2,00
BDI – II (BECK DEPRESSION INVENTORY II)	Test(17/11/2015)	Retest (28/03/2017)
Punteggio Totale (cut off=12)	51,00 (6,74)	4,00 (-0,59)
Fattore 1: Somatico Affettivo	23,00 (3,55)	0,00 (-1,22)
Fattore 2: Cognitivo	22,00 (8,16)	4,00 (0,85)
4 SCL 90	Test(17/11/2015)	Retest (28/03/2017)
Somatizzazione	2,17 (4,30)	0,33 (-0,06)
Disturbo Ossessivo	2,90 (5,58)	0,10 (-0,64)
Rapporti interpersonali	1,56 (3,25)	0,11 (-0,46)
Depressionme	3,54 (7,22)	0,00 (-0,82)
Ansia	3,30 (8,11)	0,20 (-0,27)
Ostilità	1,17 (2,17)	0,17 (-0,33)
Ansia Fobica	1,14 (3,27)	0,00 (-0,42)
Ideazione paranoide	1,33 (2,26)	0,00 (-0,77)
Psicoticismo	1,80 (6,64)	0,00 (-0,56)
Indice di gravità globale	2,31 (6,46)	0,13 (-0,57)

Figura 4. Confronto test inizio terapia e retest a un anno e mezzo.

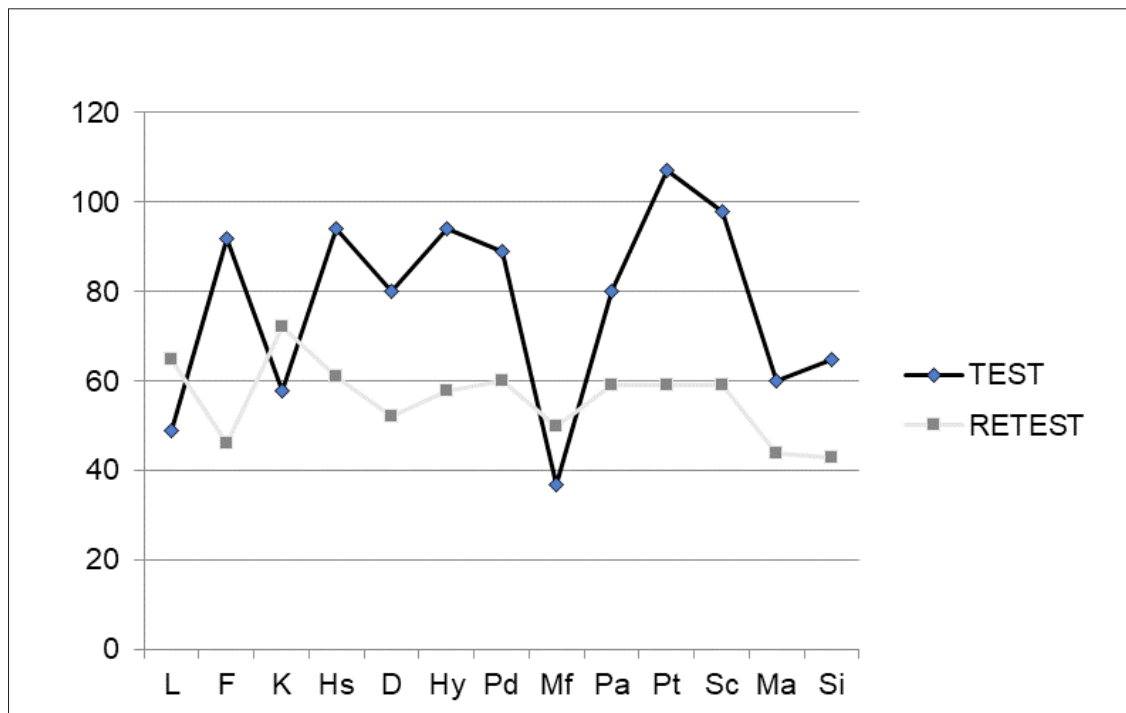


Grafico 1. Confronto test retest (inizio e fine terapia (se è fine terapia) all'MMPI-2.

BDI – II (BECK DEPRESSION INVENTORY II)	TEST (17/11/2015)	RETEST (28/03/2017)
Punteggio Totale (cut off=12)	51,00 (6,74)	4,00 (-0,59)
Fattore 1: Somatico Affettivo	23,00 (3,55)	0,00 (-1,22)
Fattore 2: Cognitivo	22,00 (8,16)	4,00 (0,85)

3 voci	TEST (17/11/2015)	RETEST (28/03/2017)
Punteggio Totale VOCl	70,00	10,00
Contaminazione	1,00	0,00
Controllo (Checking)	2,00	0,00
Ossessioni	40,00	6,00
Hoarding	0,00	0,00
Just Right	13,00	2,00
Indecisione	14,00	2,00

Conclusioni

Osservando i risultati dei test/retest è possibile notare un miglioramento generale della sintomatologia riportata dalla paziente.

I sintomi ossessivi sono migliorati grazie al protocollo utilizzato per il trattamento del DOC e grazie anche all'inserimento dei moduli DBT sulla regolazione emotiva infatti in Marta le emozioni a lei proibite rabbia, tristezza e colpa a vivere il disturbo ossessivo con paura e allarme e la disregolazione emotiva aumentava il vissuto del disturbo ossessivo.

L'approccio multimodale utilizzato nelle tecniche terapeutiche DBT, ACT e Mindfulness è stato fondamentale per raggiungere gli obiettivi con la paziente che presentava un quadro complesso, infatti i vari aspetti toccati in terapia si rafforzavano tra loro.

Molto importante per il trattamento è stata la concettualizzazione del caso: infatti, le tecniche utilizzate vertevano ognuna su un obiettivo specifico.

È bene ricordare che al momento la psicologia cognitiva è ricca di numerose tecniche grazie anche a quelle di nuova generazione, ma tale mole di tecniche senza una buona concettualizzazione del caso rischiano di essere inefficaci. Va anche ricordato che alcune di queste tecniche vanno utilizzate al momento giusto per lavorare su un obiettivo chiaro sia per il terapeuta che il paziente. Per questo è fondamentale costruire una buona alleanza terapeutica ed è utile utilizzare varie sedute per delineare e fare il punto sull'andamento della terapia.

Nel trattamento del caso di Marta è stata fondamentale la figura di un supervisore per due motivi: in un primo momento è stata utile ad arginare la figura della madre della paziente e in un secondo momento, vedendo il caso da un'altra prospettiva, mi ha aiutato nel concettualizzare al meglio il caso.

Infine durante la terapia con Marta è stato molto utile riflettere sui tempi della terapia: infatti durante lo svolgimento delle sedute, circa a metà del percorso riportato, mi sono reso conto che la paziente non era ancora pronta a trattare alcuni temi, questo in un primo momento ha generato in me frustrazione ma poi mi sono domandato il motivo che bloccasse la paziente, e una volta identificato e affrontato è stato possibile continuare il lavoro.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)* Washington DC: Author.
- Arntz A (2012). Imagery rescripting as a therapeutic technique: review of clinical trials, basic studies, and research agenda. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3, 2, pp. 189 – 208.
- Ellis A (1962). *Reason and Emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Emmelkamp PMG, Kloek J, Blaauw E (1992). *Obsessive Compulsive Disorder* in Wilson P.H. (eds). *Principles and Practice of Relapse prevention*. New York: Guilford, pp. 213 – 234.
- Harris R (2009). *Fare Act. Una guida pratica per professionisti all'acceptance and commitment therapy*. Trad. it. (2011). Milano: Franco Angeli.
- Kabat-Zinn J (2003). *Mindfulness-Based interventions in context: Past, present and future. clinical Psychology. Science and Practice*, 10, 2 , pp. 144 – 156.
- Linehan MM (2015). *DBT skills training*. Milano: Raffaello Cortina.
- Mancini F (eds) (2016). *La mente ossessiva*. Milano: Raffaello Cortina
- Salkovskis, PM (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S29–S52.
- Van Noppen B, Steketee G (2009). Testing a conceptual model of patient and family predictors of obsessive compulsive disorder (OCD) symptoms. *Behaviour research and therapy*, 32, 1, pp. 18 – 25.
- Whiteside SP, Abramovitz JS (2005). The expression of anger and its relationship to symptoms and cognitions in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*.21(3):106-11.