

***Luca: il timore di essere contaminato
dalla madre e il ruolo dei genitori
nel mantenimento della sintomatologia***



Caterina Villirillo*, Rossella Cascone*,
Carlo Buonanno*

*[Ricevuto il 2 febbraio 2020
Accettato il 26 aprile 2020]*

Sommario

In questo lavoro viene descritto il caso di un ragazzo di 16 anni, giunto in terapia con una diagnosi di disturbo ossessivo compulsivo, per la quale aveva già intrapreso una psicoterapia, con presa in carico farmacologica, senza miglioramento dei sintomi. La sintomatologia ossessiva è associata al timore di essere contaminato dall'alito materno. Tuttavia, fin dai primi incontri, emerge con chiarezza una maggiore complessità del quadro, per la presenza in comorbilità di un disturbo schizotipico di personalità, caratterizzato da comportamenti bizzarri e responsabile di una grave compromissione del funzionamento sociale e scolastico. L'intervento è stato realizzato attivando due *setting* e ha visto coinvolti Luca (20 incontri) e i genitori (10 incontri). Nell'articolo descriveremo la formulazione del caso, differenziando gli interventi sui sintomi ossessivi dalle procedure utilizzate per fronteggiare la sintomatologia schizotipica. Il miglioramento del disturbo ossessivo compulsivo è stato osservato già in fase di condivisione del profilo interno e lavorando sul timore di contaminazione con interventi di ristrutturazione cognitiva. Parallelamente, il trattamento si è focalizzato sull'aumento della cura di sé e la modifica delle abitudini disfunzionali, con un effetto determinante sulla riduzione dei rituali, un aumento della percezione di autoefficacia e una diminuzione sensibile del ritiro sociale.

* Psicologo psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva e Associazione di Psicoterapia Cognitiva.

Autore corrispondente: Caterina Villirillo, Viale Castro Pretorio, 116, 00185 Roma.
e-mail: caterina.villirillo@gmail.com

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSNe 2281-6046), n. 46/2020

Doi: 10.3280/qpc46-2020oa10164

Caterina Villirillo, Rossella Cascone, Carlo Buonanno

L'intervento con i genitori si è focalizzato sulla riduzione della critica e degli atteggiamenti sprezzanti verso Luca, tramite interventi di ristrutturazione cognitiva e tecniche di validazione che hanno portato a una parziale riduzione degli stessi. Come obiettivi contestuali, favorire la comprensione e l'accettazione del funzionamento di Luca, oltre che il riconoscimento dei suoi bisogni emotivi.

Parole chiave: disturbo ossessivo compulsivo, disturbo schizotipico, adolescenza, trattamento, timore di contaminazione, *parent training*.

Abstract

Luca: the fear of being contaminated by the mother and the role of parents in maintaining symptomatology

This work describes the case of a 16-year-old boy who came to therapy with a diagnosis of Obsessive Compulsive Disorder for which he had already undertaken a pharmacological cure and a psychotherapeutic path without improvement of symptoms. His obsessive symptoms were associated with the fear of being contaminated by maternal breath. From the first meetings, however, a greater complexity of the picture and the presence of a schizotypal comorbid disorder has been hypothesized, as bizarre behaviors and a serious impairment of social and scholastic functioning emerge. The intervention was carried out by activating two settings and involved Luca (20 sessions) and parents (10 sessions). In the article we will describe the formulation of the case, differentiating the interventions on obsessive symptoms from the procedures used to deal with schizotypal symptoms.

The improvement of Obsessive Compulsive Disorder was observed already with the sharing of the internal profile and working on the fear of contamination with cognitive restructuring interventions. In parallel, the treatment focused on increasing self-care and changing dysfunctional habits, having a decisive effect on the reduction of rituals, the perception of self-efficacy and social withdrawal.

The intervention with the parents aimed to reducing the criticism and contemptuous attitudes towards Luca through cognitive restructuring interventions and validation techniques, which led to a partial reduction of the same. In parallel, the treatment aimed to encourage understanding and acceptance of Luca's functioning as well as the recognition of his emotional needs.

Key words: obsessive compulsive disorder, schizotypal disorder, adolescence, treatment, fear of contamination, parent training.

Presentazione del caso

Luca ha 16 anni e frequenta il terzo anno del liceo artistico in una scuola sita in un quartiere popolare di una città del centro Italia. È figlio unico e vive con entrambi i genitori. Il papà è un impiegato, la mamma, di origine straniera, è casalinga. Il ragazzo è molto selettivo e ha scarse interazioni sociali, ha solo un amico, che vede a scuola, ma che frequenta pochissimo

al di fuori. Luca non ha hobby particolari tranne il paintball e trascorre i pomeriggi in camera. Pomeriggi in cui prova a studiare, ma che si concludono irrimediabilmente consumandosi davanti al PC.

Il rendimento scolastico è spesso insufficiente e vive con molta fatica la quotidianità, si definisce “*distrutto*” e riferisce di mettere in atto sistematicamente evitamenti rispetto allo studio (es. procrastina). Luca appare molto rallentato, con scarse capacità di monitoraggio e integrazione dei propri stati mentali, interagisce con un tono di voce basso e tende a evitare sistematicamente il contatto oculare. Si presenta scarsamente curato nell’igiene con unghie, capelli e barba lunghi, ha un’acne importante e dichiara di lavarsi circa una volta a settimana.

Luca giunge presso il nostro studio (ottobre 2018) su invio del neuropsichiatra infantile che ne segue la terapia farmacologica (Aripiprazolo, 10 mg/die) e in seguito a un percorso terapeutico di circa un anno senza risultati. La richiesta di intervento è legata alla presenza di una sintomatologia ossessiva particolarmente invalidante, legata al timore di essere contaminato dall’alito materno. La diagnosi rilasciata dall’ospedale, dove è tutt’oggi seguito per la terapia farmacologica, è di disturbo ossessivo compulsivo, associato ad aspetti depressivi e disturbo cronico da tic di grado lieve. Luca ha, inoltre, un disturbo dell’apprendimento con compromissione del calcolo, è seguito a scuola da un insegnante di sostegno 104 e a casa da un *tutor*.

Tuttavia, la ricostruzione della storia clinica e l’osservazione attenta di alcuni segni, testimonierebbero la presenza di una comorbilità importante. Luca, infatti, presenta i sintomi tipici del disturbo schizotipico: percezione tattile e olfattiva “dell’aria materna” (anche quando la madre è in un’altra stanza), mancata distinzione tra esperienze reali e irreali, manierismi (forma del linguaggio), pensiero eccentrico, egosintonia, pensiero paranoide e sospettosità, mancanza di stimoli e iniziativa, scarse interazioni sociali, ritiro (anche a casa), apatia e difficoltà a portare a termine le azioni pianificate, rendimento scolastico spesso insufficiente, scarsa igiene personale, difficoltà di concentrazione, pensiero rallentato, calo della memoria, disattenzione.

Descrizione del problema

Luca, dichiara di provare fastidio verso l’alito della madre, poiché teme di essere contaminato, e questo gli impedisce di starle vicino. Ha difficoltà a definire tali sintomi in termini di frequenza e intensità ma quanto descritto accade in generale tutti i giorni. Nel dettaglio, il ragazzo riferisce di sentirsi costretto a mettere in atto i seguenti rituali: ogni volta che la

mamma tossisce, lui deve tossire ancora di più, a volte aggiungendo la parola “*mamma*”, alla quale la signora deve rispondere “*amore*”. In generale Luca prova lo stesso fastidio quando la mamma parla troppo vicino a lui o ai suoi oggetti e sente il bisogno di mettere immediatamente in atto delle compulsioni quali andare a lavare subito i denti o mettere in bocca una caramella alla menta, disinfettare tutti i suoi oggetti, rifiutare il cibo sul quale la mamma ha parlato. I rituali sono presenti anche fuori casa. Luca chiede sempre alla madre di non stare vicino a lui e quando conversano devono farlo sempre a 2 o 3 metri di distanza. Attualmente, egli prova fastidio verso l’alito della madre anche quando sono in stanze separate. Ad esempio, quando la sente parlare, ridere o tossire dalla sua camera da letto, Luca si sente costretto a mettere in atto gli stessi rituali sopra descritti. Tale sintomatologia sembra essere molto frequente, tanto da limitare Luca nelle sue attività personali, come giocare o studiare, oltre che compromettere il rapporto con la mamma che il ragazzo cerca perennemente di evitare.

In generale, le persone che vivono vicino a una persona affetta da disturbo ossessivo compulsivo (DOC) sono sempre coinvolte, in misura diversa, nella sintomatologia del paziente mettendo in atto, spontaneamente o su richiesta, comportamenti finalizzati al contenimento dei sintomi e alla riduzione del malessere. Tra le varie tipologie di reazioni esistenti troviamo le famiglie con comportamenti accomodanti, che tendono a partecipare alla sintomatologia del paziente e a tollerarla, ad accogliere e soddisfare le sue richieste ossessive, e le famiglie con atteggiamenti antagonisti, che invece sono estremamente critiche, severe e ostili nei confronti del paziente e della sua sintomatologia (Mancini, 2016). Nel caso di Luca ci troviamo di fronte ad una tipologia mista di risposte in cui i genitori tendono ad oscillare tra le due modalità in situazioni differenti. La madre è molto accomodante verso il figlio, assecondandone i sintomi e partecipando attivamente ai rituali. Tuttavia, in alcune occasioni ella ha mostrato intense reazioni di rabbia, con una tendenza ad agire aggressivamente (come, ad esempio, scagliare oggetti contro il pavimento). Si tratta di reazioni simili a quelle emesse dal padre, che si arrabbia tutte le volte che Luca si impegna nei rituali, sentendosi impotente e non riuscendo a capire la logica alla base del comportamento del figlio. Inizialmente, i genitori hanno preso parte ai sintomi, mostrando un atteggiamento sia antagonista che accomodante. Allo stato attuale, i genitori riferiscono che, a seguito dei tentativi falliti e spinti dal seguire i consigli di altri esperti, hanno deciso di adottare la strategia del “*far finta di niente*”, subendo di fatto la sintomatologia. In realtà, il comportamento del padre tende a innescare uno stato di umiliazione in Luca, mentre quello della madre, che asseconda i rituali del figlio e che patisce per questi intensi stati di frustrazione e tristezza, elicitava in Luca un forte

senso di colpa, soprattutto quando la signora lo accusa di non volersi sottrarre realmente ai rituali.

Profilo interno del disturbo ossessivo compulsivo (DOC)

È stato ricostruito insieme a Luca lo schema del suo disturbo e ciò gli ha permesso di dare un senso a quello che gli stava accadendo e a ridurre il disagio provato. Sembra che la sintomatologia ossessiva riportata dal ragazzo sia regolata dalle seguenti credenze patogene: “*Vengo contaminato da mamma*”; “*a mia volta posso contaminare gli altri e le altre cose*”; “*se non sto attento e contamina, poi sarà colpa mia*”. L’antiscopo attivo nella mente di Luca è non contaminarsi e impegnarsi a fare di tutto perché non accada, pena la colpa per non essersi impegnato abbastanza.

In tabella 1 viene fornito un esempio del funzionamento di Luca ricostruito in seduta secondo il modello sviluppato da Mancini (2016) in cui si indaga insieme al paziente un evento occasionale che innesca la condotta ossessiva e che viene valutato sulla base dei propri scopi (prima valutazione). Si rilevano, poi, tutti i comportamenti che il soggetto mette in atto con lo scopo di prevenire, neutralizzare o fronteggiare la minaccia percepita (tentativi di soluzione di primo ordine). A questi seguono la valutazione critica del soggetto sulla propria condotta (seconda valutazione) e i comportamenti che il paziente mette in atto al fine di contenere la sua preoccupazione e l’attività ossessiva.

Tab. 1 – Schema del disturbo ossessivo compulsivo

EVENTO CRITICO
Luca sente dalla sua camera la mamma ridere in un’altra stanza.
PRIMA VALUTAZIONE
<i>“La sua aria ha sporcato il mio alito... devo ripulirmi... sento il dovere di lavarmi i denti o prendere una mentina, altrimenti sono infettato e non posso continuare a fare le mie cose o parlare sui miei oggetti perché a mia volta li infetto”.</i>
TENTATIVO DI SOLUZIONE DI PRIMO ORDINE
Tira fuori l’aria, va in bagno a lavare i denti.
SECONDA VALUTAZIONE
<i>“Non capisco perché mi succede questo, io non vorrei, faccio delle cose bizzarre, sono preoccupato”.</i>
TENTATIVO DI SOLUZIONE DI SECONDO ORDINE
Tentativi di contrasto delle compulsioni, si impone di resistere e rimandare il lavaggio dei denti.

Profilo interno del disturbo schizotipico di personalità (DSP)

Nel corso delle sedute sono stati ricostruiti con Luca gli ABC per indagare nel dettaglio la sua sintomatologia e, approfondendo i B, sono emersi contenuti non ascrivibili agli stati mentali tipici di un paziente ossessivo.

Tab. 2 – ABC ricostruito insieme a Luca

A	B	C
I ABC con Laddering		
Luca sente dalla sua camera la mamma ridere in un'altra stanza	<p><i>"La sua aria ha sporcato il mio alito", "L'aria intorno mi sta soffocando, se la respiro mi contaminano".</i></p> <p style="text-align: center;">⇩</p> <p><i>"Sento che adesso quest'aria mi passa attraverso il naso e la bocca e mi raggiunge ovunque mi trovi, "È invisibile ed è sporca e maleodorante e mi sento invaso, il mio spazio è occupato".</i></p> <p style="text-align: center;">⇩</p> <p><i>"Non posso continuare a fare le mie cose", "Mamma è dappertutto, mi invade, arriva ovunque sul pc e sui miei oggetti e sento di non avere più una vita libera".</i></p>	<p>Disgusto</p> <p>Sensazione di prurito alla gola</p> <p>Tosse</p> <p>Paura</p>
II ABC parallelo		
	<p><i>"Mamma avrebbe potuto evitare di ridere sapendo che mi dà fastidio".</i></p> <p><i>"Per colpa sua devo interrompere il gioco per andare in bagno, non riesco a resistere", "Vorrei farmi i fatti miei in santa pace".</i></p>	<p>Rabbia vs madre</p> <p>Tira un pugno alla porta</p> <p>Va a lavare i denti</p>
C=A' (lavaggio)	B' <p><i>"Faccio cose strane, sono bizzarro"</i></p> <p><i>"Vorrei non provare fastidio verso l'alito di mamma e che tornasse tutto come era prima".</i></p>	C' <p>Preoccupazione</p> <p>Tristezza</p>

Luca percepisce l'odore e sente il contatto dell'"aria materna" su di sé anche quando la signora si trova in un'altra stanza e sperimenta un forte timore di esserne invaso fino a soffocare, perdere la sua libertà e non riuscire più a svolgere quello che stava facendo ("*mamma è dappertutto e mi invade*"). Emerge, inoltre, nel ragazzo una difficoltà di decentramento, che lo porta a esaminare i dati di realtà esclusivamente da una prospettiva egocentrica ("*Mamma avrebbe potuto evitare di ridere sapendo che mi dà fastidio*"). In tabella 2 viene fornito un esempio di ABC ricostruito in seduta insieme a Luca, che riassume alcune sue credenze patologiche ascrivibili alla schizotipia.

Fattori e processi di mantenimento

Rispetto al DOC, i tentativi di soluzione (TS) che Luca mette in atto in preda al timore di contaminazione mantengono la sintomatologia ossessiva.

Infatti, più egli prova a difendersi al 100% dalla minaccia di contaminazione, meno è disposto ad accettare anche la più piccola delle contaminazioni, maggiore è l'investimento sui tentativi di soluzione. Così come, notando gli effetti benefici e risolutivi nel breve termine di ricorrere al lavaggio dei denti o alle mentine, è incoraggiato a ripeterli. Oppure, più tentativi di soluzione mette in atto e più non è in grado di tollerare una minima sensazione di colpa (timore di colpa). Infine, i TS non consentono l'esperienza alternativa (se non li fa, la minaccia non compare).

Allo stesso modo, se consideriamo i comportamenti dei genitori, entrambi hanno partecipato, mantenendo la sintomatologia. La madre, sentendosi colpevole della sofferenza del figlio, ha adottato un atteggiamento di compiacenza, evitando situazioni che potessero infastidire Luca (es. incrociarsi per il corridoio o parlargli vicino), oltre che assecondare i sintomi del figlio partecipando ad alcuni suoi rituali.

Questo tipo di atteggiamento è molto comune nelle persone care ad una persona con DOC: il familiare tende ad accettare le regole dettate dal disturbo e a fare esattamente ciò che il paziente vuole, con la convinzione che sia l'unico modo per bloccare i sintomi. Lo scopo della compiacenza è quello di evitare, in questo caso al figlio, l'esposizione a situazioni ansiogene e di alleggerire il carico delle compulsioni che altrimenti si estinguerebbe da solo. In realtà, queste modalità consentono al paziente un sollievo momentaneo e al familiare di evitare conflitti: esse si configurano come un modo per aggirare difensivamente l'ostacolo che mantiene intatte tutte le paure ossessive e che si trasforma in un potente fattore di mantenimento del DOC (Mancini, 2016). Inoltre, nella madre questo atteggiamento ha comportato

un vissuto di tristezza e di ingiustizia, espressi con la rabbia, che, di conseguenza, alimentano in Luca senso di colpa e umiliazione.

Invece, il padre assume un atteggiamento più severo, ammonendolo e svilendo qualsiasi comportamento, criticandolo per ciò che fa e mantenendogli la preoccupazione di fare cose bizzarre ed essere strano.

Nelle interazioni tra pazienti DOC e familiari si assiste spesso alla comparsa di espressioni di biasimo, in modo particolare le critiche rivolte in momenti di rabbia con lo scopo di bloccare i sintomi. Le dure critiche e i rimproveri a cui le persone ossessive sono esposte, oltre alle autocritiche già presenti, svolgono un ruolo molto forte nel mantenimento del disturbo perché attivano temi personali implicati in modo diretto nello sviluppo del DOC, incidendo negativamente e specificatamente sull'idea che il paziente ha di sé, portandolo ad investire in modo ancora più ossessivo sul tentativo di prevenire nuove colpe morali (Mancini, 2016).

In relazione al DSP, i fattori di mantenimento individuati sono ascrivibili principalmente a variabili individuali. Uno dei più importanti è gli standard molto elevati. Infatti, Luca per dimostrare a se stesso e agli altri il suo valore, procede con standard molto elevati che lo costringono a sperimentare continui fallimenti e a mantenere l'idea che egli non sia in grado di farcela da solo. Un ulteriore fattore di mantenimento è assumere costantemente una visione dicotomica: Luca ha una marcata rigidità cognitiva che favorisce un ragionamento del tipo "tutto o niente" e che gli fa credere che le cose possono essere del tutto giuste o del tutto sbagliate, che gli altri sono amici o nemici, che quello che fa deve essere un successo o un fallimento. Di conseguenza, egli organizza il suo comportamento imponendosi di eccellere sempre in quello che fa (come lo studio) o rinunciare senza darsi la possibilità di cogliere delle sfumature, notare delle conferme di successo seppur parziali e valutare quali sono i suoi punti di forza.

Infine, i genitori di Luca, sono particolarmente protettivi, si sostituiscono a lui nelle decisioni, lo tengono all'oscuro di aspetti importanti della sua vita, mantenendogli l'idea che non è in grado di fare delle scelte in autonomia e che il mondo è pericoloso e non ci si può fidare degli altri. Sembrano alimentare, inoltre, la sua stanchezza (scoraggiandolo nel fare troppo) e la sua scarsa igiene personale dicendogli che lavarsi tutti i giorni fa male ed è causa di infezioni e dermatiti.

Il padre ha un atteggiamento spesso critico nei confronti di Luca che gli mantiene il timore di essere giudicato negativamente e influenza il modo in cui il ragazzo si relaziona con gli altri, alimentando il timore del giudizio negativo e le soluzioni fondate sul perfezionismo.

Scompenso ed esordio

Il passaggio alla scuola secondaria di secondo grado sembra essere stato motivo di scompenso e ha determinato l'esordio sia dei sintomi ossessivi sia di quelli schizotipici. Rispetto alla sintomatologia ossessiva, in quel momento Luca ha percepito un aumento del senso di responsabilità, perché ha realizzato che da quel momento avrebbe dovuto cavarsela da solo e senza la mamma (esordio dei sintomi ossessivi). In sintesi, compare la valutazione che una maggiore responsabilità avrebbe aumentato il rischio di commettere errori, con un aumento delle probabilità di essere esposto al disprezzo rabbioso dei suoi genitori.

Nel caso del DSP, invece, Luca ha vissuto i primi cambiamenti fisici dell'adolescenza, desiderando maggiore autonomia e diventando più indipendente dalla madre (inizia a fare le prime cose da solo ad esempio organizza le uscite). In questo momento, Luca da un lato ha sentito il desiderio di essere più libero e di allontanarsi dalla madre, dall'altro avrebbe voluto mantenere il rapporto di complicità e continuare a ricevere coccole e attenzioni da lei. La sua visione tutto/niente non gli ha permesso di valutare la possibilità di mantenere entrambe le cose. Allontanandosi, egli ha iniziato a riconoscere l'invasione della madre, che sembrava non accettare il desiderio di autonomia del figlio (ad esempio continua a scegliere i vestiti per lui, bussa più volte alla porta quando Luca è in camera da solo o con i suoi amici) e a sviluppare il timore di vedere compromessa la propria libertà, iniziando a provare disgusto verso di lei.

La vulnerabilità

Nella fase di ricostruzione della storia di vita, abbiamo rintracciato episodi che secondo noi correlano con lo sviluppo della sintomatologia ossessiva. In particolare, Luca ha subito episodi ripetuti di maltrattamento fisico ed emotivo da parte di una maestra delle scuole elementari. Nel corso dei cinque gli anni della scuola primaria, egli è stato picchiato, stratonato in classe, definito *deficiente* e *ritardato*, con l'aggravante della derisione da parte dei compagni. Luca ricorda di aver riferito ai genitori tali maltrattamenti, ma questi gli hanno attribuito la responsabilità di quanto accadeva, colpevolizzandolo e non aiutandolo. Di conseguenza, valutando che nessuno avrebbe potuto aiutarlo, Luca ha iniziato ad evitare di raccontare quello che gli succedeva, fino ad arrendersi a vivere quei maltrattamenti quotidiani. Solo a metà delle scuole elementari, in seguito ad accertamenti per difficol-

tà di apprendimento, Luca ha ricevuto una diagnosi di discalculia e disturbo della sfera emozionale. Aveva quindi difficoltà che inizialmente non erano state segnalate e per le quali è stato spesso rimproverato, anche dai genitori, sviluppando l'idea di essere inadeguato e di non impegnarsi abbastanza. Lo stile di *parenting* del padre di Luca, inoltre, è sempre stato direttivo e autoritario. Luca, infatti, è stato esposto a colpevolizzazioni sistematiche e violente (disprezzo rabbioso), sviluppando attenzione selettiva a qualunque segnale di possibile errore, lentezza nell'esecuzione dei compiti e difficoltà a prendere decisioni.

Rispetto all'insorgenza e allo sviluppo del DSP, oltre ai maltrattamenti e all'esperienza di derisione, alle ripetute esperienze di invalidazione vissute durante i cinque anni delle scuole elementari, Luca è cresciuto in un clima familiare poco accogliente. Con la mamma, aveva uno stile di attaccamento ambivalente. Luca ancora oggi definisce "*morboso*" il rapporto che ha avuto con la mamma fino alla fine delle scuole elementari e la descrive come intrusiva e controllante. Essendo la signora casalinga, i due hanno trascorso molto tempo insieme. Luca non ha fatto l'asilo nido e ricorda che riusciva difficilmente a separarsi dalla mamma. La signora al contempo, essendo straniera e lontana dai suoi affetti, ha investito tutte le sue attenzioni sul figlio, dimostrandosi da un lato estremamente protettiva e accudente e scoraggiando in tal modo autonomia ed esplorazione (scarso riconoscimento e attenzione alla progressiva acquisizione delle competenze del figlio). Parallelamente, la signora era spesso violenta, minacciando di uccidere il figlio o uccidersi quando non riusciva a fargli fare delle cose (ad esempio Luca racconta un episodio in cui la mamma gli ha lanciato addosso una tazza di latte perché lui non voleva berla) o arrabbiandosi molto per cose che Luca non faceva di proposito (ad esempio rompere un bicchiere). Tutto ciò ha contribuito a sviluppare in lui un senso di inadeguatezza e la credenza di essere sbagliato e strano.

Il papà di Luca è descritto come da sempre aggressivo e invalidante, abituato a imporre il proprio pensiero e le proprie decisioni sia alla moglie, sia al figlio. Ancora adesso, egli presume di dire e fare sempre la cosa giusta e che siano gli altri ad essere sbagliati. Minimizza costantemente i desideri e i bisogni di Luca e gli rivolge continuamente critiche che alimentano l'idea di essere oggetto di disprezzo e che limitano la sua autonomia di azione e di pensiero. Intorno alla famiglia di Luca non sembra esserci una buona rete sociale.

Infine, come elemento di vulnerabilità è necessario considerare la scarsa abitudine alla socialità. La famiglia della madre si trova all'estero per cui si vedono raramente, ma anche con i nonni paterni si frequentano poco. Inol-

tre, i signori non hanno amici, trascorrono in casa il tempo da soli anche durante le feste. In generale, essi sono molto diffidenti verso gli altri e ciò influenza il modo in cui Luca affronta le relazioni, alimentando nel figlio l'angoscia di essere giudicato negativamente e l'idea che gli altri siano pericolosi e inaffidabili.

Trattamento

Il trattamento ha coinvolto due psicoterapeute e ha previsto in parallelo, da ottobre 2018 ad aprile 2019, lo svolgimento di 20 sedute a cadenza settimanale con l'adolescente e 10 incontri di *parent training* a cadenza quindicinale con i genitori. Gli obiettivi del trattamento individuale che sono stati condivisi con Luca rispetto al disturbo ossessivo compulsivo, sono stati aiutare il pz a comprendere i meccanismi del suo disturbo e, in particolare, i circoli viziosi di mantenimento dello stesso, ridurre la sensibilità alla colpa, ridurre la frequenza delle compulsioni ed eliminare i rituali.

Rispetto al disturbo schizotipico l'obiettivo principale è stato favorire l'aumento dell'efficacia nell'organizzazione delle attività scolastiche e nella quotidianità attraverso la promozione della cura di sé e la modifica delle abitudini disfunzionali. Attraverso una riduzione delle catastrofizzazioni, delle doverizzazioni e la critica verso di sé, si è puntato a favorire una maggiore flessibilità cognitiva. Sono stati definiti obiettivi concreti e realizzabili rispetto alle performance scolastiche, tenendo conto del profilo neuropsicologico (abbassare gli standard). Sono state promosse l'autonomia e l'autoefficacia di Luca con particolare riferimento all'incremento della quantità e della qualità delle relazioni con i coetanei.

Gli obiettivi del lavoro con i genitori sono stati favorire la loro comprensione e accettazione del funzionamento di Luca, ridurre i comportamenti disfunzionali di critica e umiliazione che assumevano nei confronti del figlio e favorire il riconoscimento dei suoi bisogni. In particolare, rispetto alla madre, è stato un obiettivo del trattamento ridurre i comportamenti disfunzionali di apprensione e di invadenza materna.

Descrizione della terapia

Durante le prime sedute, Luca è apparso intorpidito e passivo, ipervigile verso ogni stimolo esterno o comportamento del terapeuta, esplicitando fin da subito le difficoltà legate all'alito della mamma. Inoltre, le descrizioni

che forniva erano superficiali e povere di dettagli, evidenziando sia scarse competenze di monitorare i propri stati mentali, sia un probabile desiderio di proteggere i propri genitori.

Egli ha delegato esplicitamente al terapeuta la soluzione del proprio “problema”, mostrando difficoltà a entrare in relazione. Luca è apparso diffidente e ha precisato di aver già fatto un percorso terapeutico nel quale non aveva ottenuto risultati. Nelle fasi iniziali, una delle difficoltà maggiori era legata alle continue richieste di rassicurazione: “*Sono il tuo paziente più grave?*”, “*Sai come risolvermi il problema?*”, “*Che altro devo dirti affinché tu possa togliermi queste cose?*”. In considerazione della sintomatologia presente in comorbidità e delle resistenze manifestate da Luca a lavorare esplicitamente sul DOC, abbiamo ritenuto più utile impostare un lavoro parallelo, finalizzato alla modifica delle abitudini disfunzionali, ad aumentare i comportamenti di cura di sé e l’impegno nella ricerca e nella pratica di attività gratificanti da inserire nella propria quotidianità. Considerando gli importanti aspetti di ritiro sociale e l’incuria nell’igiene, abbiamo deciso di promuovere un cambiamento in questi ambiti al fine di favorire la sperimentazione di maggiore autoefficacia e aumentare l’autostima, in modo da poter successivamente intervenire sulla sintomatologia ossessiva. Procedere lungo questa gerarchia ha favorito la costruzione di una buona alleanza terapeutica e ha facilitato il superamento degli ostacoli dovuti all’estrema diffidenza di Luca. Questo ci ha concesso, dopo poche sedute, di lavorare sui sintomi ossessivi estremamente invalidanti per il ragazzo, dedicando in ogni incontro mezz’ora a questo lavoro e mezz’ora al lavoro sulla cura di sé e l’autonomia. Lavorando inizialmente su obiettivi specifici legati al benessere e all’autonomia, i sintomi ossessivi si sono gradualmente ridotti. Le ragioni, sono probabilmente legate a una riduzione del dialogo interno ipercritico, a vantaggio di un dialogo caratterizzato da un atteggiamento compassionevole e da una maggiore flessibilità cognitiva.

Il lavoro con i genitori, data la gravità del caso e la poca disponibilità economica che ha portato a un’interruzione improvvisa della terapia, si è concentrato principalmente sulla riduzione della critica e degli atteggiamenti sprezzanti nei confronti del figlio. Le prime sedute sono state dedicate alla formazione di una buona relazione terapeutica, difficile da raggiungere per via delle resistenze mostrate da entrambi i pazienti. Essi hanno sempre palesato delle difficoltà nella verbalizzazione delle emozioni provate e nell’esplicare gli stati mentali vissuti. Si sono mostrati molto collaborativi nel voler aiutare il figlio, anche se sono emerse molte resistenze nell’affrontare cambiamenti personali. Dai colloqui con la madre è emerso un forte vissuto di colpa auto-attribuita, a cui seguono secondari di rabbia e di tristezza. In

particolare, vi è una difficoltà, da parte della signora, nella gestione della rabbia di fronte a un mancato riconoscimento dei suoi stati emotivi/bisogni (in particolare da parte del figlio), con una tendenza a dover agire, in termini aggressivi, per ridurre il suo stato di attivazione emotiva e ad attribuire una deliberata intenzionalità ostile a Luca che giustifichi le sue reazioni (“*lo fa apposta, mi vuole umiliare*”). Le credenze della madre sembrano essere: “*Mi sento accusata e posso reagire solo con la rabbia*”, “*Per colpa di Luca mi devo umiliare*” (attribuzione di responsabilità a Luca del fallimento dei suoi scopi).

Uno scopo della signora sembra quello di essere riconosciuta nei suoi bisogni, in particolare essere una buona madre ed essere riconosciuta come tale. Inoltre, le sue reazioni rabbiose, con espressioni di biasimo quando non si sente riconosciuta, si manifestano come accuse e colpevolizzazioni del figlio, innescando in lui il tema della colpa. Il padre mostra molte difficoltà nel riflettere sui propri stati mentali, trasmettendo l’idea che l’aspetto emotivo sia secondario e trascurabile. Ha uno stile di pensiero molto rigido che non gli permette di produrre spiegazioni alternative a quella formulata rispetto al comportamento altrui. Questo comporta un vissuto di rabbia non elaborato e quindi difficoltà nel gestirlo. La rabbia sembra riflettere la percezione di un danno ingiusto se non viene riconosciuto in ciò che dice. Ha spesso l’attitudine ad agire in queste situazioni, attaccando o andando via fino a quando non si è calmato. Il suo stile di pensiero molto rigido lo porta ad imporre alla moglie e al figlio il suo punto di vista, spesso in modo aggressivo ed umiliante. Anche in seduta tendeva a prendersi la maggior parte dello spazio per esporre i suoi ragionamenti, lasciando parlare la moglie solo sotto richiesta del terapeuta, senza però realmente comprendere un punto di vista diverso dal suo. Dai racconti, è emerso che si comporta così anche con il figlio, cercando di avere un atteggiamento di “*ascoltatore*” ma ritenendo di dire sempre la cosa giusta perché “*il suo ragionamento ha una logica*”.

Questa strategia di contrasto del DOC viene chiamata “*disputa razionale*” (Mancini, 2016) ed è caratterizzata dall’impegno attivo, da parte del padre in questo caso, nel trovare spiegazioni logiche e razionali che smontino l’idea di pericolo che il paziente ha con lo scopo di ridurre l’ansia e bloccare i rituali. Purtroppo è raro che tale strategia sia efficace perché i tentativi di rassicurazione tendono a scontrarsi con i criteri rigidi e severi che il paziente ha per valutare razionalmente la solidità dell’ipotesi rassicurante.

Questi stili di comportamento si riversano, inevitabilmente, nel rapporto con il figlio, suscitando in lui umiliazione, senso di colpa e paura e fungendo da mantenimento della sintomatologia. Durante i primi colloqui, inoltre, il padre ha adottato un atteggiamento difensivo, mostrandosi compiacente ma

diffidente nei confronti del terapeuta. Per tale ragione, è stato necessario assumere un atteggiamento di ascolto e di validazione degli stati mentali, ponendo l'accento su aspetti che potessero aiutare il miglioramento di Luca. Inoltre, è stata affrontata l'eventualità che, nel corso della terapia, si sarebbero potuti sentire sotto esame e per contrastare tale eventualità è stata verbalizzata da parte del terapeuta la preoccupazione provata per Luca e per loro, spiegando come il suo ruolo non era di giudice ma di aiuto nelle problematiche vissute.

Questo ha contribuito, nel corso delle sedute, a conquistare la loro fiducia e ha favorito l'assunzione di un atteggiamento di maggiore disponibilità a lavorare nell'ottica di aiutare il figlio.

Intervento sul DOC

Con l'obiettivo di ridurre la sintomatologia ossessiva di Luca, abbiamo ricostruito insieme lo schema del suo disturbo. Ciò ha permesso al ragazzo di essere consapevole di quanto gli stesse accadendo e di ridurre il problema secondario di preoccupazione e disagio. Abbiamo individuato gli eventi critici che attivavano la manifestazione dei sintomi ossessivi (*trigger*) imparato a riconoscere i pensieri e le emozioni associate, ricostruendo insieme gli ABC. La seconda fase dell'intervento si è focalizzata sull'accettazione "cognitiva" della minaccia di essere contaminato. Utilizzando la tecnica delle due seggiole e la tecnica del doppio standard, abbiamo lavorato sulla modifica delle assunzioni circa il vantaggio e il dovere di ridurre il timore di contaminazione. A partire da questa fase Luca ha ricevuto dei piccoli *homework* come allenarsi a sostituire il devo con il posso (es. "*posso lavare i denti*" anziché "*devo lavare i denti*"), una strategia che gli ha concesso di ricorrere al lavaggio dei denti, in alcuni casi, più tardi del solito. Con lo scopo di modificare la distorsione cognitiva del "tutto o niente", sono stati messi in luce e rinforzati i suoi tentativi di allungare i tempi in cui resisteva prima di mettere in atto la compulsione o in cui provava disgusto ma con una minore intensità e questo gli ha permesso di sperimentare autoefficacia. La terza fase del lavoro è stata dedicata alla ristrutturazione cognitiva del timore di contaminazione. Attraverso il dialogo socratico abbiamo focalizzato l'attenzione su cosa significasse per Luca avere "*l'alito sporco*", e utilizzando domande aperte e bersaglio abbiamo ragionato insieme sul legame tra "*aria di mamma*" con "*ho l'alito sporco*", iniziando ad insinuare il dubbio sull'associazione automatica che compiva attraverso il *disputing*. Utilizzando tecniche di defusione, abbiamo aiutato, quindi, Luca a prendere una

maggior distanza dai sintomi, a distinguere la sensazione dai fatti e a ricercare pensieri alternativi a quelli patogeni emersi (ad esempio alle interpretazioni dell'invadenza di mamma). Non è stato necessario procedere con l'ERP poiché dopo queste fasi di intervento, svolte in parallelo all'intervento sulla cura di sé, i sintomi ossessivi di Luca si sono significativamente ridotti.

Intervento parallelo sugli altri aspetti sintomatologici emersi (DSP)

Con l'obiettivo di aumentare l'autoefficacia percepita e creare una buona alleanza terapeutica, abbiamo puntato inizialmente alla modifica delle abitudini quotidiane disfunzionali. Abbiamo costruito insieme un planning visivo delle attività all'interno di una giornata, allo scopo di far emergere le criticità delle sue abitudini. Per ogni abitudine elencata, abbiamo valutato i costi e i benefici e, attraverso il *disputing*, abbiamo messo in discussione alcune credenze patologiche ad esse associate (ad esempio "non posso lavarmi tutti i giorni perché non ho tempo"). Rispetto alla trascuratezza dell'igiene personale, inoltre, abbiamo iniziato con il dialogo socratico a ragionare sugli effetti che avrebbe avuto su di lui il cattivo odore di qualcun altro e a valutare il punto di vista altrui (azione per lui molto difficile inizialmente data la sua tendenza a pensare in modo egocentrico). Per ogni abitudine disfunzionale individuata, abbiamo valutato insieme, stimolando le capacità di *problem-solving*, alternative più funzionali e le abbiamo inserite gradualmente nella sua quotidianità. Ad esempio, rispetto alla routine dell'igiene personale, abbiamo iniziato con l'inserimento di un lavaggio a pezzi a giorni alterni per arrivare a una doccia quotidiana. È stato necessario ricorrere al *modeling* per insegnare a Luca come lavarsi. Allo scopo di favorire la cura di sé, abbiamo dedicato una parte del lavoro alla scoperta e legittimazione dei suoi bisogni, valutando insieme attività per lui gratificanti (es. il disegno) e inserendole nel suo planning settimanale in cui comparivano solo doveri ("coloro le mie giornate grigie con dei puntini colorati"). È stato chiesto a Luca di concedersi delle "coccole settimanali", prendendosi degli appuntamenti con se stesso e gratificandosi con dei piccoli premi (es. "vado a fare una passeggiata al parco e mi fermo a comprare delle cartucce nuove per il mio fucile di paintball"). Abbiamo scritto e firmato dei contratti settimanali in cui decidevamo l'attività da svolgere e pianificavamo insieme i tempi e le modalità. Luca ha iniziato a vedere le giornate più ricche e variegata e a vedersi di più, riconoscendo quando aveva necessità di prendersi delle pause, di fare di meno, di occuparsi del suo fisico (comincia a fare palestra)

o di disegnare per “scaricare la mente”. Considerando gli importanti aspetti di ritiro sociale, abbiamo puntato a incrementare le relazioni con i pari fornendogli, attraverso la relazione terapeutica, un modello alternativo di relazione a quello che lui aveva instaurato con i genitori e aiutandolo ad avere una visione meno rigida e più integrata dell’altro, valutandone contemporaneamente le risorse positive e negative (es. “*Il mio amico Diego è un po’ egoista ma è un buon compagno di paintball*”). Anche in questo caso, abbiamo scritto e firmato dei contratti settimanali che prevedevano la scelta e lo svolgimento di un’attività a settimana in compagnia di un amico (es. fare i compiti insieme, incontrarsi sotto casa per la merenda pomeridiana). In seduta Luca si è allenato a potenziare le sue abilità sociali (in particolare le abilità assertive) attraverso piccole simulate di *role-playing*.

Per lavorare sulla vulnerabilità di Luca e ridurre la critica spietata verso di sé, abbiamo utilizzato alcuni strumenti della *schema therapy*. Nel ragazzo sono emersi principalmente i seguenti schemi maladattivi.

- **Dipendenza e incompetenza**, associato al pensiero “*senza i miei non posso decidere o fare nulla*”. I *coping* a cui spesso ricorreva erano l’evitamento (rifiuto dei compiti o delle sfide) e la resa (richiesta ai genitori di fare le cose per lui come organizzare il materiale scolastico).
- **Mancanza di successo e fallimento**, appreso dall’inadeguato supporto e incoraggiamento durante i compiti evolutivi e dalla rappresentazione dei suoi sbagli, da parte dei *caregiver*, come prova della sua inadeguatezza. I pensieri associati a questo schema erano “*non ce la farò mai*”, “*gli altri sono migliori di me*” che Luca tentava di ipercompensare tendendo al perfezionismo e mettendosi fortemente sotto pressione (costringendosi ad esempio a studiare fino alle 4 di notte).
- **Negatività e pessimismo**, un pensiero tipico di Luca e generalizzato a qualsiasi suo contesto era “*devo solo aspettare che accada qualcosa di terribile*”. Valutando ciò ricorreva spesso alla resa concentrandosi sulle cose negative delle situazioni e aspettandosi sempre il peggio.
- **Standard elevati e atteggiamento ipercritico**, anche in questo caso adottava un *coping* di resa tendendo al perfezionismo e dedicando molto tempo a imparare e prepararsi per una performance, valutando che “*solo quando si dimostra un’ottima performance si diventa amabili*”.

In Luca sembravano essere frustrati il bisogno di autonomia e autoefficacia e il bisogno di spontaneità, gioco, gioia e ciò lo portava a ricorrere a dei *mode* disfunzionali che abbiamo riconosciuto ed etichettato insieme. In particolare, abbiamo individuato le parti di sé che continuavano a sminuire i successi e criticare decidendo di notarle e tacitarle e abbiamo dato loro un nome: *Luca il distrutto*, per fare riferimento al bambino vulnerabile

dipendente, insicuro e sopraffatto dalle richieste; *Luca il catastrofico*, relativo al *coping* di resa adottato in ogni circostanza della sua quotidianità; *Luca critico*, facendo riferimento al suo genitore critico interno spietato verso di sé e verso gli altri. A queste parti abbiamo fatto corrispondere *Luca il rinato*, focalizzandoci insieme sull'individuazione di schemi di sé più funzionali.

Rispetto alle performance scolastiche, considerando gli standard elevati di Luca che lo portavano a sperimentare continui fallimenti e a sentirsi inadeguato, abbiamo definito obiettivi concreti e realizzabili utilizzando il *disputing* per mettere in discussione la credenza patogena emersa rispetto alla necessità di andare bene per forza "*non devo deludere nessuno*". Abbiamo evidenziato gli svantaggi di tale desiderio che lo costringeva a soluzioni (innalzamento standard, perfezionismo) che avevano come unico esito il fatto che si stancasse molto e a quel punto, era più probabile fornire una prestazione scadente. Luca è stato allenato all'uso di strategie metacognitive (come la regola del semaforo per valutare le difficoltà percepite e discriminare tra facile, difficile e medio) finalizzate a individuare le proprie attitudini e a valutare su cosa investire e a cosa non dare priorità ("*so che storia dell'arte è un mio punto di forza posso puntare più su questa materia per alzare la media e decidere di lasciare fisica che è un mio pallino rosso*"). Abbiamo utilizzato la tecnica delle due seggiole per analizzare le prove a favore e le prove contro la credenza "*dovrei fare di più*". Questo ha permesso a Luca di allenarsi a prendere delle scelte e delle posizioni, considerando rischi e benefici di scegliere e rischi e benefici di non farlo. In generale, l'obiettivo è stato quello di favorire in Luca una maggiore flessibilità cognitiva, riducendo le catastrofizzazioni e le doverizzazioni frutto delle critiche e delle violenze che sistematicamente il ragazzo ha ricevuto fin da piccolo.

Intervento sui genitori

La condivisione del funzionamento di Luca e la comprensione del disturbo hanno rappresentato il primo passo per ridurre le reazioni genitoriali che contribuivano a mantenere il problema. Inoltre, la comprensione dei modelli educativi a cui sono stati esposti ha permesso di porre le basi per strutturare un lavoro che potesse aiutare i genitori di Luca a ragionare sugli effetti delle loro risposte, individuando e poi spiegando il legame tra il loro passato e lo stile di *parenting* adottato con il figlio. Tutto questo con lo scopo di aiutarli a mettersi nei panni di Luca per poter comprendere i suoi stati men-

tali e ridurre i comportamenti di umiliazione agiti nei suoi confronti. Con l'obiettivo di ridurre i comportamenti disfunzionali di critica e di umiliazione verso Luca sono stati indagati gli stati mentali dei genitori, procedendo poi alla validazione delle emozioni provate davanti alla manifestazione sintomatologica del figlio. Con la formulazione di domande aperte e di domande bersaglio, volte a minimizzare i rischi di colpevolizzazione del padre e, contemporaneamente, aumentare la *compliance* di entrambi, abbiamo ragionato insieme sull'utilità o meno di un comportamento agito, validando le intenzioni e indagando le modalità e le tempistiche che lo hanno caratterizzato. In particolare, tramite la discussione di alcuni comportamenti adottati, il padre è stato aiutato a smettere di umiliare Luca. Validando le emozioni provate e sottolineando come il suo comportamento potesse suscitare delle reazioni di rabbia/umiliazione nel figlio, è stata valutata insieme l'adozione di condotte alternative più funzionali e meno aggressive o sprezzanti. Un ulteriore importante obiettivo ci ha visti coinvolti nell'apprendimento di risposte tese alla promozione del perdono da parte del padre nei confronti di Luca. Questo aspetto è stato molto importante perché, se il padre avesse imparato a perdonare il figlio, egli avrebbe ridotto i comportamenti umilianti che alimentavano il senso di colpa e, conseguentemente, tutta la sintomatologia ossessiva. Successivamente alla ricostruzione dei loro stati mentali, tramite la ristrutturazione cognitiva, abbiamo lavorato sulla modifica delle credenze cognitive della madre rispetto alla relazione con il figlio, sollecitando la produzione di pensieri alternativi (ad esempio, "*Luca non mi dà un bacio perché è arrabbiato*" piuttosto che "*non mi dà un bacio perché mi vuole far sentire umiliata*"). Inoltre, sono state valutate insieme possibili vie di fuga nei momenti di criticità, come decentrare o allontanarsi nei momenti di forte rabbia, in cui lei attribuisce a Luca la responsabilità del fallimento dei suoi scopi. Infine, abbiamo ragionato sul secondario di colpa allo scopo di favorire la consapevolezza del suo funzionamento nella relazione con il figlio. Un altro obiettivo della terapia è stato quello di favorire la riduzione dell'apprensione e dell'invadenza materna. A tale scopo vi è stata, da parte del terapeuta, la richiesta esplicita di non assecondare nuovi rituali in modo da non aggravare la sintomatologia. Inoltre, abbiamo puntato ad incrementare la consapevolezza del ruolo materno nelle dinamiche relazionali con il figlio e valutare i costi dei comportamenti adottati. Per favorire la comprensione e l'accettazione del funzionamento di Luca abbiamo ricostruito e condiviso, attraverso il punto di vista genitoriale, il profilo interno del figlio, individuando dei *trigger* che attivassero la manifestazione dei sintomi ossessivi (eventi critici) e monitorando gli stati mentali. In particolare, è stato posto l'accento sui pensieri e le emozioni di Luca, per riuscire a comprende-

re le ragioni del suo comportamento in determinate situazioni e allenarsi al riconoscimento di queste. Inoltre, è stato condiviso anche il suo profilo neuropsicologico allo scopo di favorire la consapevolezza e l'accettazione dei punti di debolezza del figlio. Infine, per favorire il riconoscimento dei bisogni di Luca siamo partiti dalla condivisione degli stati mentali del figlio e abbiamo valutato insieme il suo bisogno di autonomia e gli effetti che questo avrebbe avuto sull'aumento dell'autostima. In quest'ottica sono state individuate condotte finalizzate alla promozione di questo bisogno come dare maggiore sicurezza e fiducia nelle sue capacità, validando anche i suoi stati emotivi e favorendo un atteggiamento più accudente e meno colpevolizzante. In aggiunta sono stati sottolineati i progressi di Luca ottenuti durante la terapia, progressi che i genitori continuavano a minimizzare, facendo vedere come tale atteggiamento svilente contribuisse al mantenimento della sintomatologia del figlio e alla sua vulnerabilità attuale e suggerendo di utilizzare rinforzi positivi con lui.

Esiti della terapia

Dopo 20 sedute con Luca e 10 con i genitori, abbiamo ottenuto una significativa riduzione della sintomatologia ossessiva. Da una manifestazione dei sintomi con una frequenza di circa 17 volte al giorno, dopo 8 settimane la frequenza era di 2/3 volte a settimana e Luca ha iniziato ad abbracciare la madre dalla nona seduta. Il ragazzo ha iniziato ad adottare abitudini più funzionali rispetto alla cura di sé e alla pianificazione delle proprie attività scolastiche ed extrascolastiche. Luca si presenta in seduta con un look completamente rinnovato: ha tagliato la barba, le unghie e ha fatto un taglio di capelli molto giovanile, ha una luce diversa sul viso, sembra un altro. Riesce ad organizzare lo studio in modo più funzionale. La cura di sé ha avuto un valore strategico anche nella riduzione della sintomatologia ossessiva. Le ragioni, sono probabilmente legate a una riduzione del dialogo interno ipercritico, a vantaggio di un dialogo caratterizzato da un atteggiamento compassionevole che gli ha permesso di ridurre le doverizzazioni. Luca ha iniziato a vedersi di più, riconoscere i suoi bisogni, farsi delle coccole e prendersi i suoi spazi concedendosi la possibilità di non far nulla davanti ai sintomi. Ha raggiunto una maggiore consapevolezza dei propri punti di forza con aumento dell'autoefficacia, dell'autostima e della sicurezza di sé. Occupandosi di lui e ponendo al centro la cura di sé, egli ha sperimentato un maggior senso di autoefficacia e ciò ha avuto un effetto determinante anche sull'attribuzione a sé della capacità di contestare le critiche e le colpevolizzazioni dei genitori,

sviluppando uno stile comunicativo più assertivo. Con i pari ha interazioni più efficaci e sono aumentate notevolmente le relazioni interpersonali. Adesso Luca sente quotidianamente gli amici, li frequenta non più solo virtualmente, ha scoperto dei punti in comune con alcuni di loro che prima escludeva a priori per alcuni lati negativi del loro carattere e ha ripreso i contatti anche con vecchi amici delle scuole medie che non sentiva da tempo. Si è proposto con una ragazza che gli piaceva da tempo ed ha iniziato a frequentarla. In poche settimane anche le performance scolastiche di Luca sono migliorate notevolmente. È riuscito ad abbassare gli standard e ad avere maggiore consapevolezza dei propri punti di forza e debolezza iniziando a studiare in modo più funzionale. Adesso si propone volontariamente alle interrogazioni, non evita più e ha ricevuto diversi 9 anche in matematica, materia più difficile per lui vista la sua discalculia. Adesso Luca è in grado di discriminare tra cosa gli piace e cosa non ama fare e ha inserito delle attività piacevoli nella sua quotidianità (es. sport, disegno, uscite con gli amici).

I genitori hanno raggiunto una maggiore consapevolezza del funzionamento di Luca che ha permesso loro di comprendere le difficoltà incontrate con il figlio e di impegnarsi nel modificare i loro comportamenti (riescono adesso a soffermarsi maggiormente sull'analisi degli eventi e sui possibili effetti delle loro azioni). Vi è una parziale riduzione della messa in atto dei comportamenti di umiliazione e di critica agiti verso Luca. Riuscendo a comprendere gli stati mentali del ragazzo, identificando le possibili emozioni spiacevoli sperimentate dal figlio e provando a mettersi nei suoi panni, sono riusciti a ridurre i comportamenti che mantenevano la sintomatologia, anche se non del tutto. Attraverso la condivisione del profilo neuropsicologico di Luca, sono riusciti a mettere in discussione l'idea di perfezione a cui miravano per lui e sono stati in grado di accettare i suoi limiti e validare le capacità di cui è in possesso. La madre ha raggiunto una parziale consapevolezza del suo funzionamento e del ruolo che ricopre nelle dinamiche relazionali con il figlio, ciò ha permesso una riduzione dei suoi comportamenti di apprensione e invadenza (la comprensione e la spiegazione dei comportamenti del figlio ha prodotto una diminuzione del suo stato di attivazione). Grazie alla comprensione degli effetti del loro atteggiamento svilente che contribuiva al mantenimento della sintomatologia di Luca, i genitori hanno imparato a gioire delle piccole conquiste quotidiane e a notare i progressi raggiunti da Luca in terapia. È stato, infine, raggiunto un parziale riconoscimento dei bisogni del figlio e hanno iniziato a mettere in atto comportamenti volti a favorire la sua autonomia, come farlo andare a scuola con i mezzi pubblici, facendogli gestire da solo le attività relative all'alternanza scuola/lavoro.

Il percorso terapeutico, svolto all'interno di un progetto di terapia solidale presso la Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Roma, è stato interrotto dopo sei mesi a causa di difficoltà economiche della famiglia. Nonostante ciò, gli obiettivi prefissati sembrano essere stati parzialmente raggiunti nel caso dei genitori e la sofferenza psicologica iniziale di Luca si è significativamente ridotta con buoni risultati anche sul piano sociale e scolastico.

Valutazione pre e post-trattamento

Durante gli ultimi incontri, sono stati riproposti a Luca e ai genitori alcune misure di valutazione che erano state effettuate nella fase di pretrattamento, al fine di indagare gli esiti del trattamento. Dallo scoring non emerge più la sintomatologia ticcosa di rilevanza clinica presente in ingresso ed emerge una significativa riduzione dei sintomi ansiosi e depressivi. Soltanto l'indice di ansia generalizzata risulta ai limiti della norma. Da un'intensità moderata di sintomi ossessivi compulsivi rilevata da Luca nella fase di pre-trattamento e severa rilevata dai genitori, non emerge più nella fase di post-trattamento una sintomatologia ossessivo compulsiva.

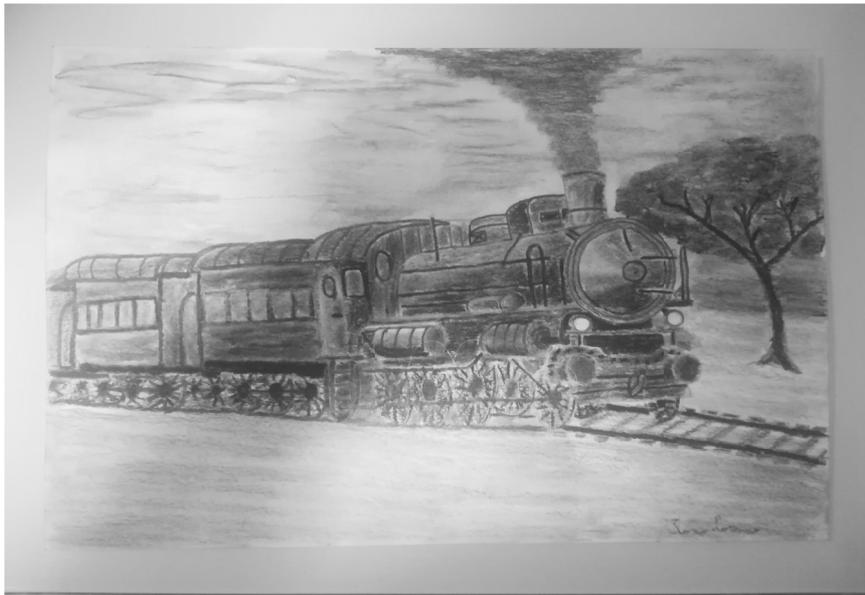
Dai test somministrati ai genitori non emergono più punteggi clinici nelle sottoscale indagate in precedenza (perfezionismo, ansia, depressione/ritiro, problemi sociali, oppositività e instabilità emotiva e problemi del pensiero), rimane un punteggio borderline per ansia/timidezza e depressione/ritiro.

In occasione dell'ultimo incontro, c'è stato uno scambio di omaggi tra Luca e la sua terapeuta. Luca ha voluto lasciare come ricordo di sé il disegno di un treno (figura 1) a cui stava lavorando dopo aver scoperto la sua passione per l'arte e ha ricevuto una flash card in cui era descritto Luca quando ha iniziato la terapia e Luca al termine del percorso. Nella flash card sono stati raggruppati tutti i pensieri e le rappresentazioni di sé che aveva riferito nel corso delle sedute rispondendo ai quesiti: *“come ti definiresti pensando ad un'etichetta?”*, *“che frase ti rappresentava ieri e oggi?”*, *“a che immagine ti assoceresti?”*. Luca si è rappresentato nel passato con l'immagine di città distrutta dalla guerra definendosi *“Luca il distrutto”* e descrivendosi con lo slogan *“Sono fottuto, non c'è più niente da fare per me”*. Nel presente Luca si paragona a un'alba sul mare e si definisce *“Luca il rinato”* descrivendosi con lo slogan *“C'è speranza di stare meglio”*. A titolo esemplificativo alcuni pensieri di *“Luca il rinato”* sono: *“quando sono infastidito dall'alito di mamma mi arrabbio un po' e lo ignoro, me ne frego di riparare, non ho più la necessità di andare in bagno o prendere la mentina, continuo a fare tranquillamente le mie cose perché questo fastidio le poche volte che capita non*

Caterina Villirillo, Rossella Cascone, Carlo Buonanno

mi condiziona più!”; “Adesso trascuro alcuni doveri per riposarmi senza sentirmi in colpa e senza criticarmi”; “Ho un modo migliore di gestire i miei problemi perché vedo le cose in modo diverso: ho scoperto che c’è anche il grigio, che posso limitare i danni, valuto le alternative, posso fare così o in quell’altro modo, ci sono i costi e i benefici per ogni cosa”; “A riconoscere tutto questo mi sento davvero molto felice!!”.

Fig. 1 – Il disegno di Luca



“Ho scelto questo oggetto perché, pur essendo un oggetto vecchio, indica un cambiamento, qualcosa che è in evoluzione. Il treno a vapore nell’epoca in cui è stato inventato era un passo avanti molto grande. Anche io come il treno sto facendo un passo avanti, sono innovativo. Anche se ho tanto da fare, vado comunque avanti, non mi fermo e sto seguendo delle rotaie, una strada data dal mio Virgilio. Mi è capitato di aver preso questo treno casualmente, all’improvviso e di essere contento di non aver avuto paura di prenderlo come invece mi è capitato spesso in passato quando non ho voluto fare dei cambiamenti per paura delle conseguenze negative; invece mi rendo conto che non sempre le conseguenze sono negative!”.

Luca

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5)*. Milano: Raffaello Cortina.
- Isola L., Romano G., Mancini F. (2016). *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza. Nuovi sviluppi*. Milano: FrancoAngeli.
- Loose C., Graaf P., Zarbock G. (2017). *La schema therapy con i bambini e gli adolescenti*. Istituto di Scienze Cognitive Editore.
- Mancini F. (2016). *La mente ossessiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Mancini F., Perdighe C. (2009). La formulazione del caso: schema per la presentazione dei casi clinici e per la supervisione. *Psicoterapeuti in-Formazione*, numero speciale. Testo disponibile al sito: <http://www.psicoterapeutiinformazione.it/numero-speciale-ottobre-2009.html>
- Ruggiero G.M., Sassaroli S. (2013). *Il colloquio in psicoterapia cognitiva. Tecnica e pratica clinica*. Milano: Raffaello Cortina.

