

Esposizione con Prevenzione della Risposta in un caso di Disturbo Ossessivo-Compulsivo

Cristina Marzano¹²

¹Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) - Roma
²Facoltà di Psicologia - "Sapienza" Università di Roma

Riassunto

Viene presentato il caso clinico di un paziente affetto da Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC). Nella prima parte il problema del paziente viene delineato dando centralità ad alcune caratteristiche principali, ovvero prestando particolare attenzione allo stato mentale, ai meccanismi di mantenimento, ai motivi dello scompenso ed, infine, alla vulnerabilità del paziente. In seguito viene descritto il trattamento, facendo riferimento alla parte dell'intervento della quale l'autrice si è occupata in prima persona: l'Esposizione con Prevenzione della Risposta (ERP).

Summary

The Exposure and Responce Prevention therapy for OCD: a case report

Is reported here the case of a patient affected by Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). Firstly this case has been explained highlighting the main characteristics of the problem, with special attention for mental states, maintenance mechanisms, reasons of psychological umbalance and vulnerability of the patient. Secondly, the treatment effectuated by the author has been described: the Exposure and Responce Prevention (ERP).

Dati Anagrafici

G. ha 40 anni ed è celibe. I suoi genitori sono morti; ha quattro sorelle più grandi e tutte nubili. Vive a casa con due delle sorelle, una delle quali in passato ha sofferto di Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC).

Descrizione del problema

Da circa 15 anni soffre di una grave forma di DOC che lo ha portato ad intraprendere più volte una psicoterapia. Il paziente è ossessionato dall'idea di entrare in contatto con sostanze appiccicose, in quanto teme che si possano incollare sul suo corpo, senza che lui se ne accorga, dei volantini o annunci di lavoro. Non notandoli questi potrebbero staccarsi ed andare persi, con conseguente autocolpevolizzazione poiché

la sua mancanza di attenzione potrebbe aver causato la perdita di un'opportunità lavorativa. Il fallimento dovuto all'incapacità di realizzarsi nel versante lavorativo sarebbe visto come conseguenza della sua irresponsabilità, quindi, per evitare ciò mette in atto dei controlli sul suo corpo e sugli oggetti con i quali entra in contatto, ed effettua lunghi e ripetuti lavaggi.

G. teme, inoltre, di poter perdere fogli, appunti, oggetti personali più o meno importanti, timore che lo porta ad accumulare e ad evitare ogni azione che comporti la loro perdita.

I primi problemi sono iniziati con l'ingresso all'università. Inizialmente uno dei sintomi ossessivi più frequenti era il dubbio di aver scelto la facoltà sbagliata. Domande ricorrenti che si poneva erano: "Non avrei fatto meglio a scegliere una facoltà più teorica? Che ci faccio con le materie tecniche del triennio?". A ciò seguiva rimuginio ossessivo e demoralizzazione. G. aveva condotto una vita sociale relativamente normale fino al momento in cui, durante i primi anni universitari, ha iniziato a pensare alla potenziale pericolosità della presenza di altre persone in quanto portatori di sostanze appiccicose, fino ad arrivare alla totale chiusura in casa e all'abbandono dell'università. La sua vita è divenuta completamente centrata sul disturbo. I ritmi sonno-veglia o qualsiasi altra forma di regolarità nelle attività quotidiane è stata completamente alterata. G. si alza dal letto alle 14:00, inizia poi una serie di rituali di controllo del letto, del pigiama, del percorso per andare in bagno (assume una postura rigida mentre cammina lungo il corridoio, per non toccare muri ed oggetti), entra in bagno e si lava per ore. Per G. la cena è il momento più problematico della giornata, in quanto i contenitori degli alimenti, le bottiglie e la presenza di sorelle contaminate a seguito delle ore trascorse nell'ambiente lavorativo richiedono un estremo controllo. La cena si protrae per ore tanto che spesso si addormenta a tavola più volte cercando di terminare il pasto. Si alza da tavola anche alle 4:00 di mattina, e prima di andare a letto ripete i controlli mentre si toglie i vestiti.

Le sorelle lo aiutano ad effettuare i controlli, sia perché guidate dal desiderio di vederlo soffrire di meno, ma anche per una loro personale esigenza in quanto, lavorando tutto il giorno, tentano di salvaguardare i propri ritmi della giornata riducendo i lunghi tempi che lui impone loro. La sorella maggiormente collaborativa con lui è quella che in passato ha sofferto di DOC.

G. decide di intraprendere nuovamente una terapia per l'insostenibilità delle sue ossessioni/rituali e poiché spinto dalle sorelle.

Profilo interno del disturbo

Il timore principale di G. è quello di essere la causa, per sua mancanza di attenzione, della perdita di un'opportunità lavorativa. La mancanza di controlli lo porterebbe a giudicarsi una persona irresponsabile, e l'idea di essere stato lui stesso la causa del suo fallimento sarebbe una colpa inaccettabile. Questo pensiero genera ansia nei termini di confusione mentale che provoca un'elevazione degli standard di certezza rispetto al ricordo e alla percezione, seguito dalla messa in atto di lavaggi e controlli. Ciò

comporta un temporaneo alleviamento dell'ansia che però non allontana il dubbio nella mente del paziente, che diviene progressivamente meno certo dei ricordi e convinto del fatto che debba fare di più, pensiero che incrementa rituali ed ansia. Una seconda valutazione è quella relativa alla convinzione che in questo modo si stia rovinando la vita e che non sia capace di sottrarsi al "DOC" (che è rappresentato nella sua mente come un giudice in un'aula di tribunale), sperimentando di conseguenza una profonda tristezza e autosvalutazione. Non si individuano mai tentativi di contrasto (come soppressione dei pensieri o dei lavaggi/controlli) in quanto ritiene che il giudice/DOC abbia ragione, nonostante sia presente egodistonia verso i rituali di controllo e lavaggio.

Quando G. entra effettivamente in contatto con della colla (p.e., posta sull'etichetta di una bottiglia) prova un forte disgusto e si sente contaminato e sporco in tutto il corpo, e l'unico modo per ridurre questa sensazione è lavarsi ripetutamente.

Per quanto riguarda il timore di perdere oggetti che gli appartengono, come un suo appunto, il pensiero che viene generato è relativo alla responsabilità di essere la causa della perdita di un'informazione fondamentale (p.e., per il superamento di un esame). Questa paura lo porta a controllare che abbia tutto con sé e che non abbia perso nulla. Anche in questo caso si riscontra una perdita di fiducia nei confronti della propria memoria, quindi, alla fine di ogni controllo non ricorda se abbia controllato effettivamente tutto, ripetendo nuovamente l'intero check.

Fattori e processi di mantenimento

G. non tollerebbe l'idea di essere responsabile del suo fallimento dovuto alla perdita di un'importante informazione che potrebbe fargli ottenere un lavoro o superare un esame (è attivo il goal di "evitamento della colpa per irresponsabilità"). La ripetitività dell'attività ossessiva diventa essa stessa un fattore di mantenimento del problema. G., infatti, è più preoccupato della correttezza della propria performance che del risultato effettivo, in quanto l'importante è prevenire la possibilità di essere colpevole di non aver fatto tutto il suo dovere, più che prevenire effettivamente un certo danno. Ciò produce un ragionamento iperprudente che fa focalizzare il paziente sull'ipotesi peggiore ricercando esempi a conferma di questa ipotesi, il cui risultato è un continuo insistere nel processo di controllo.

G. evita ogni azione o situazione che potrebbe far avverare la minaccia temuta, condotta che non lo mette alla prova nella situazione che gli provoca ansia, e questo impedisce di disconfermare l'ipotesi temuta (il pensiero attuale è "se accade questo per me è la fine, nemmeno riesco ad immaginarmi dopo").

La ripetizione del controllo diminuisce la salienza del ricordo della singola azione e ne aumenta la familiarità, diminuendo la fiducia nel ricordo di aver compiuto quell'azione. La scarsa fiducia nella propria memoria viene accentuata dalla ripetizione dei controlli, aumentando l'ansia.

Un altro fattore di mantenimento è l'affect as information: stato emotivo come fonte d'informazione. L'ansia che G. sperimenta uscendo di casa diventa informativa della presenza di una minaccia, influenzando i processi cognitivi che portano poi ad amplificare ulteriormente la sensazione ansiosa.

Le rassicurazioni che riceve dalle sorelle gli confermano la reale esistenza di un pericolo e che ci sia qualcosa da controllare. Inoltre, quando le sorelle rispondono frettolosamente dicendo che è tutto a posto, facendolo senza nemmeno guardare, G. pensa che deve controllare ancora di più perché solo lui sa controllare nella maniera corretta.

Scompenso

Lo scompenso è riconducibile al periodo durante il quale doveva affrontare uno degli ultimi esami precedenti la laurea, nonostante non vi sia un vero e proprio evento al quale fare riferimento. La vicinanza della fine dell'università aumentava l'assunzione di responsabilità per il suo futuro professionale. Fu in quel periodo che iniziò l'ossessione di potersi perdere appunti importanti. Aumentò in modo parossistico il disgusto ed il timore di venire in contatto con "l'appiccicume". I lavaggi/controlli divennero frequenti tanto da non riuscire più ad andare all'università o a concentrarsi su altri pensieri diversi da quelli ossessivi.

Vulnerabilità

Il tentativo di agire/omettere un'azione in modo da non causare un danno ingiusto a se stesso è un goal che guida i comportamenti di G., secondo il quale non fare ciò sarebbe come trasgredire una norma morale. Per lui la natura delle persone è rappresentata dal lavoro che fanno, pensando che sia questo a renderle felici. Ciò, oltre ad essere un fattore di mantenimento, lo rende vulnerabile ad ogni situazione in cui non senta di aver fatto di tutto per ottenere il suo scopo, in quanto sarebbe una dimostrazione della propria incapacità nel raggiungimento della "felicità". Da ciò che riferisce il paziente, non sembra abbia mutuato questi goals dai genitori, che non proponevano scopi e mete elevate. Nel passato di G., comunque, si rintraccia una severa educazione religiosa, caratterizzata da regole di condotta e doveri rigidi che sembrano essere dei candidati a rendere ragione della tendenza a temere esageratamente le colpe per irresponsabilità.

Il paziente non riferisce la presenza di un alto controllo genitoriale o di genitori colpevolizzanti, tuttavia ricorda lucidamente episodi di rimproveri aspri subiti da loro. Quando protestava il padre minacciava di cacciarlo di casa. C'è da sottolineare che il padre era cardiopatico e che G. in quei momenti viveva tutta l'ambivalenza della rabbia e della colpa per la propria rabbia.

Ci sono state esperienze ricollegabili alle figure genitoriali che hanno reso il paziente sensibile al timore di critica, al disprezzo morale e al timore di colpa per irresponsabilità. Il paziente, p.e., ricorda che per molti pomeriggi lui e le sorelle venivano lasciati in parrocchia fino a tardi, nonostante tutti gli altri

genitori fossero passati a prendere i loro figli molto tempo prima. In quei momenti pensava che i genitori si fossero “liberati di lui” e che non lo amassero. Quando i genitori andavano a riprenderlo si sentiva arrabbiato con la madre chiedendosi come potesse essere così disattenta ed irresponsabile verso i propri figli. Anche in questo caso è rintracciabile il successivo senso di colpa per i propri sentimenti di rabbia verso di lei. Probabilmente eventi come questo lo hanno indirettamente caricato di responsabilità eccessiva, inducendolo a pensare che si sarebbe dovuto impegnare affinché non si comportasse mai da irresponsabile. Queste esperienze precoci potrebbero aver contribuito a rendere esagerato il suo senso di responsabilità.

G. ha riferito la presenza di una certa ambiguità nella relazione con la madre, che gli rimandava dei messaggi contraddittori comunicando affetto sul piano verbale ma freddezza su quello non verbale. Ciò potrebbe aver reso centrale il dubbio circa il fatto di essere o meno una persona disprezzabile, inducendo la tendenza alla ricerca della certezza assoluta e l'attitudine al dubbio.

La terapia

Stante la durata, frequenza, intensità e ripercussioni in tutti gli ambiti della vita del paziente, è stata intrapresa una terapia che prevedesse il coinvolgimento di più terapeuti. In questi due anni la terapia è stata caratterizzata da interventi intrapresi parallelamente dai diversi terapeuti, successivamente ai primi sei mesi d'intervento condotto solo dal principale terapeuta di riferimento che si è occupato di: effettuare il colloquio diagnostico per l'individuazione di eventuali comorbilità e per la misurazione dell'entità iniziale del disturbo; comprendere l'origine del disturbo e spiegarne sintomi e mantenimento, attraverso la ricostruzione del modello cognitivo e dello schema del problema (con relativa condivisione assieme al paziente); aiutare il paziente ad affrontare il timore di colpa che caratterizza la prima valutazione dell'evento critico, ponendo l'attenzione sugli altri possibili fattori che potrebbero far avverare la catastrofe in alternativa alla sua sola azione/omissione. Il trattamento farmacologico è stato seguito da un neuropsichiatra durante tutta la terapia (nonostante si sia rivelato poco efficace). Un terapeuta si è occupato della psico-educazione familiare, in quanto si evidenziavano difficoltà di gestione del disturbo sia da parte delle sorelle che da parte di G.

La fase di ERP è durata un anno e mezzo, ed ha previsto il mio coinvolgimento e di altre due terapeute, stante la necessità di sedute prolungate e frequenti. La durata media delle sedute era di due ore; la frequenza media degli incontri era di due volte alla settimana.

E' stato inizialmente condiviso il rationale della ERP, spiegando come fosse importante l'esposizione agli stimoli ansiogeni ed il blocco dei tentativi di soluzione di primo ordine al fine di sperimentare che l'ansia e la percezione di pericolo sarebbero potuti diminuire con il passaggio del tempo a partire dall'evento critico o, quantomeno, al fine di provare a “rimanere nello scenario temuto” (nel quale lui si

assumesse la responsabilità di non “essere subito corso ai ripari”, quindi sentendosi colpevole di quello che gli sarebbe potuto accadere).

Una prima fase dell'intervento è stata svolta in casa (le altre due psicoterapeute si sono occupate del lavoro fuori casa). Le situazioni/azioni in grado di suscitare ansia e che provocavano immediatamente un bisogno di “correre ai ripari” erano rappresentate, p.e., dal camminare lungo il corridoio con postura meno rigida (che assumeva per evitare che braccia o gambe, delle quali sentiva non avere il controllo, potessero toccare il muro o gli interruttori della luce contaminati), percorrere la casa velocemente senza controllare come avrebbe voluto, toccare gli oggetti che considerava meno contaminati per poi passare a quelli che lui riferiva essere sicuramente più ricoperti di colla. Qualsiasi gesto veniva effettuato cercando di non controllare (se stesso o l'oggetto) prima, durante e dopo l'azione. Stante l'idea che all'interno stesso della casa vi fossero dei punti meno contaminati ed altri inavvicinabili (pensiero che non lo esponeva totalmente all'inevitabilità della possibilità di correre il rischio di contaminarsi, rappresentando un pensiero protettivo), il paziente ha iniziato a “rendere la casa più contaminata” toccando, dopo ogni contatto con “oggetti più pericolosi”, anche oggetti che ai suoi occhi non gli potevano far correre rischi.

Una fase importante è stata quella relativa all'intervento sui pensieri relativi alla contaminazione. Durante le prime sedute di ERP, G. riferiva di provare un estremo disgusto al contatto con qualsiasi tipo di oggetto. La contaminazione per lui era immediata nei tempi (con un unico contatto) e certa (non vi erano possibilità di mancata contaminazione). G. non considerava affatto, inoltre, il decadimento nel tempo (non toccava l'interruttore della luce da un anno, perché era stato toccato dagli operai) e le dosi dell'agente contaminante (anche solo un millimetro di colla avrebbe fatto attaccare un volantino di parecchi centimetri). Abbiamo ricostruito insieme cosa avviene in funzione di quello che si definisce “pensiero magico”, quindi come non considerasse la probabilità, le dosi e la decadenza nel tempo. Con il tempo ha iniziato a cogliere che ciò che lui sperimentava era la sensazione di avvenuta contaminazione più che una reale avvenuta contaminazione (distinzione tra sensazione e fatto).

Prima di effettuare un'azione in grado di provocare un'elevata ansia, allo scopo di motivarlo all'accettazione del rischio, l'ho aiutato a ragionare sull'impossibilità del raggiungimento dello scopo di prevenire quello che più temeva e sullo scopo emerso dalla valutazione secondaria, ricordandogli che la scelta implicava il costo di una rinuncia che però andava accettato in quanto risultava impossibile fare altrimenti. Gli ho spesso fatto confrontare, inoltre, i vantaggi e gli svantaggi della condotta ossessiva, facendogli sostenere le argomentazioni a favore e quelle contrarie rispetto ai lavaggi/controlli/evitamenti.

Uno dei problemi iniziali è stato quello di esporlo davvero all'ansia. Questo non accadeva perché G. utilizzava una strategia cognitiva che era quella di dire a se stesso che poteva sopportare quello che avrebbe dovuto fare durante le due ore con me per poi rimandare, nel momento in cui me ne fossi andata, la fase di lavaggi/controlli. Lui stesso ha riferito che il suo pensiero principale era: “stringi i denti e

sopporta, dopo correrai ai ripari”. Abbiamo ragionato sul fatto che questo gli impediva un reale confronto con l’evento temuto, che l’idea di rimandare a dopo i comportamenti che tipicamente attuava risultava controproducente rispetto all’obiettivo principale. Per questo abbiamo condiviso con G. che, seppur i lavaggi/controlli fossero inevitabili, avrebbe inizialmente aspettato circa un’ora dopo che io fossi andata via prima di effettuarli, per sperimentare l’ansia di rimanere “contaminato” e di essere da solo, e per vedere se durante quest’ora vi fosse un abbassamento progressivo dell’ansia, lasciandosi poi la possibilità (nel caso in cui effettivamente avesse sperimentato meno ansia) di rimandare ancora di più la fase di lavaggi/controlli. Una volta deciso di effettuare questa “esposizione in autonomia”, G. ha progressivamente riferito di sentire meno impellente la necessità di “correre subito ai ripari” e di riuscire a rimanere con l’ansia e la sensazione sgradevole di contaminazione per molto tempo.

G. considerava l’attività ossessiva come in parte estranea alla sua intenzionalità, come se l’urgente bisogno di lavarsi/controllare fosse più forte di lui o come se il “DOC” fosse più forte di lui. Abbiamo quindi ragionato sul fatto che la scelta di non effettuare i tentativi di soluzione potesse dipendere da una valutazione relativa alla loro convenienza. Ho sfruttato, p.e., un dilemma del tipo: “Immagina che un delinquente ti minacci dicendoti che se ti lavi le mani allora ucciderà una delle tue sorelle, se al contrario corri il rischio di avere della colla sulle mani e non ti lavi, allora le lascerà in pace. Che faresti?”. G. ha riferito di accedere ad esempi del genere in molti momenti critici della sua giornata per superare le situazioni durante le quali al contatto con qualche oggetto seguiva un immediato desiderio e “bisogno fisico” (che lui riferiva, non preceduto da alcun pensiero) di correre a lavarsi.

E’ stato necessario molto tempo perché G. iniziasse ad esporsi negli intervalli fra le sedute, nonostante sia stato notevolmente incoraggiato a farlo (ovviamente, all’inizio almeno su eventi meno ansiogeni di quelli affrontati insieme), probabilmente per il fatto che da solo veniva a mancare la distribuzione di responsabilità e/o l’idea che “due occhi vedono meglio di uno”. Relativamente a questo pensiero ho evitato (nei momenti di ERP) di rassicurarlo, ad esempio guardando altrove nel momento in cui doveva entrare in contatto con qualcosa o non osservando la sua mano dopo che l’aveva fatto.

Un intervento specifico che in qualche modo ha provocato una ripercussione sulla relazione terapeutica è stato quello effettuato sul ritardo. Per un lungo periodo G. non era ancora pronto all’orario d’inizio previsto per gli incontri. Controlli e lavaggi richiedevano molto tempo, e non riusciva ad interromperli fino a che non “si fosse sentito apposto”, nonostante gli dispiacesse molto di essere in ritardo. Abbiamo, dunque, deciso di volta in volta (riducendone progressivamente la durata) il tempo massimo che avrei aspettato prima di andare via, rischiando di non effettuare la seduta. Questo gli ha fatto considerare che quella lunga preparazione era come tutti i comportamenti protettivi che doveva tentare di interrompere durante i nostri incontri. Tollerare i ritardi sarebbe stato un accomodamento sui suoi timori ossessivi/comportamenti compulsivi. Il rischio sarebbe stato quello di trovarci intrappolati in una serie di

cicli tipici (che caratterizzano il rapporto con le sorelle), ovvero: accomodamento compiacente e adesione alle richieste ossessive → rabbia e insofferenza → aumento dell'ansia ossessiva e deterioramento del clima interpersonale. In accordo con gli altri colleghi della mini-equipe, dunque, si è deciso di mettere tutti in pratica un'unica modalità (nè accomodante nè sprezzante) in grado di rompere questi cicli: negoziare e concordare (motivandoli) con G. i tempi di attesa e comportarsi di conseguenza, senza titubanze o ambiguità, quando non venivano rispettati. Con il tempo G. ha iniziato ad essere puntuale.

Un importante cambiamento avvenuto nella mente del paziente è stato iniziare a prefigurare l'idea di sé come “persona che ce la può fare” anche in presenza di mancata affermazione lavorativa avvenuta per causa sua, perchè i costi della prevenzione della minaccia risultavano troppo elevati rispetto a quelli che comportava l'eventuale verificarsi dello scenario temuto. Ha anche iniziato a pensare che per quanto potesse fare non avrebbe mai avuto il potere di non far realizzare l'evento temuto.

G., inoltre, ha iniziato a pensare che quello che lui considerava un giudice (il “DOC”), che in alcuni momenti sembrava quasi una persona esterna a lui e più forte di lui, in realtà era solo una parte di sé, che poteva contrastare dando maggiore centralità ai pensieri relativi alla seconda valutazione.

Conclusioni

Per G. è stata attivata una fitta rete costituita da più terapeuti ma anche dalle sue sorelle, e questa scelta ha contribuito notevolmente ai suoi miglioramenti. Stante la pervasività del disturbo e la compromissione di più aree della vita del paziente è stata effettuata la scelta di investire risorse in maniera specifica e mirata, ma all'interno di un unico progetto. Il coinvolgimento di più terapeuti è stato vissuto da G. in maniera univocamente positiva.

G. ha ridotto controlli, lavaggi, evitamenti, ed ha ripreso gli studi universitari. Il paziente ha quasi completamente interrotto l'assunzione dei farmaci. La psicoterapia è ancora in corso, ma si è concluso il ciclo di ERP. Il terapeuta principale vede G. un paio di volte al mese per mantenere i risultati ottenuti.

Cristina Marzano

Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) – Roma
Facoltà di Psicologia - “Sapienza” Università di Roma
Specializzata a Roma, training Mancini
e-mail: cristina.marzano@uniroma1.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it