

# Il Disturbo Ossessivo Compulsivo

Francesco Mancini

Una versione successiva è stata pubblicata sul Nuovo Manuale di Psicoterapia Cognitiva, a cura di Bruno Bara, ed Bollati Boringhieri, Torino, 2005

## 1. Introduzione

Il [disturbo ossessivo compulsivo \(DOC\)](#) ha un interesse speciale per gli psicoterapeuti per diverse ragioni. La prima riguarda la quantità di sofferenza che il **DOC** determina nei pazienti e nei loro familiari. Il DOC, per giunta, è un **disturbo invalidante** che riduce notevolmente le capacità di realizzazione esistenziale (Koran, Thienemann, Davenport, 1996). I pazienti ossessivi, proprio a causa del loro disturbo, spesso, non riescono a svolgere un'attività lavorativa o la realizzano in modo discontinuo o debbono contentarsi di mansioni a bassa responsabilità, e comunque inferiori alle loro capacità lavorative. Il disturbo si riflette negativamente anche sulla qualità e la durata delle relazioni amicali ed affettive, infatti, il 50 % dei pazienti non riesce a stabilizzare o a mantenere un rapporto di coppia (Smeraldi, 2003).

Va considerato, inoltre, che secondo le numerose ricerche epidemiologiche svolte negli ultimi anni, si può stimare la prevalenza *life-time* circa al 2-2,5%, vale a dire che ogni 100 persone che nascono oggi nel mondo due o tre svilupperanno nell'arco della propria vita un DOC (Dèttore, 2002; Ravizza et al., 1997).

La prevalenza puntuale nella popolazione generale è circa di 1,5%. Si può supporre, dunque, che in Italia in questo momento soffrono di DOC circa 800.000 persone. Se ci si concentra sulla popolazione giovanile tra i 15 ed i 18 anni allora la prevalenza puntuale appare aumentare fino al 3% (Mancini, Gragnani, Orazi e Pietrangeli, 1999). L'incidenza, vale a dire il numero di nuovi casi, è massima intorno ai 15 anni ed intorno ai 25 (Ravizza et al. 1997), dunque si tratta di giovani con una lunga aspettativa di vita e che, pertanto, rischiano di soffrire per gravi danni esistenziali e di creare costi prolungati per l'assistenza, il DOC, infatti, tende a cronicizzarsi.

Si tratta dunque di un **disturbo con conseguenze gravi** sia a livello personale sia sociale le cui possibilità di cura psicologica e farmacologica sono notevolmente progredite negli ultimi anni ma, ciò nonostante, la percentuale dei pazienti che risponde alla terapia, il grado delle risposte e la riduzione delle ricadute sono ancora lontani dall'essere soddisfacenti. Ciò giustifica l'impegno per una migliore comprensione dei meccanismi psicologici che sono alla base del disturbo e per la scoperta di nuove tecniche ed il miglioramento di quelle a disposizione.

## 2. Il DOC nel DSM IV

Il DSM IV° (APA, 1994) sottolinea due caratteristiche principali del DOC: la prima è la frequenza, la ripetitività e la persistenza della attività ossessiva, la seconda è la sensazione che tale attività sia imposta e compulsiva. Il paziente si sente costretto ad agire o a pensare nel modo sintomatico e, di solito, cerca di contrapporsi e di resistere

## 3. Alcuni luoghi comuni da sfatare riguardo il Disturbo Ossessivo Compulsivo

Il DOC non si accompagna in modo significativo al Disturbo Ossessivo Compulsivo di Personalità (DOCP) (Dèttore, 2003). L'opinione molto diffusa che considera il doc la fase di scempenso del DOCP, dunque, è falsa. Numerosi e diversi disturbi di personalità si accompagnano al DOC, ciò fa dubitare che esista una tipologia personologica caratteristica del DOC, anche se il tema della colpa e del disprezzo sembrano, come vedremo, significativamente presenti nella vita dei pazienti. Il più frequente disturbo di personalità che si accompagna al DOC è il disturbo evitante, la comorbilità del disturbo schizotipico e schizoide peggiora grandemente la prognosi (Ravizza et al., 1997).

Il rapporto con la psicosi è complesso. Sintomi ossessivi, come del resto molti sintomi ansiosi ad esempio gli attacchi di panico, sono tutt'altro che rari nella schizofrenia (Cassano et. al., 1999), anche se la prevalenza della schizofrenia nella popolazione ossessiva è identica a quella che si osserva nella popolazione generale (Kozac e Foa, 1994). L'evoluzione di un DOC in schizofrenia, comunque, è un'evenienza rara (Kozac e Foa, 1994). Ciò fa dubitare che il DOC, come descritto dal DSM IV, sia una fermata d'autobus nel percorso che porta alla schizofrenia. Non raramente le idee ossessive acquistano in particolari momenti, ad esempio durante l'esposizione a stimoli temuti, una resistenza alla critica simile alle idee deliranti, tale resistenza di solito, però, si alterna all'insight critico. La critica all'idea ossessiva è oscillante e dipende dalla distanza dello stimolo temuto, dalla durata del disturbo e dallo stato d'animo di base (Kozac e Foa, 1994). Soprattutto, però, l'idea ossessiva è diversa da quella delirante perché non ha per il paziente la stessa autoevidenza ed il paziente ha un rapporto più mediato con essa (Stanghellini e Ballerini, 1989). Tuttavia sono possibili deliri ossessivi, ad esempio di colpa, sostenuti da gravi disturbi dell'umore (Cassano et. al., 1999).

## 4. Le questioni poste dal Disturbo ossessivo compulsivo allo psicoterapeuta

La prima questione sollevata da ossessioni e compulsioni è la loro stessa natura: si tratta dell'espressione di un danno neurale, della conseguenza di un deficit cognitivo, della risultante di condizionamenti classici ed operanti o, piuttosto, si tratta di una attività finalizzata al raggiungimento di scopi e alla soluzione di problemi? Come vedremo tra breve il cognitivismo clinico attualmente propende per questa seconda possibilità che, a sua volta, solleva almeno altri quattro problemi. Innanzitutto la definizione dei determinanti cognitivi della attività ossessiva: quali scopi e quali rappresentazioni regolano l'attività ossessiva? In secondo luogo il mantenimento del disturbo, infatti, se si tratta di una attività finalizzata, visto che è palesemente e gravemente disfunzionale, perché il paziente non la interrompe e la modifica? In terzo luogo la vulnerabilità, quali esperienze hanno reso il paziente vulnerabile al disturbo? Infine lo scompenso, come e perché avviene che il paziente da uno stato di sostanziale benessere si ritrova preda del DOC?

##### 5. La prospettiva cognitivista

È possibile distinguere due approcci cognitivisti al **DOC** (Tallis, 1995a). Il primo ricorre a disfunzioni neuropsicologiche e cognitive di base. Rientrano in questo approccio le spiegazioni in termini di *underinclusion*, cioè di tendenza ad ipercategorizzare l'esperienza, i deficit delle funzioni esecutive e della memoria visuo-spaziale (Reed, 1985; Tallis, 1995a, b; Galderisi, Amida e Maj, 1996; Dèttore, 2003). Particolare attenzione ha ricevuto l'ipotesi del deficit mestico. Negli ultimi anni numerose ricerche sperimentali (Radomsky e Rachman, 1999) hanno rivelato, però, che nei pazienti ossessivi non vi è un deficit di memoria ma piuttosto scarsa fiducia nella propria memoria e che tale sfiducia si accentua drasticamente in caso di controlli ripetuti (van den Hout e Kindt, 2002). Più il paziente ripete una azione di controllo più diminuisce la salienza del ricordo della singola azione e più aumenta la familiarità della azione, di conseguenza diminuisce la fiducia nel ricordo di aver compiuto quella azione (van den Hout e Kindt, 2002).

Un secondo approccio si muove, invece, sul piano delle spiegazioni che Dennet (2001) definirebbe personali, vale a dire, le spiegazioni che fanno riferimento alle intenzioni del paziente. Si ritiene infatti che l'attività ossessiva sia finalizzata a raggiungere gli scopi del paziente e sia regolata dalle rappresentazioni che il paziente ha di se stesso e della realtà. Spiegare le ossessioni e le compulsioni, quindi, è una operazione concettualmente identica a quella che si compie tutti i giorni quando si cerca di spiegare la condotta di altre persone o di noi stessi. Supponiamo, ad esempio, di osservare il pilota di un aereo da turismo che, prima del volo, controlla le coppie degli alettoni, muove il timone di direzione, guarda l'indicatore del carburante, la bussola e legge con cura il bollettino meteo. Per spiegare la condotta del pilota ricorriamo a nozioni tipiche della psicologia del

senso comune (Fodor, 1983) come gli scopi, i desideri, i doveri e le conoscenze, tacite ed esplicite. Per tanto diremo che la condotta del pilota è spiegata dal suo scopo di evitare incidenti e di essere all'altezza delle proprie responsabilità oltre che dalla sua conoscenza delle procedure prescritte dal manuale di sicurezza e dalle sue conoscenze dell'aereo e della meteorologia.

Se si usa il piano di spiegazione personale allora è possibile descrivere il profilo interno dell'attività ossessiva distinguendone cinque parti.

Nella prima collochiamo l'evento che innesca l'attività ossessiva (*evento critico*). L'evento può essere un fatto concreto, come aver toccato un oggetto o aver detto una frase, oppure un pensiero, ad esempio, pensare ai vantaggi che deriverebbero dalla morte di una persona cara o un'immagine, ad esempio a contenuto omosessuale, o una sensazione, ad esempio di sporco, o anche una emozione, come la rabbia.

Nella seconda parte vi è la valutazione che il paziente fa dell'evento (*prima valutazione*). La valutazione è di minaccia imminente, grave, inaccettabile ma fronteggiabile. Come vedremo la minaccia può presentarsi in due modi o come timore di colpa per irresponsabilità, ed è il caso più frequente, o come timore di contaminazione da parte di sostanze disgustose.

Nella terza parte vi è tutto ciò che il paziente fa, intenzionalmente o automaticamente, per fronteggiare, prevenire o neutralizzare il problema che per lui è posto dall'evento (*tentativi di soluzione di primo ordine*). Fra le attività intenzionali ritroviamo gli evitamenti, i controlli, le neutralizzazioni, come ad esempio i rituali di lavaggio, le richieste di rassicurazione, le ruminazioni, con le quali il paziente ragiona sulla possibilità che ci sia effettivamente la minaccia temuta.

Nella quarta parte il paziente valuta criticamente la sua preoccupazione e la sua attività e le loro conseguenze (*seconda valutazione*). La critica del paziente è per la esagerazione delle proprie preoccupazioni e provvedimenti ma anche per i danni, o meglio per la responsabilità dei danni, che la sua attività procura a se stesso o agli altri. Nei casi a basso insight critico non manca la sensibilità alle accuse e alle svalutazioni che gli vengono rivolte, a causa del suo disturbo, dalle persone vicine.

Nella quinta parte il paziente agisce al fine di contenere la sua preoccupazione e la sua attività ossessiva (*tentativi di soluzione di secondo ordine*). I pazienti ossessivi utilizzano diversi modi per cercare di contenere il disturbo, e alcuni di essi sono funzionali, ma due sono altamente controproducenti e contribuiscono al mantenimento del disturbo, sono quindi oggetto di intervento terapeutico e per questa ragione è importante riconoscerli ed inserirli nello schema. Il primo modo è di contrasto e consiste nel tentativo di sopprimere i pensieri ossessivi e di bloccare le compulsioni, il secondo modo è il "più di prima", ad esempio Maria, il cui disturbo prenderemo in esame tra breve, era dolorosamente consapevole del disagio e delle difficoltà che i propri rituali arrecavano ai familiari e a se stessa, dunque era molto motivata a ridurre il più possibile l'attività ossessiva.

Spesso cercava di ridurla ricorrendo alla attività ossessiva stessa, vale a dire che ad esempio evitava di uscire di casa per non rischiare di toccare qualcuno e quindi di contagiarsi una malattia ma anche per ridurre il tempo che avrebbe passato in bagno a lavarsi se, uscendo, le fosse capitato un contatto sospetto.

Prima di procedere nell'analisi particolareggiata delle diverse parti della schema e di esaminarne l'aspetto dinamico, e cioè i meccanismi ricorsivi che mantengono il disturbo, conviene esemplificare l'applicazione dello schema ad alcuni casi.

## 5.1. Alcune esemplificazioni cliniche

### 5.1.1. Maria

Maria aveva 40 anni, sposata da 12 e con un figlio di 10. Da circa otto anni soffriva di un grave disturbo ossessivo-compulsivo. La sua mente era ossessionata dall'idea di potersi contagiare una malattia. All'inizio, la malattia temuta era la sifilide, poi divenne l'AIDS e successivamente furono alcuni tipi di cancro, quelli che lei immaginava più devastanti e dolorosi e che avevano portato a morte molti suoi familiari. L'idea ossessiva compariva spesso ed in modo intrusivo, a volte a seguito di banali stimoli, come sfiorare qualcuno per la strada, altre volte, invece, quando rientrava in casa, anche in assenza di stimoli attuali ma al ricordo di stimoli incontrati durante il giorno.

In alcuni casi l'idea appariva in pieno benessere, e, in queste circostanze, la paziente aveva l'impressione di "essere andata a cercarla". L'idea ossessiva era accompagnata da notevole ansia ed era seguita da un'attività mentale protratta e marcatamente ruminativa, centrata, per l'appunto, sulla possibilità di essersi contagiata e sulle conseguenze tragiche che ne sarebbero seguite.

L'immagine che la turbava di più era l'immagine del suo corpo disgustosamente disfatto dal male. Quasi sempre, alle ruminazioni, si accompagnavano lavaggi che ripeteva, compulsivamente, più e più volte, anche per molte ore. Erano presenti massicci evitamenti di tutte quelle situazioni capaci, a suo avviso, di suscitare l'idea ed il timore del contagio. Spesso richiedeva l'aiuto del marito sia negli evitamenti sia nei lavaggi, gli chiedeva, soprattutto, di controllare se era riuscita effettivamente ad evitare e se aveva eseguito bene i lavaggi.

Maria era critica nei confronti dei suoi timori che considerava esagerati ed anche dannosi. Il disturbo a suo avviso, minava gravemente la qualità della sua vita, imprigionandola in una rete inestricabile di evitamenti e lavaggi, e rovinava anche la vita del marito e del figlio. Temeva, in particolare, di poter rendere ossessivo il figlio.

Si sforzava di contrastare l'intrusione dei pensieri ma senza successo. Cercava anche di bloccare le ruminazioni ed i rituali, ma anche in questo caso senza alcun risultato.

---

EVENTO

sfiorare inavvertitamente un passante



PRIMA VALUTAZIONE

*“Per sbadataggine potrei essermi contagiata l’AIDS,  
dunque debbo provvedere”*



TENTATIVI DI SOLUZIONE 1

Lavaggi ripetuti

Evitamenti

Ruminazioni

Richiesta di rassicurazioni



SECONDA VALUTAZIONE

*“Queste mie preoccupazioni sono esagerate  
sto rovinando la mia vita e quella dei miei familiari  
potrei rendere ossessivo mio figlio”*



TENTATIVI DI SOLUZIONE 2

DI CONTRASTO

tentativi di soppressione del pensiero

tentativi di soppressione dei lavaggi

PIÙ DI PRIMA:

evitamenti finalizzati a prevenire il doc

ruminazioni per autoconvincersi dell’inesistenza del pericolo

lavaggi finalizzati a contenere l’impulso a lavarsi

richiesta rassicurazioni

---

La paziente, Manuela, di 30 anni, non era sposata, non aveva figli, viveva con i due genitori, da alcuni anni aveva una relazione sentimentale che però non giudicava del tutto soddisfacente.

Soffriva da circa 12 anni di una grave forma di OCD. Non terminò gli studi, che pur amava, a causa del disturbo ossessivo e per la stessa ragione fu costretta a lasciare qualunque lavoro avesse intrapreso.

Il contenuto dell'ossessione e la meccanica della sua sintomatologia erano rimaste invariate nel corso degli anni.

La sintomatologia ebbe un esordio subdolo ed ingravescente. Periodi più bui si alternavano a periodi meno drammatici. La paziente non identificava alcun evento scatenante o capace di determinare miglioramenti e peggioramenti.

Era ossessionata da immagini a contenuto pedofilo in cui lei era la protagonista che abusava di bambini. La comparsa delle immagini intrusive era facilitata dalla vicinanza di bambini. L'immagine suscitava in lei un forte disagio e, spesso, una vera e propria angoscia connessi al sospetto di essere sessualmente perversa.

A questo punto si allontanava dal bambino per sottrarsi al timore di agire le proprie fantasie e poi si dedicava a controlli mentali che consistevano nell'immaginare diverse scene a contenuto pedofilo al fine di verificare se producevano in lei orrore o attivazione sessuale.

La paziente ripeteva numerose volte l'operazione di controllo mentale, spesso per intere giornate. Manuela si impegnava anche in ruminazioni tese a dimostrare che la sua personalità era sana senza le caratteristiche che potevano indicare la presenza di impulsi perversi. Sosteneva queste ruminazioni anche con letture di psicologia.

La paziente cercava di evitare il contatto con i bambini ma a volte, come nel caso della nipotina di tre anni, reputava l'evitamento impossibile o almeno fortemente inopportuno. Di conseguenza accettava il contatto, accantonava il sospetto di una propria perversione e rimandava i controlli mentali a quando sarebbe stata sola.

La paziente era critica nei confronti della propria preoccupazione che riteneva essere infondata; temeva di nuocere alla nipotina che secondo lei poteva rimanere ferita dal suo modo di fare, incerto, nervoso, evitante; avrebbe voluto poterla prenderla in braccio tranquillamente senza l'intrusione di immagini pedofile. Reputava le ruminazioni esagerate e disturbanti le sue attività quotidiane, soprattutto lamentava l'impossibilità a concentrarsi e, di conseguenza, a studiare e a lavorare; pertanto cercava di interrompere le ruminazioni ma si sentiva costretta a ripeterle. L'impossibilità a svolgere una attività produttiva la esponeva poi a durissime attacchi da parte del padre che la accusava di essere una persona pigra, indolente capace solo di sfruttare il suo duro lavoro.

---

EVENTO

immagine di atti sessualmente perversi da lei compiuti a danno di un bambino



PRIMA VALUTAZIONE

*“Questo pensiero è disgustoso e può dimostrare che effettivamente sono una pedofila, e dunque una persona indegna. Se non riesco a cacciarlo rischio di agirlo e sarei colpevole e ancora più indegna”*



TENTATIVI DI SOLUZIONE 1

Evitamento: allontana da sé il bambino o lo evita

Controlli mentali: riproduce più e più volte la fantasia a contenuto pedofilo per controllare se suscita in lei eccitazione o orrore.

Ragiona sulla possibilità di essere effettivamente una pedofila

Tenta di cacciare l'immagine



SECONDA VALUTAZIONE

*“La mia preoccupazione è infondata”*

*“Invece di starmi tanto a preoccupare dovrei non badarci e essere tranquilla ed affettuosa con la nipotina”*

*“Tutte queste ruminazioni esagerate non mi consentono di concentrarmi e quindi di studiare e lavorare”*

*“In fondo ha ragione mio padre, sono un parassita”*



TENTATIVI DI SOLUZIONE 2

Cerca di sopprimere la preoccupazione

Mette in atto TS “più di prima”: aumenta i controlli mentali e le ruminazioni, aumenta gli esitamenti e rafforza i tentativi di sopprimere l'immagine

---

L'esempio di Manuela si caratterizza per il fatto che l'evento critico è costituito da immagini o pensieri intrusivi e per il fatto, paradossale, che i controlli mentali aumentano la frequenza e la persistenza delle fantasie perverse (per controllare ci deve pensare) e l'importanza che hanno per il



paziente (“se ci penso così tanto allora vuol dire che c’è in me qualcosa che non va!”). Entrambi gli aspetti sono caratteristici del DOC e meritano un secondo esempio. In questo caso utilizzeremo due brevi resoconti che il paziente stesso ha scritto del suo disturbo. L’esempio ci consente di entrare meglio nel merito del disturbo dal punto di vista del paziente. Il resoconto è stato raccolto dal dr Giancarlo Vinci.

### 5.1.3. Davide

Davide 26 anni studente in ingegneria in ritardo con gli esami, vive con genitori ed un fratello minore, è fidanzato; viene per un disturbo ossessivo, la richiesta è di una terapia farmacologica che ottiene discreti risultati per sei mesi, alla sua sospensione ricompare il disturbo, si reputano quindi opportuni alcuni incontri di approfondimento.

*“Non riesco a dormire, ero eccitato perché avevo bevuto un caffè tardi, mi sentivo pieno di energie, con grande fiducia nelle mie possibilità, la testa faceva progetti per il futuro, gli esami da fare, sposarmi avere dei bambini, certo, potrei fare un sacco di soldi quelli che ora non mi mandano in vacanza, in casa non ci sono soldi, i miei hanno una assicurazione sulla vita, se fanno un incidente becchiamo qualcosa, sono sempre più agitato, mi preoccupo di quello che sto pensando: voglio che i miei muoiano? sono come MASO? lo farei? sono terrorizzato, mi sento solo, comincio ad immaginare le scene, mi vedo arrabbiato come uno psicopatico, allora voglio la morte di mio padre ed io sono l'esecutore, ho il dubbio che possa farlo, ed il fatto di avere questi dubbi accresce la sensazione che io voglia fare queste cose, mi sento confuso, sfiduciato.”*

Nella prima parte del resoconto il paziente ci illustra un flusso di pensieri caratterizzato da ottimismo e indirizzato a esplorare in modo lasso progetti per il futuro. In questo procedimento incontra una difficoltà: la mancanza di soldi. Sull’onda dello stesso atteggiamento rilassato e per nulla sistematico mette a fuoco una possibile soluzione: l’assicurazione sulla vita dei suoi genitori, se i genitori muoiono allora “becchiamo qualcosa”. Da notare che non c’è nulla di strano o di particolare nella comparsa di un pensiero del genere mentre si è impegnati in una fantasticheria rilassata e orientata a superare e risolvere le difficoltà. Del resto numerose ricerche dimostrano che pensieri intrusivi con contenuti analoghi a quelli che preoccupano gli ossessivi sono normalmente presenti in tutte le persone. Di solito le persone non danno più peso di tanto a questo genere di pensieri, non se ne preoccupano e passano ad altro. Davide invece, attribuisce un significato drammatico all’aver pensato di poter profittare della morte dei genitori, infatti, per lui, è l’indizio di un sospetto terribile: desiderare la morte dei genitori ed essere uno psicopatico omicida come Maso.

Il tentativo di soluzione messo in atto è analogo a quello di Manuela, Davide, infatti, sull'onda dello spavento inizia dei test mentali in cui simula la scena dell'omicidio per controllare se questa suscita in lui orrore o se tutto sommato invece si sentirebbe di uccidere il padre. Per rendere più realistico il test , ovviamente, è costretto ad immaginarsi arrabbiato come uno psicopatico ma immaginarsi in questo modo lo spaventa ancora di più e rafforza i suoi sospetti. Per giunta più è spaventato, più controlla ma più controlla, più aumentano i suoi sospetti: "Ma una persona normale non sta tutto il giorno a pensare ad uccidere il padre e la madre! Se ci penso così tanto allora c'è in me qualcosa che non va e magari davvero desidero uccidere i miei genitori". La presenza stessa del dubbio di poter essere come Maso alimenta ancor più i sospetti di Davide che poi dirà "se assolutamente non avessi nessun desiderio di morte dei genitori non avrei neanche il sospetto di poterlo desiderare!". La presenza del sospetto, dunque, conferma il sospetto stesso.

Il secondo episodio è simile.

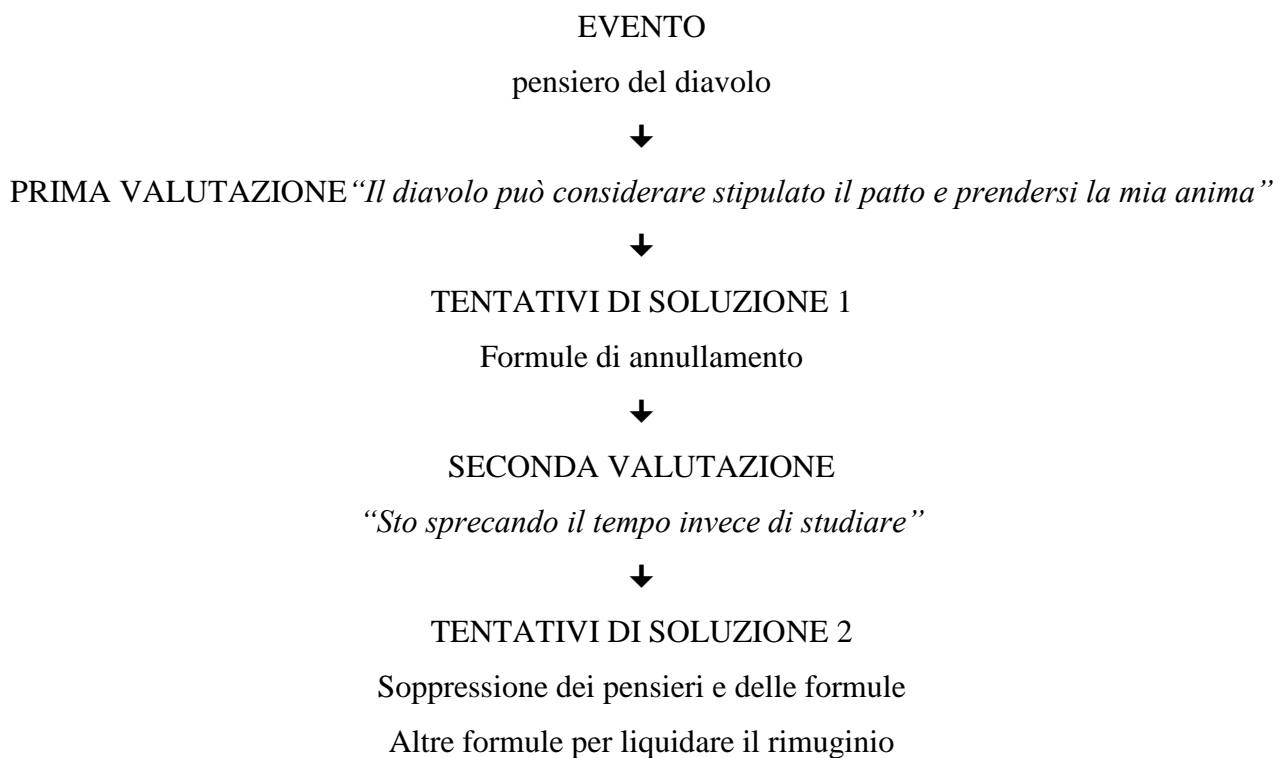
*Sono andato al funerale del papà di un mio amico, mi sento moscio, perché devono accadere queste cose? non possiamo essere felici tutti? mi dispiace per il mio amico, anche per me se mi dovesse succedere, ma in fondo la vita continua, bisogna rimboccarsi le maniche e prendere in mano la situazione, ora mi sento pieno di energie con gran voglia di fare comincio a fantasticare... , come posso aver pensato ciò? mi sento molto in colpa, se sono così pieno di energie vuol dire che lo voglio? sono incerto, lo voglio o no?*

Anche in questo caso la comparsa occasionale di una normalissima considerazione suscita in Davide un orribile sospetto. Da notare che questa volta il pensiero ha un contenuto positivo ed è accompagnato da una sensazione di energia e di ottimismo, ciò che mette in sospetto il paziente è l'incongruità fra il pensiero e il contesto in cui esso appare, un funerale.

#### 5.1.4. Fabio

Fabio, studente liceale di 17 anni, aveva la mente completamente invasa da formule di annullamento di un patto che temeva di aver stipulato, suo malgrado, con il diavolo. Alcuni mesi prima, si era trovato in un momento di grave difficoltà con i compagni di scuola dai quali si sentiva sminuito ed escluso. Aveva cercato una rivincita attraverso il successo scolastico e, dunque, si era impegnato moltissimo nello studio. Dopo un periodo di grande sforzo si era reso conto che il suo impegno cominciava a vacillare e che sempre più spesso era portato a distrarsi, ad alzarsi dalla scrivania, a fare un giretto per casa, magari andando in cucina per un bicchiere d'acqua.

Infastidito e preoccupato per questi cedimenti, trovò la soluzione nel patto col diavolo. Si disse: *“Faccio un patto coi diavolo tale per cui se mi alzo dalla scrivania allora lui ha il diritto di prendersi la mia anima quando morirò”*. Il meccanismo sembrò funzionare e allora il ragazzo decise di utilizzarlo anche per migliorare la sua concentrazione. Si era accorto, infatti, che tendeva a distrarsi anche se non si alzava dal tavolo. Fece dunque un patto col diavolo tale per cui gli avrebbe ceduto la sua anima se si fosse distratto nello studio. Inevitabilmente ogni tanto si distraeva e capì che non poteva concentrarsi a comando. Decise allora di annullare con una formula il patto col diavolo. Dopo aver eseguito la formula fu però assalito dal dubbio che il diavolo, essendo per definizione un mascalzone, avrebbe potuto approfittare di ogni minima imperfezione nella formula di annullamento per continuare a considerare valido il patto. Era opportuno, dunque, ripetere le formule di annullamento. Il problema si complicò ulteriormente quando si rese conto che, proprio per poter svolgere le formule di annullamento, doveva pensare al patto e che, in questo modo, dava l'occasione al diavolo di ritenere stipulato un nuovo patto. Il ragazzo si rendeva conto che le sue compulsioni mentali erano esagerate e soprattutto si rendeva conto che non riusciva più a studiare e che quindi il suo progetto di rivincita era destinato a fallire miseramente.



Il caso di Fabio illumina come il timore di doversi rimproverare di essere stato poco prudente orienti i processi cognitivi in modo che il paziente arriva a dar credito a idee che per lui stesso sono implausibili.

Il punto interessante è il rapporto che il paziente aveva con l'idea della esistenza del diavolo. Fabio proveniva da una famiglia atea e lui stesso non era credente, non aveva pertanto una convinzione positiva circa l'esistenza del diavolo. Alla domanda "ma tu credi davvero che il diavolo esista?" Fabio rispose che non ci credeva, anzi gli sembrava una idea implausibile ma, d'altra parte, riteneva di non poter escludere con certezza l'esistenza del diavolo e che, trattandosi di un'entità malvagia e pericolosa ed essendo la posta in gioco drammaticamente elevata, era meglio comportarsi come se il diavolo esistesse davvero. Un ragionamento del tutto sovrapponibile a quello di Pascal a proposito della esistenza di Dio. Pascal diceva, non posso dimostrare l'esistenza di Dio ma d'altra parte non posso nemmeno dimostrarne la non esistenza, dunque sono inevitabilmente in una condizione di incertezza e perciò non mi resta che scommettere. Se scommetto sulla esistenza di Dio e mi sbaglio allora avrò inutilmente sacrificato la mia vita rispettando i vincoli della religione ma se scommetto sulla non esistenza di Dio e sbaglio allora il costo è immensamente più grande, la dannazione eterna. Mi conviene, quindi, scommettere sulla esistenza di Dio e vivere come se Lui esistesse, poi, aggiungeva Pascal, piano piano, mi abituerò all'idea che Dio esiste al punto da convincermene.

Il ragionamento di Fabio lo ritroviamo a sostegno delle credenze magiche e superstiziose, che tanta parte hanno nelle preoccupazioni ossessive, ed anche delle credenze che suscitano nel clinico il sospetto di trovarsi di fronte ad un delirio. In realtà la presenza di un ragionamento come quello di Pascal leva alla credenza ossessiva l'autoevidenza che invece, secondo i fenomenologi (Stanghellini e Ballerini, 1989), caratterizza la credenza delirante.

Per comprendere meglio il ragionamento di Fabio è utile analizzare l'intervento terapeutico che risolse il suo disturbo ossessivo. Una catamnesi di 20 anni ha escluso ricadute nel DOC:

Con Fabio fu ricostruito e poi condiviso lo schema del suo disturbo, su questa base gli fu fatto notare come era inevitabile che il pensiero del diavolo apparisse alla sua mente oltre che per l'abitudine anche perché, se voleva annullare i patti o non voleva neanche più pensare ai patti, non poteva non rivolgere la mente all'idea del diavolo, se non altro per controllare di non averci pensato. Questo intervento fu risolutivo perché Fabio si sentì deresponsabilizzato, infatti capì che non poteva fare nulla per non pensare al diavolo e siccome nessuno è tenuto all'impossibile allora, se effettivamente il diavolo si fosse impadronito della sua anima a causa dei suoi pensieri, sarebbe stata una grave disgrazia ma non una sua colpa. Si capisce, quindi, che il vero problema di Fabio

non era tanto la salvezza eterna ma piuttosto la colpa di non fare tutto quanto in proprio potere per evitare la dannazione.

#### 5.1.5. Giuseppe

Il paziente, Giuseppe, di circa 50 anni, era afflitto da dubbi intrusivi, persistenti e ripetuti che riguardavano eventi da lui stessi riconosciuti come assolutamente banali ed irrilevanti.

Ad esempio, camminando per la strada, passava davanti ad un cartellone pubblicitario, dopo pochi metri era assalito dal dubbio se sul cartellone vi fosse la pubblicità della FIAT piuttosto che della FORD, si sentiva a quel punto costretto, per chiarire il dubbio, a tornare indietro e controllare.

Controllato il cartellone si allontanava ma, di nuovo, il dubbio si ripresentava alla sua mente. Era costretto a tornare indietro ancora una volta. Questa volta si tranquillizzava e dunque poteva procedere. La sera però, mentre stava andando a letto, ormai stanco ed assonnato, il dubbio si ripresentava alla sua mente: “Era una Fiat o una Ford?”.

Non trovava pace finché non usciva di casa e andava di nuovo a controllare oppure finché uno dei familiari con cui conviveva, non si prendeva la briga di svolgere il controllo al posto suo.

Il dubbio poteva riguardare altri fatti altrettanto banali, come, ad esempio, se un passante avesse i baffi oppure no, se un certo collega lo stesso giorno dell'anno precedente fosse stato di servizio oppure in ferie o in malattia. Per cercare di contenere il dilagare dei dubbi, il paziente, ad un certo momento decise di munirsi di un bloc notes e di appuntarvi le informazioni utili per sciogliere eventuali dubbi.

Dopo pochi giorni la quantità dei bloc notes riempiti e, ovviamente, conservati era tale da occupare un intero ripostiglio.

Il paziente era disperato per l'assurdità dei suoi dubbi che gli apparivano del tutto insensati, “Ma a me non importa nulla se era una Fiat o una Ford!!!”, era anche molto preoccupato per lo sconvolgimento che il controllo dei dubbi arrecava alle sue giornate ma, soprattutto, era spaventato per la funzionalità della sua mente.

L'interesse di questo caso sta nel fatto che apparentemente è un controesempio dell'assunto cognitivista che attribuisce una finalità alla attività ossessiva. I dubbi ed i controlli di Giuseppe sembrano infatti insensati, come del resto lui stesso affermava, ma una accurata indagine clinica permise di rintracciarne il significato.

Giuseppe viveva con la moglie, una figlia ed un cognato, non aveva mai avuto problemi di interesse psichiatrico. L'unico dato rilevante nell'anamnesi era la tendenza a conservare giornali sportivi, soprattutto se contenevano notizie della sua squadra, giustificava questa tendenza con il timore di

poter dimenticare informazioni rilevanti. Ciò sarebbe stato grave per lui perché avrebbe avuto il significato di una sorta di menefreghismo nei confronti della propria squadra, quasi di tradimento o voltafaccia.

La sintomatologia ossessiva era esplosa all'improvviso circa un anno prima dell'inizio della psicoterapia e, come fu chiarito durante un drammatico colloquio, qualche giorno dopo un episodio molto sgradevole per Giuseppe. Il cognato era omosessuale e circa una volta l'anno tentava degli approcci che Giuseppe aveva sempre respinto con decisione, quella ultima volta, invece, aveva reagito con un lieve ritardo, con qualche incertezza, insomma, non con la prontezza di sempre. Nei giorni successivi si era preoccupato molto della lentezza della sua reazione e gli si era insinuato il sospetto di un possibile decadimento delle facoltà mentali e di poter commettere, di conseguenza, quelli che per lui erano atti immorali. Per rassicurarsi e per allenarsi aveva cominciato a controllare il funzionamento della memoria. Si metteva alla prova per vedere se riusciva a ricordare quello che aveva mangiato il giorno prima, la pubblicità che era apparsa in televisione nell'ora precedente, dove era andato lo stesso giorno dell'anno prima. Dopo un paio di giorni aveva avuto l'impressione che il gioco gli fosse sfuggito di mano e che, anzi, lo stesse prendendo troppo, distraendolo da compiti più importanti. Allora cominciò a cercare di scacciare dalla mente i dubbi, di non porsi più domande per provare la sua memoria. Questo tentativo si rivelò disastroso, infatti i dubbi cominciarono ad aumentare e con loro anche la paura di Giuseppe, il quale cominciò seriamente a temere di essersi messo sulla strada della follia. Come soluzione, Giuseppe incrementò i tentativi di soppressione dei propri pensieri e in questo modo ebbe sempre più netta la sensazione di affondare nelle sabbie mobili. Da notare che tutta l'attenzione di Giuseppe era ormai attratta dai dubbi, dai tentativi di controllarli, dal terrore della follia e, soprattutto, dalla dolorosa impressione di essere lui stesso il principale responsabile del guaio in cui stava precipitando ogni giorno di più. L'episodio originario e le ragioni dei dubbi erano passati completamente in secondo piano ed avevano ceduto il passo ad una preoccupazione ben più importante.

---

#### EVENTO

reazione tardiva alle avance del cognato



#### PRIMA VALUTAZIONE

*“per sbadataggine ho rischiato di commettere un atto riprovevole  
debbo allenare la prontezza della mia mente per prevenire altre sbadataggini”*



## TENTATIVI DI SOLUZIONE 1

mette alla prova la memoria: *“Era una Fiat o una Ford?”*

controlla la correttezza del ricordo

chiede aiuto per il controllo



## SECONDA VALUTAZIONE

*“sto esagerando”*

*“rischio di rovinare la mia mente”*

*“rischio di impazzire davvero”*

*“debbo smettere”*



## TENTATIVI DI SOLUZIONE II°

tentativi di soppressione del pensiero

appunti al fine di poter ridurre l'ansia e dunque la spinta a ricordare

controlli propri e altrui per lo stesso fine

---

Quando Giuseppe arrivò in terapia la prima parte dello schema non giocava più un ruolo ed era presente solo la seconda parte, la attività ossessiva aveva perso la finalità originaria ed era la conseguenza paradossale del tentativo spasmodico di contenerla.

### 5.1.6. Enrico

L'esempio di Enrico, come il precedente, è utile per mostrare come disturbi ossessivi apparentemente insensati si chiariscono se si tiene conto che l'attività ossessiva può essere la conseguenza paradossale del tentativo di contenerla e i motivi originari possono appartenere al passato.

Enrico era un ragazzo di 14 anni con comportamenti ripetitivi. Se il padre o la madre davano un piccolo colpo di tosse o facevano un po' di rumore con la bocca quando mangiavano, allora Enrico si sentiva costretto a ripetere più volte il colpo di tosse o il rumore con la bocca.

Alcuni anni prima, all'inizio dell'adolescenza, in un momento in cui era diventato più insofferente verso i modi di fare dei genitori, sempre molto attenti a criticarlo per qualunque piccola mancanza, Enrico aveva iniziato a notare un certo fastidio, anzi proprio un'irritazione quando i genitori tossicchiavano o facevano rumore mangiando.

Enrico si criticava molto per queste sensazioni nei confronti dei genitori, in particolare si era sentito in colpa per provare irritazione verso di loro. Ripetere il colpo di tosse era un modo per far passare l'irritazione.

La questione si complicò notevolmente quando i genitori cominciarono a rimproverarlo duramente, perché ripeteva i loro colpi di tosse e i rumori con la bocca.

Enrico, a quel punto, cercò di inibire il desiderio di ripetere i colpi di tosse e i rumori distogliendone l'attenzione. Presto si rese conto che più cercava di distrarsi e di reprimere la voglia di ripetere più questa aumentava, al punto che gli sembrava di non poterla più contenere.

Una volta, per sfuggire a questa sensazione, era esploso in una violentissima serie di colpi di tosse e rumori. La mamma si mise a piangere, sentendosi aggredita dal figlio, e il papà, molto arrabbiato, non gli parlò per alcuni giorni.

Memore di questa disastrosa esperienza, Enrico, stabilì che era meno rischioso tossicchiare un pochino ma più volte, piuttosto che cercare di inibirsi del tutto.

I rituali, dunque, avevano perduto la finalità originaria ed avevano acquistato il senso di prevenire la necessità prorompente di compiere dei rituali più vistosi e dunque anche più dannosi.

## 6. Lo schema in dettaglio

### 6.1. L'evento critico

Come abbiamo già detto può essere un fatto reale, un pensiero, un'immagine, una sensazione o una emozione. L'evento costituisce l'oggetto della prima attribuzione di significato. Negli esempi di Giuseppe e di Enrico, l'evento, ed anche la prima valutazione, a volte mancano nella sequenza ossessiva così come essa si presenta alla osservazione clinica, li possiamo però ritrovare con un accurato lavoro anamnestico.

Se si paragona il DOC ad altri disturbi d'ansia, colpisce la frequenza e soprattutto l'imprevedibilità con cui l'evento critico può presentarsi agli occhi del paziente. Ad esempio, per un paziente agorafobico gli eventi critici sono di solito facilmente identificabili e prevedibili da lui stesso, mentre nel caso di Maria, come di tanti altri pazienti, gli eventi per lei potenzialmente contagianti non erano altrettanto prevedibili, lei stessa riferiva di essere stata spesso sorpresa da possibilità di contagio cui non aveva mai pensato. A volte, proprio quando si sentiva più al sicuro e poteva finalmente rilassarsi, si ricordava o si rendeva conto di un evento critico. Nella mente di Manuela le immagini a contenuto pedofilo intrudevano spesso, nei momenti più impensati, anche se lei era lontana dai bambini o da fatti attinenti l'infanzia e anche se non era impegnata nei controlli mentali.



La frequenza e l'imprevedibilità dell'accadimento di eventi critici per il paziente dipendono dal particolare impegno che il paziente sente di dover mettere per prevedere/prevenire gli eventi temuti. Maria diceva di se stessa che andava in giro con gli occhi composti, alludendo, con un pizzico di autoironia, agli occhi delle mosche che consentono di avere una visione a 360° senza angoli morti. Erano davvero molto basse le probabilità che sfuggissero alla sua attenzione particolari che chiunque altro avrebbe ignorato e non avrebbe neanche notato. Maria raccontava anche dei suoi flash back che consistevano nel passare in rassegna in modo estremamente accurato i fatti della giornata per controllare che tutto fosse a posto, che non si fossero verificati eventi critici. Maria svolgeva i flash back ad esempio quando rientrava in casa dal lavoro ma soprattutto quando, terminate le sue incombenze, poteva avere un momento di relax e distrazione. Prima di abbassare la guardia e interrompere la sua dedizione al dovere era meglio controllare che non vi fossero pericoli in agguato. Sono intuitive le conseguenze in termini di frequenza e imprevedibilità di comparsa, agli occhi del paziente, degli eventi problematici.

## 6.2. La prima valutazione

La prima valutazione è di minaccia, infatti il paziente ritiene che l'evento critico sia il segno o la causa della compromissione di alcuni propri scopi, ma, rispetto a quanto accade negli altri disturbi d'ansia, è peculiare sia per il nesso tra evento e compromissione sia per gli scopi compromessi.

### 6.2.1. Il nesso

Il nesso tra evento e danno, di solito è oggettivamente improbabile o addirittura implausibile, ciò nonostante il paziente lo prende seriamente in considerazione tanto che investe enormi quantità di tempo e di energie per proteggersi e continua a mantenere la sua convinzione anche a fronte di critiche e rassicurazioni che convincerebbero chiunque.

Un esempio. Maria ad un certo punto smise di acquistare e leggere i giornali perché temeva di potersi contagiare l'AIDS attraverso il contatto con fotografie di persone malate. Il timore era sorto un giorno che aveva preso in mano un rotocalco con la fotografia di un famoso attore morente di AIDS. Il ragionamento con cui Maria collegava contatto e contagio fu il seguente. Innanzitutto, osservò Maria, la fotografia è un primo piano e quindi il fotografo è stato certamente vicino al malato, inoltre, aggiunse Maria, le modalità di contagio dell'AIDS non sono ancora ben note, si era nel 1985, dunque è possibile che il fotografo si sia contagiato. Il fotografo poi, essendo quasi certamente un professionista, molto probabilmente ha sviluppato le foto lui stesso e dunque non si può escludere che le abbia contaminate con il virus dell'AIDS. Le foto, successivamente, sono state

toccate dai tipografi e non si può di nuovo escludere che i tipografi si siano contaminati e che a loro volta abbiano contaminato la copia del rotocalco che io ho acquistato, dunque posso essermi contagiata e se fossi stata più attenta e previdente non mi sarei esposta a questo pericolo. Pertanto devo prendere provvedimenti ed evitare d'ora in poi di acquistare giornali. A nulla valsero le rassicurazioni dei medici che provarono a farle considerare che le modalità del contagio sono altre, che il rischio era risibile.

Il ragionamento di Maria ha forti analogie con quello di Fabio a proposito della esistenza del diavolo, in entrambi i casi il paziente dà credito ad una ipotesi improbabile o francamente implausibile perché teme di doversi pentire di averla sottovalutata.

Maria in altre circostanze considerava pericolosi degli eventi per ragioni non altrettanto articolate ma sempre seguendo lo stesso schema di pensiero. Vale a dire che focalizzava l'ipotesi peggiore, ne cercava la conferma e la manteneva di fronte ad evidenze contrarie ed anche se lei stessa ne coglieva l'implausibilità. Era disposta a considerare innocuo l'evento critico solo se raggiungeva la certezza dell'impossibilità del contagio.

Ginevra, una signora gentile ed espansiva, di circa 60 anni, era ossessionata dall'idea di poter spingere al suicidio amici e conoscenti pronunciando, per sbadataggine, frasi offensive o capaci di evocare un dolore. Una scena tipica era la seguente: Ginevra in uno stato di tranquillità andava a fare la spesa e lì incontrava una conoscente, si fermava e nella breve conversazione poteva capitare che facesse riferimento al fatto che, recentemente, un comune amico aveva perso la madre. A quel punto si ricordava che anche la madre della conoscente era morta alcuni mesi prima. Compariva, dunque, nella sua mente l'idea di aver rinnovato il dolore nel cuore della conoscente la quale, per questa ragione, si sarebbe potuta suicidare. Un breve resoconto ci può aiutare a comprendere come Ginevra legava un evento banale, che al massimo si può considerare una gaffe, ad una tragedia come il suicidio. *“Le ho rievocato il ricordo della morte della madre ma che le può succedere di brutto oltre a dispiacersi? Be', però è in un momento difficile magari ne soffre tanto. E se si deprime? I depressi si suicidano, e se lei si suicidasse? Oh Dio! sarebbe colpa mia e sarebbe terribile!!! No, non può essere, non è mai stata depressa. Ma ne sono sicura? o magari semplicemente non me ne sono mai accorta? In fondo, da quel che si legge sui giornali a volte basta poco per arrivare al suicidio. E se fosse così davvero?”*.

Antonio temeva che pronunciare la parola “cancro” accanto alla parola “papà” o anche pensare al cancro mentre era accanto al padre, poteva causare una ripresa del tumore che anni prima era stato felicemente asportato al padre. Antonio legava in modo magico un evento, in questo caso, aver pronunciato una parola o averla pensata, ad una catastrofe, la morte del padre. Antonio confondeva il dominio delle rappresentazioni con quello dei fatti (Thought-event fusion) come spesso accade

agli ossessivi (Shafran et al., 1996). Antonio giustificava la sua confusione dicendo: *“Certo è improbabile che pronunciare una parola o pensarla possa causare un fatto reale, anzi è francamente implausibile, tuttavia, lo posso escludere con certezza? è vero che una tale possibilità non è mai stata dimostrata, ma da sempre l’umanità ha dato credito a idee del genere, possibile che si siano sempre tutti sbagliati? Per giunta fino ad oggi io ho fatto così e mio padre è stato bene. E poi cosa mi costa evitare di pronunciare una parola o di pensarla? D’altra parte se fosse vero sarebbe una tragedia enorme, irreparabile”*.

### 6.2.2. Gli scopi minacciati

Quali sono gli scopi che il paziente ritiene minacciati dall’evento critico?

Alcuni ricercatori tra i quali Carr (1974) hanno suggerito una risposta semplice: gli scopi coinvolti nelle paure degli ossessivi sono quelli normalmente importanti per tutti. Secondo questa linea di pensiero dovremmo dire che Maria valutava minacciosi certi eventi perché temeva il contagio di una malattia e dunque la compromissione della salute. In realtà Maria non aveva tanto paura del contagio quanto, piuttosto, temeva di essere responsabile di essersi contagiata, di non essersi protetta, di non essere stata attenta. Maria temeva di doversi accusare domani di non aver previsto/prevenuto il contagio oggi. Il fulcro del problema ossessivo di Maria non riguardava la salvaguardia della propria salute ma piuttosto era un problema morale, evitare una colpa per irresponsabilità. Un aneddoto illustra con chiarezza il punto.

Maria un giorno dovette cambiar casa. Si affidò, per il trasloco, ad una ditta che le fece trovare tutti gli oggetti della vecchia casa nella nuova. Quando Maria mise piede nel nuovo appartamento fu assalita dal panico. Tutto, ma proprio tutto, mobili, vestiti, suppellettili, utensili da cucina, biancheria era stato toccato dai trasportatori. Tutto, dunque, poteva essere stato contaminato ed essere a sua volta fonte di contagio. Nell’arco di pochi istanti (molti di meno di quelli normalmente richiesti dalla naturale estinzione della risposta d’ansia) realizzò che la possibile diffusione della contaminazione era talmente vasta da rendere praticamente inutile e superfluo qualunque tentativo di decontaminazione. A seguito di questa considerazione Maria si tranquillizzò completamente. Se si ritiene che l’ansia di Maria fosse collegata alla previsione di contagiarsi l’AIDS allora la tranquillizzazione di Maria appare paradossale, infatti la scoperta di essere impotente di fronte ad una minaccia avrebbe dovuto tradursi in un aumento dell’ansia non nella sua scomparsa. Il paradosso si risolve se si assume che la vera ragione dell’ansia di Maria non era il contagio dell’AIDS ma piuttosto la responsabilità di evitare il contagio. Nel momento in cui si rese conto che

la possibilità del contagio non dipendeva da lei allora non se ne sentì più responsabile e dunque l'ansia scomparve.

Ad ulteriore chiarimento, si consideri la formula dell'ansia, suggerita da Beck, Emery e Greenberg (1985) e modificata successivamente da Mancini (2002):

$$\text{ANSIA} = \frac{\text{probabilità dell'esito} + \text{gravità dell'esito}}{\text{potere personale} + \text{poteri di altri disponibili}}$$

Se si tiene conto di questa formula, appare chiaro che la consapevolezza della assoluta mancanza di un qualunque potere utile a prevenire il danno, dovrebbe tradursi in aumento dell'ansia. Maria, al contrario, sperimentò un calo netto dello stress emotivo proprio nel momento in cui realizzò la propria mancanza di poteri.

Questo fatto si può spiegare considerando che il problema di Maria non era tanto il contagio in sé, quanto, piuttosto, il timore di poter essere colpevole di non aver prevenuto il contagio.

Nel momento in cui Maria realizzò di non poter fare nulla per prevenire, venne meno uno degli ingredienti necessari per sentirsi responsabili, e dunque si tranquillizzò. Per Maria valeva l'aforisma: "*nemo ad impossibilia tenetur*". In effetti, in tutte le circostanze in cui Maria riteneva di non poter fare nulla per prevenire il contagio, si tranquillizzava e non metteva in atto i rituali di lavaggio: "*Tanto ormai non ci posso fare più nulla!*".

L'idea che alla base del DOC vi sia un esagerato senso morale è antica. Nel 17° secolo, Taylor, un medico che per primo descrisse in modo scientifico il DOC, riteneva che alla radice del disturbo vi fosse una scrupolosità esagerata, un eccesso di religiosità ed una spiccata attitudine alla preoccupazione morale. Successivamente altri studiosi, soprattutto anglosassoni (Insel, 1990) hanno ripreso questa idea. E' ben noto che Freud (1909), nel famoso saggio "L'uomo dei topi", ha sottolineato la rilevanza del senso di colpa. Più recentemente McFall e Wolkershein (1979), riprendendo alcune osservazioni psicoanalitiche in una prospettiva cognitivista, hanno ricondotto il DOC ad una serie di convinzioni che sostengono una posizione onnipotente e di controllo, per cui il paziente si ritiene responsabile della prevenzione di possibili disastri (Dèttore, 2003). La tradizione cognitivista italiana fa ampio riferimento al ruolo del rigore morale nella genesi e nel mantenimento del DOC, sono da citare Guidano e Liotti (1983), Guidano (1988), Reda (1987), Lorenzini e Sassaroli (1995), Bara, Manerchia e Pelliccia (1996). Ugazio (1997) ha approfondito

gli aspetti relazionali del DOC, tanto quelli attuali quanto quelli anamnestici, sottolineando come in questo contesto assuma un ruolo fondamentale il conflitto tra una moralità desiderata, ma considerata "mortifera", e un'immoralità temuta ma, al contempo, desiderata perché "vitale". La letteratura cognitivista cosiddetta standard (Rachman, 1997, 1998; Salkovskis 1985, Salkovskis et al., 1998; OCCWG, 1997), dal canto suo, attribuisce un ruolo cruciale nello sviluppo e nel mantenimento del DOC ad un senso di responsabilità particolarmente spiccato (*inflated responsibility*).

#### 6.2.2.1. *Le prove empiriche*

Conferme empiriche al basilare ruolo rivestito dalla responsabilità nella genesi e nel mantenimento del Disturbo ossessivo compulsivo vengono da numerosi studi, i quali hanno riscontrato l'esistenza di una correlazione tra responsabilità e comportamenti ossessivo-compulsivi, sia in soggetti clinici (e.g., Steketee *et al.* 1998; Bouchard *et al.* 1999), che in soggetti non-clinici o normali (e.g., Wilson e Chambles 1999; Menzies *et al.* 2000).

Una serie di ricerche, condotte sulla popolazione generale, hanno dimostrato, in particolare, che il timore di colpa e l'elevato senso di responsabilità predicono la tendenza ad avere ossessioni e compulsioni (Rachman *et al.* 1995; Rhéaume *et al.* 1995). A esempio, Salkovskis e colleghi (2000) e Mancini, D'Olimpio e D'Ercole (2001) hanno dimostrato, utilizzando un questionario apposito, che il senso di responsabilità è un buon predittore di ossessioni e compulsioni.

Nei pazienti ossessivi si riscontra, inoltre, una tendenza a provare colpa e a sentirsi responsabili, maggiore rispetto a quella osservata nella popolazione generale e in quella psichiatrica, compresi i pazienti con disturbi dell'umore, ed altri disturbi d'ansia. (Bouvard *et al.* 1997; Cartwright-Hutton e Wells 1997). Steketee, Frost e Cohen (1998) hanno confermato che la credenza di essere massimamente responsabili di ciò che potrebbe accadere è un criterio discriminante tra i pazienti con DOC e soggetti normali o affetti da disturbi d'ansia.

#### 6.2.2.2. *Le prove sperimentali*

Diversi studi sperimentali hanno dimostrato che la diminuzione della responsabilità, artificialmente indotta, in pazienti ossessivi si traduce in una diminuzione della preoccupazione e dell'urgenza di eseguire i rituali di controllo compulsivo. Lopatka e Rachman (1995), ad esempio, manipolando la responsabilità percepita dai pazienti tramite consegna (ai soggetti veniva garantito che la responsabilità delle loro azioni sarebbero ricadute sullo sperimentatore), hanno dimostrato che

l'angoscia e l'urgenza registrate dagli stessi riguardo alle compulsioni diminuiva significativamente. Anche Shafran (1997), utilizzando un campione di pazienti con DOC, ha mostrato una relazione positiva tra aumento indotto di responsabilità e l'intensificarsi dei rituali di neutralizzazione, dell'ansia e del disagio e della probabilità attribuita al danno.

Ancora più interessanti appaiono i risultati delle ricerche che prevedevano la manipolazione della responsabilità e del timore di colpa in soggetti non clinici (Ladouceur et al.1995, Mancini, D'Olimpio e Cieri, 2003). Da tali studi è emerso, infatti, che l'incremento del senso di responsabilità e, soprattutto, del timore di colpa, induce in soggetti normali comportamenti simil-ossessivi, quali ad esempio esitazioni, controlli ripetuti e prolungati, ed anche reazioni emotive corrispondenti a quelle riferite dai pazienti ossessivi come intollerabile senso di incertezza, forte dubbiosità e ansietà.

È utile, ora, esaminare lo stato mentale del timoroso di colpa per irresponsabilità, anche perché è su questo stato che si possono indirizzare gli interventi terapeutici. Passeremo poi ad esaminare come un elevato timore di colpa per irresponsabilità influenza l'attività preventiva del soggetto in senso ossessivo ed in particolare come orienta i processi cognitivi del paziente in modo che egli arriva a dar credito a nessi causali o diagnostici improbabili o addirittura implausibili.

### *6.2.3. La mente del timoroso di colpa per irresponsabilità*

Per mettere a fuoco gli ingredienti di questo particolare stato mentale lo contrasterò con tre altri stati mentali ad esso vicini: il senso di colpa della buona sorte o del sopravvissuto, il cosiddetto *belief* del *pivotal power* (Salkovskis e Forrester, 2002), il timore di un danno del quale l'agente non si sente responsabile.

#### *6.2.3.1. Il senso di colpa della buona sorte e per irresponsabilità.*

Nella maggior parte dei sensi di colpa che si vivono quotidianamente tendo a mischiarsi due sensi di colpa proto tipici, il sdc per irresponsabilità da colpa ed il sdc della buona sorte (Castelfranchi, 1994). Per mostrarne le differenze suggerisco di immaginare la seguente scena e di mettere a fuoco due protagonisti, la figlia maggiore ed il padre per vedere come il ruolo che la prima ricopre nella scena possa implicare il sdc della buona sorte e come invece il ruolo del padre possa implicare il sdc per irresponsabilità.

Un padre di due figlie rientra in casa dopo un viaggio di lavoro. Durante il viaggio ha acquistato una collana d'oro, molto carina, per la figlia maggiore. Il padre entra in casa, viene con accolto con grande affetto da entrambe le figlie, tira fuori dalla cartella la collanina e la regala alla figlia

maggiore, alla minore non da nulla. Per completare la scena si consideri che non era il compleanno della figlia maggiore, questa non aveva svolto alcuna incombenza per il padre e nemmeno aveva ottenuto buoni voti a scuola, non aveva pertanto meriti particolari. Immaginiamo anche che la figlia minore non avesse demeriti, impegno scolastico, condotta in casa e con gli amici erano stati del tutto apprezzabili. Il gesto del padre, dunque, è stato un gesto arbitrario senza alcuna motivazione tranne il suo desiderio di fare un regalo alla figlia.

Proviamo a considerare la scena dal punto di vista della figlia maggiore. Possiamo immaginarla contenta nel momento in cui riceve il dono e scopre che si tratta di una collana carina e anche di un certo pregio. Ma come si sente nel momento in cui si rende conto che il padre non ha alcun regalo per la minore? Come si sente nei confronti della sorella più piccola? È facile immaginare che si senta in colpa, soprattutto se non ha particolari desideri di rivincita nei suoi confronti.

Esaminiamo ora gli ingredienti cognitivi di questo sdc.

L'ingrediente necessario per provare sdc della buona sorte è il riconoscimento di una discrepanza tra le proprie fortune e quelle del colpevole. L'apprezzamento da parte del colpevole di essere stato più fortunato della vittima. La vittima, dunque, ha ricevuto un male in più o un bene in meno rispetto al colpevole. Un esempio molto forte è rappresentato in un film di parecchi anni orsono "Gente comune", centrato per l'appunto sul sdc di un ragazzo che si era salvato dal naufragio di una barca a vela mentre il fratello era affogato.

Il secondo ingrediente necessario è che tale discrepanza sia contraria ad un criterio morale di equità condiviso dal colpevole e che sia, perciò, valutata da lui iniqua, ingiusta, immeritata. Tornando all'esempio del regalo paterno, è evidente che il sdc può essere ridotto fino a scomparire se si introduce l'informazione che la sorella maggiore aveva assolto una serie di incombenze per il padre, era andata bene a scuola, il padre si era dimenticato di darle un regalo in occasione dell'ultimo compleanno e che invece la sorella piccola si era rifiutata di aiutare in casa, non aveva studiato e aveva ricevuto un bel regalo per il suo onomastico. Da notare che il colpevole di essere stato ingiustamente beneficiato dalla sorte non ha causato il danno della vittima in alcun modo, né attraverso una azione né attraverso una omissione. La causa è del tutto indipendente non solo dalla sua volontà ma anche dalla sua condotta.

Torniamo all'esempio iniziale del regalo e consideriamo ora l'operato del padre. Chiunque lo giudicherebbe colpevole nei confronti della figlia minore. Lui stesso potrebbe sentirsi in colpa se si guardasse con gli occhi dell'osservatore esterno. È evidente, però, che il padre e la figlia maggiore si sentirebbero in colpa per ragioni molto diverse che nascono dall'aver giocato due ruoli molto differenti nell'episodio. La figlia ha beneficiato ingiustamente rispetto alla sorella ma passivamente,

mentre il padre ha causato la discrepanza ingiusta fra le due figlie danneggiandone una, relativamente all'altra.

Affinché il padre si senta in colpa sono necessari diversi ingredienti cognitivi. Innanzitutto il padre: deve assumere di aver causato un esito attraverso una propria azione, l'acquisto e la consegna del regalo alla figlia maggiore, e/o attraverso una propria omissione, il mancato acquisto di un regalo per la figlia minore. In secondo luogo deve assumere che avrebbe potuto agire diversamente, cioè di non essere stato costretto a comportarsi come si è comportato dalle circostanze, ad esempio dalla fretta, dalla chiusura dei negozi, dalla mancanza di contante. In terzo luogo deve assumere che la propria condotta non è stata conforme alle prescrizioni di una norma morale che lui stesso condivide, e, dunque, che avrebbe dovuto, e non solo potuto, comportarsi diversamente. Infine deve assumere che l'esito è dannoso e ingiusto.

Il sdc del padre sarebbe più grave se assumesse di aver agito intenzionalmente, in modo deliberato e con piena avvertenza di ciò che faceva.

Dei diversi ingredienti del sdc qui sopra enumerati solo due sono davvero necessari e sufficienti per sentirsi in colpa: l'assunzione che una propria condotta abbia infranto una propria norma morale, cioè di essersi comportato in modo riprovevole e l'idea che si era liberi di agire diversamente. Non ci si può sentire in colpa, infatti, se non si assume di essersi comportati in modo contrario alle proprie norme morali, e, viceversa, è sufficiente assumere che la propria condotta sia stata immorale per sentirsi in colpa purché si assuma di aver agito liberamente senza costrizioni o vincoli.

Colui che teme una colpa per irresponsabilità, quindi, si concentra su ciò che può e deve fare per prevedere prevenire il danno ingiusto di cui si ritiene responsabile, infatti il suo timore è di essere accusato di non aver fatto quanto suo dovere, di essere stato trascurato, superficiale, disattento, di non aver agito quando sarebbe stato possibile, utile e doveroso.

#### *6.2.3.2. Il timore di colpa per irresponsabilità ed il pivotal power*

L'esagerato senso di responsabilità tipico degli ossessivi è ricondotto da Salkovskis e Forrester (2002) alla "convincione che si abbia il potere cruciale di causare o prevenire esiti negativi soggettivamente molto importanti. Questi esiti sono rappresentati come essenziali da prevenire. Essi potrebbero essere reali, ossia potrebbero avere conseguenze nel mondo reale e/o a livello morale" (Salkovskis, 1996; p. 110-111). Dalla definizione emerge che i determinanti cognitivi specifici della attività ossessiva sarebbero tre:

a) la previsione di un possibile esito negativo;



- b) l'attivazione dello scopo di prevenire tale esito. La realizzazione di tale scopo è considerata essenziale;
- c) la convinzione di avere il potere di prevenire l'esito. Il potere che l'ossessivo si riconosce sarebbe addirittura *pivotal* (cruciale);

L'idea che l'attività ossessiva sia regolata da un siffatto stato mentale, tuttavia, si presta a diverse critiche (Mancini e Gangemi, 2004). Come si spiega, infatti che: i soggetti ossessivi sono ipersensibili rispetto al senso di responsabilità nei confronti degli eventi negativi ma non di quelli positivi? (Rachman, 1993); l'attività ossessiva è preceduta e accompagnata dall'ansia? Laddove, invece, la convinzione di avere il potere cruciale di prevenire l'esito negativo dovrebbe accompagnarsi ad un forte senso di sicurezza, quello che normalmente deriva dalla consapevolezza di avere il potere di controllo e gestione dell'esito.

Perché il paziente ossessivo cerca di prevenire l'esito concentrandosi sulla ripetizione di una, o poche, delle attività utili a questo fine? Vale a dire, perché sembra più preoccupato di fare bene una cosa piuttosto che investire in diverse direzioni migliorando le sue possibilità di prevenzione dell'esito negativo? Se il suo scopo principale fosse la prevenzione dell'esito negativo allora dovrebbe investire in ogni direzione utile, si osserva invece che il paziente trascura molte strade utili e si concentra su una di esse. Ad esempio, Toni temeva di essere responsabile della morte per incidente aereo dei suoi genitori, che, per motivi di lavoro, viaggiavano spesso assieme in aereo. Toni, al fine di salvaguardare i genitori, ricorreva a rituali scaramantici. La cultura familiare di Toni attribuiva una grande credibilità alle credenze magico-superstiziose e, dunque, il fatto che egli ricorresse a rituali scaramantici non appare strano. È strano, invece, che Toni investisse nulla o ben poco per studiare le statistiche degli incidenti aerei, per identificare ad esempio le compagnie più sicure, o per cercare di convincere i genitori a viaggiare in treno invece che in aereo.

Queste difficoltà si risolvono se si considera che lo stato mentale regolatore dell'attività ossessiva è costituito da ingredienti caratteristici del timore di colpa per irresponsabilità.

Ciò rende ragione della asimmetria tra responsabilità per esiti negativi e positivi, infatti l'investimento del paziente è nella prevenzione di una azione/omissione irresponsabile non nel raggiungimento di esiti di cui potrebbe essere fiero.

Inoltre, in questo modo si spiega l'ansia che è principalmente dovuta all'anticipazione della possibilità di usare male il proprio potere e, perciò, di non essere all'altezza delle proprie responsabilità e, dunque, del fallimento dello scopo morale.

Il timore di colpa per irresponsabilità spiega anche la ripetitività e la particolarità dell'attività ossessiva: infatti l'ossessivo è più preoccupato della correttezza della propria performance che del risultato; l'importante per lui è prevenire la possibilità di essere colpevole di non aver fatto tutto quanto suo dovere, più che prevenire effettivamente un certo danno (Mancini e Gangemi, 2004b).

#### *6.2.3.3. Il timore di un danno e il timore di essere colpevoli per aver irresponsabilmente causato un danno.*

La differenza tra i due stati mentali dovrebbe a questo punto risultare piuttosto chiara. Chi teme un danno ha lo scopo di prevenirlo, contenerlo, fronteggiarlo, il *focus* della sua attenzione e dei suoi investimenti è il fatto dannoso in se. Per il timoroso di colpa lo scopo è diverso, più che evitare il danno il timoroso di colpa ha lo scopo di non agire/omettere in modo da non avere nulla di cui essere accusato. Il *focus* è la propria stessa *performance* che deve essere moralmente irreprensibile. L'esempio del trasloco di Maria ben illumina la differenza.

#### *6.2.4. Come il timore di colpa genera ossessioni e compulsioni*

In questo paragrafo intendo mostrare come lo stato mentale del timoroso di colpa per irresponsabilità implica una valutazione dell'evento critico così particolare come quella che portò Maria a ritenere pericolosi i giornali.

##### *6.2.4.1. Timore di colpa e sovrastima della minaccia*

Numerosi studi hanno dimostrato che l'induzione di un forte senso di responsabilità e di un forte timore di colpa per irresponsabilità modifica nei soggetti, clinici e non, la percezione del pericolo e le aspettative di danno. In particolare, alcuni ricercatori, hanno investigato, in soggetti normali e in soggetti clinici, gli effetti dell'incremento della responsabilità e della colpa sulla stima di probabilità di accadimento e sull'attribuzione di gravità di un esito negativo.

Per quanto riguarda gli studi con soggetti non clinici, Menzies e colleghi (Jones e Menzies 1997; Menzies *et al.* 2000) hanno sperimentalmente dimostrato che l'attribuzione di gravità di un esito negativo aumenta se questi soggetti si ritengono i principali responsabili dell'esito stesso. La stima della gravità dell'esito diminuisce, invece, se ritengono qualcun altro colpevole.

In merito agli studi con soggetti clinici, Lopatcka e Rachman (1995) e Shafran (1997) hanno osservato che, in pazienti ossessivi, la diminuzione indotta sperimentalmente del senso di

responsabilità percepita per un determinato esito negativo, implica la diminuzione della stima di probabilità di accadimento dell'esito stesso.

Sembra, dunque, che la variazione della responsabilità per un esito negativo implica, in soggetti con DOC e normali, variazioni sia nella stima della probabilità con cui l'esito da prevenire si verificherà, sia del valore dell'esito stesso.

Ciò contribuisce a spiegare perché i pazienti ossessivi tendono a sovrastimare la minaccia (OCCWG, 1987), vale a dire a dar credito a possibilità improbabili e a immaginare catastrofi invece che, semplici difficoltà.

#### 6.2.4.2. *Timore di colpa e processo ingenuo di controllo delle ipotesi*

Da una ampia letteratura emerge che il processo di controllo ingenuo delle ipotesi è normalmente guidato dagli stati intenzionali attivi nella mente del soggetto (de Jong *et al.* 1997, 1998; Evans e Over 1996; Kirby 1994; Mancini e Gangemi 2002a; Mancini e Gangemi, 2002b; Mancini e Gangemi 2002c; Manktelow e Over 1991; Smeets *et al.* 2000). Ad esempio, de Jong e colleghi (1997; 1998) e Smeets e colleghi (2000) hanno raccolto evidenze empiriche a favore dell'ipotesi secondo cui gli esseri umani, in uno stato mentale di minaccia, se posti di fronte a ipotesi di sicurezza (ad es.: *Se la scimmia urla, allora tutto bene*), tendono a falsificare le stesse ricercandone i contro esempi. Di contro, se si trovano a controllare ipotesi di pericolo (ad es. *Se l'allarme suona, allora c'è un incendio*), allora i soggetti tendono a confermare le stesse.

In linea con tale filone di ricerca, recenti studi hanno dimostrato che l'induzione di un forte timore di colpa per irresponsabilità influenza, in soggetti non clinici, le modalità di controllo di ipotesi di sicurezza e di pericolo in un modo peculiare, definito *prudenziale* (Mancini e Gangemi, 2002a, 2002b, 2002c; Gangemi *et al.*, 2003a).

Nel modo *prudenziale* la persona focalizza l'ipotesi peggiore, tende a ricercare esempi dell'ipotesi peggiore, è portato a considerare insufficienti le eventuali prove favorevoli (contro-esempi dell'ipotesi peggiore) e dunque tende ad insistere nel processo di controllo.

Un primo gruppo di ricerche (Mancini e Gangemi, 2003b) ha indagato specificamente l'influenza del timore di colpa sulla focalizzazione e ha dimostrato che il timore di colpa implica la focalizzazione dell'ipotesi peggiore (ipotesi di pericolo) anche quando essa non è esplicitata nella formulazione del problema. L'influenza dello stato mentale sembra essere addirittura maggiore della formulazione del problema. In particolare, in due differenti studi, abbiamo ottenuto che, dopo aver indotto sperimentalmente, mediante istruzioni, uno stato di responsabilità e timore di colpa, i soggetti focalizzavano l'ipotesi peggiore, anche se implicita. Nel primo esperimento, i soggetti

timorosi di colpa posti di fronte ad una ipotesi favorevole (ipotesi esplicita), generavano un elevato numero di alternative negative. Nel secondo studio, i timorosi di colpa, posti di fronte ad una ipotesi positiva, focalizzavano l'ipotesi negativa implicita, selezionando un più elevato numero di domande ad essa relative. In entrambi gli esperimenti, infine, i soggetti chiamati a effettuare una scelta da considerare come decisione finale (ad esempio scegliere, fra una diagnosi grave implicita e una più favorevole esplicita) optavano per l'ipotesi negativa implicita (ad esempio, la diagnosi grave).

Un secondo gruppo di ricerche ha invece indagato l'intero processo di controllo delle ipotesi, e dunque le fasi di focalizzazione e controllo.

Tali studi prevedevano la somministrazione di una versione modificata del Wason Selection Task (Wason, 1966), in due diversi contesti: timore di colpa per irresponsabilità e non assunzione di responsabilità. Al fine di indurre lo stato di responsabilità al soggetto veniva detto che egli era un medico, unico responsabile della diagnosi medica di un paziente. L'induzione del timore di colpa prevedeva che lo stesso soggetto venisse informato che in passato aveva commesso per superficialità, distrazione e scarso impegno numerosi errori diagnostici con conseguenze decisamente gravi per i pazienti. Il compito prevedeva che ai soggetti posti di fronte a una ipotesi diagnostica iniziale confermata (di sicurezza: diagnosi di influenza; di pericolo: diagnosi di leucemia) veniva richiesto di indicare: (a) se intendevano continuare o meno il processo diagnostico; (b) in caso di risposta affermativa, quale ipotesi/diagnosi volevano sottoporre a verifica (di sicurezza *vs.* di pericolo); (c) attraverso quale strategia intendevano controllare l'ipotesi scelta.

In linea generale, i risultati hanno evidenziato che in soggetti normali, il timore di colpa orienta il processo di controllo delle ipotesi in modo *prudenziale*. In particolare, i soggetti in cui era stato indotto un timore di colpa tendevano *prudenzialmente* a confermare le ipotesi peggiori (diagnosi di pericolo: leucemia) e ad insistere nel processo di controllo, anche in presenza di evidenze favorevoli (diagnosi di sicurezza iniziale confermata). In altre parole, i "timorosi di colpa" assumevano un atteggiamento *prudenziale*, che li portava a non contentarsi di prove benevole e a continuare il processo di controllo diagnostico, focalizzando e confermando l'ipotesi peggiore, di fronte sia ad evidenze favorevoli che sfavorevoli. L'atteggiamento di prudenza non faceva invece alcuna comparsa nella condizione di non responsabilità.

Nel loro complesso, i dati sin qui esposti sembrano dimostrare dunque che soggetti normali resi timorosi di commettere una colpa, se devono controllare le ipotesi circa la congruenza o meno tra lo stato percepito e quello prescritto dalla norma morale, allora:

- a) focalizzano l'ipotesi peggiore o di pericolo, sia quando l'ipotesi peggiore è implicita e solo quella favorevole è esplicita, sia quando si trovano a poter scegliere tra un'ipotesi favorevole ed una sfavorevole entrambe egualmente esplicite;
- b) ricercano la conferma dell'ipotesi peggiore e la disconferma dell'ipotesi più favorevole;
- c) in caso di disconferma dell'ipotesi peggiore continuano il processo di controllo, vale a dire che richiedono molte più prove per rigettare l'ipotesi peggiore che per mantenerla e questo probabilmente perché temono più l'errore di omissione delle credenze peggiori che l'errore di commissione.

L'influenza del timore di colpa sul processo di controllo delle ipotesi contribuisce a comprendere perché Maria è arrivata a temere di potersi contagiare l'AIDS attraverso il contatto con foto di giornali e perché a nulla valevano le informazioni rassicuranti che le venivano sistematicamente fornite dalle persone a cui chiedeva aiuto. Più in generale il modo iperprudenziale di controllare le ipotesi di pericolo spiega il fatto che facilmente gli ossessivi danno credito ad ipotesi implausibili che nascono da modi di pensare tipici dei pazienti DOC (OCCWG, 1987) come il pensiero magico e la fusione azione-pensiero e pensiero-evento.

Il modo iperprudenziale di controllo delle ipotesi rende anche ragione della intolleranza per la incertezza tipica dei pazienti ossessivi (OCCWG; 2002) laddove questa è correttamente intesa come timore di non sapere gestire le emergenze improvvise, come intolleranza per i rischi, per le minacce, per l'approssimazione della propria condotta preventiva e non come intolleranza per l'incertezza in se, cioè come bisogno di azzerare i punti interrogativi e di arrivare ad una risposta, quale che essa sia a qualunque domanda (l'intolleranza alla incertezza intesa in questo senso non caratterizza gli ossessivi; Mancini, D'Olimpio e Gragnani, 2001).

#### 6.2.4.3 *Il ragionamento emozionale*

Finora abbiamo visto come lo stato intenzionale che caratterizza il timoroso di colpa per irresponsabilità influenza direttamente i processi cognitivi. Non si deve tuttavia sottovalutare la mediazione indiretta esercitata sugli stessi dagli stati affettivo-emozionali. Dalla psicologia cognitiva sappiamo, infatti, che le disposizioni affettivo-emozionali influenzano i processi cognitivi in diversi modi, ad esempio il *mood congruity effect* (Bower, 1981; Teasdale e Russel, 1983), tutti, comunque, capaci di rafforzare le assunzioni che sostengono lo stato intenzionale alla base di quello specifico assetto affettivo. Di particolare interesse è il caso in cui lo stato emotivo funziona come

fonte di informazione, che diventa particolarmente autorevole nelle persone che provano cronicamente quello stato affettivo.

In merito a quest'ultimo punto, emblematiche appaiono le ricerche condotte in questi ultimi anni da Arntz e collaboratori (Engelhard *et al.*, 2001, 2002, 2003) con soggetti affetti da disturbi d'ansia (fobie, sindrome posttraumatica da stress). In questi studi, gli autori hanno dimostrato che i soggetti tendono a inferire la presenza di un pericolo, a partire dal proprio stato affettivo-emozionale negativo, ovvero dall'ansia: "*If I feel anxious, then there must be a danger*" (Arntz *et al.*, 1995). La fallacia legata a quello che gli autori chiamano *ex-consequentia reasoning*, o ragionamento emozionale (*Emotional Reasoning*, ER), sembra giocare un ruolo di rilievo nello sviluppo e mantenimento dei disturbi d'ansia. L'ER sembra infatti attivare un circolo vizioso in cui lo stato emozionale soggettivo (ad esempio, paura, ansia, etc.) viene utilizzato per validare erroneamente pensieri e credenze relativi alla presenza di pericoli o impedimenti, i quali a loro volta amplificano l'emozione di partenza, e così via. La propensione al ragionamento emozionale, rappresenta in questo senso, un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi d'ansia.

Ma cosa accade in presenza di uno stato emozionale caratterizzato da timore di colpa?

I dati di alcuni esperimenti recenti (Mancini, Gangemi e van den Hout, 2003) dimostrano che in soggetti normali ma che tendono a sentirsi cronicamente in colpa, l'induzione di un senso di colpa attraverso il ricordo di colpe passate, implica che i soggetti di fronte ad un compito di cui si assumono la responsabilità:

attribuiscono ad un possibile esito negativo una probabilità ed una gravità maggiori di quanto accade se lo stato emotivo di base è positivo

innalzano gli standard di valutazione che essi adottano per valutare le proprie performance;

preferiscono scelte certe.

Il contrario accade se si induce, sempre grazie alla rievocazione di un ricordo, uno stato di soddisfazione morale per se stessi.

I pazienti ossessivi, sentendosi cronicamente in colpa, trattano il fatto di sentirsi in colpa quale informazione per inferire che si verificherà l'evento temuto, che questo sarà gravissimo e che la propria performance preventiva è inadeguata rispetto agli standard morali e che quindi rischiano di essere seriamente colpevoli.

In modo analogo agli stati emotivi, anche il comportamento può essere la premessa di un'inferenza confirmatoria proprio degli stati mentali che hanno motivato quel comportamento. Lopatcka e Rachman (1995) hanno dimostrato che nei pazienti ossessivi, il fatto stesso di agire in modo da

prevenire il danno temuto, incrementa quanto i soggetti si sentono responsabili di prevenire l'evento stesso.

Entrambi i meccanismi facilitano, nei pazienti ossessivi, la drammatizzazione dell'evento critico e la resistenza al cambiamento delle credenze ossessive.

#### *6.2.4.4. Timore di colpa e fiducia nella propria memoria*

Molte prove sono state raccolte a favore dell'ipotesi secondo cui il timore di colpa influenza direttamente i processi di valutazione delle proprie capacità mestiche, sia in soggetti ossessivi che in soggetti normali. Radomsky e colleghi (Radomsky e Rachman, 1999; Radomsky *et al.*, 2001), van den Hout e Kindt (2002) hanno dimostrato che se i soggetti sentono aumentare la responsabilità e il timore ad essa connesso, allora manifestano una evidente diminuzione di fiducia nelle proprie capacità mestiche. Al contrario, se questi soggetti sentono diminuire la propria responsabilità, allora evidenziano un chiaro recupero della fiducia.

Secondo gli autori, il legame tra lo stato affettivo-emozionale caratterizzato da timore di colpa e la sfiducia nella propria memoria è di diversi generi. Sembra, infatti, che:

- a) l'attivazione ansiosa legata all'emozione negativa di colpa interferisce con la memorizzazione (Rachman, 2002);
- b) in caso di colpa, l'attenzione del soggetto è indirizzata soprattutto verso la minaccia e verso la propria reazione alla minaccia (*id.*);
- c) in condizioni di minaccia, gli standard di nitidezza del ricordo adottati dal soggetto sono molto elevati;
- d) la ripetizione dei controlli interferisce con la memorizzazione dei risultati dei controlli (van den Hout e Kindt, 2002).

In merito a quest'ultimo punto, è ovvio che se non ci si fida del ricordo dell'esito dei controlli effettuati, allora si tende a ripetere i controlli stessi ed è interessante sottolineare che la ripetizione dei controlli a sua volta compromette la memoria dei controlli stessi. Se poi si arriva a dubitare delle proprie facoltà mentali e della propria stabilità mentale, allora saranno possibili conseguenze "ossessivizzanti" anche nel lungo periodo (Rachman, 2002).

#### *6.2.5. Timore di colpa e disgusto*

Abbiamo fin qui esaminato come il timore di colpa per irresponsabilità sia alla base della prima valutazione e di seguito vedremo come esso regoli i tentativi di soluzione di primo ordine. In alcuni

casi di **DOC**, tuttavia, sia la prima valutazione che i conseguenti tentativi di soluzione sembrano riconducibili al timore di contaminazione piuttosto che al timore di colpa per irresponsabilità. La osservazione clinica ci suggerisce, infatti, che in alcuni casi l'evento critico è tale perché suscita nel paziente disgusto vale a dire che determina nel paziente la sensazione di essere contaminato e sporcato. Rientrano in questa classe di eventi anche il disordine dell'ambiente o degli oggetti che il paziente sente di sua proprietà, oppure il fatto che certe parti del corpo, ad esempio i capelli, o del vestiario non siano a posto ma invece brutti o comunque poco decorosi. I tentativi di soluzione confermano che in alcuni casi sia in gioco anche il disgusto infatti i rituali di lavaggio prevalgono, ad esempio, su altri modi di neutralizzare il contagio.

I risultati di diverse ricerche (Foa et al., 1993; Mancini et al., 2001; Mancini e Gragnani, 1998; Power e Dalgleish, 1997) convergono nel dimostrare che la sensibilità al disgusto sia una caratteristica specifica dei soggetti con ossessioni e compulsioni, e non solo del sottotipo dei *washers*. I pazienti affetti da hoarding non sono sensibili al disgusto. L'*hoarding* è un sottotipo di DOC che consiste nella necessità di raccogliere e accumulare oggetti privi di valore e nella impossibilità a disfarsene (Mancini e Episcopo, 2004).

Giovanna era una signora di 58 anni, sposata con due figli ormai grandi, a causa del DOC era andata precocemente in pensione dal suo lavoro di insegnante. Il suo disturbo le impediva qualunque attività non solo lavorativa ma anche sociale, praticamente non usciva più di casa. Il suo DOC era centrato sulla possibilità di essere contaminata da sostanze provenienti da cadaveri. Non temeva in alcun modo di potersi contagiare una malattia ma l'idea di poter essere entrata in contatto corpi umani in decomposizione suscitava in lei un insopportabile sensazione di schifo. Gli eventi critici erano i più disparati poiché ai suoi occhi un numero sterminato di oggetti poteva essere contaminato, oltre ovviamente ai cimiteri, le chiese dove si svolgono i funerali, i bar accanto alla chiese dove va la gente dopo essere stata ad un funerale, i parenti e gli amici di persone morte. Il fulcro della sua difesa era il proprio corpo e, a seguire, gli oggetti e gli spazi della casa che sentiva suoi in un senso più intimo. I tentativi di soluzione erano, oltre agli evitamenti, i lavaggi, che eseguiva con lisoformio. Il tutto era iniziato più di 20 anni prima a seguito della morte per un incidente domestico della figliola di una sua collega. Da principio aveva avvertito un aumento della responsabilità verso i propri figli e nell'ambito di una più generale attenzione protettiva verso di essi aveva cominciato ad evitare di collegare, anche in modo simbolico, i propri figli con qualunque cosa avesse a che fare con la morte. Circa 5 anni dopo l'esordio, ebbe un grave peggioramento quando morì il figlio di una sorella, a causa di un incidente d'auto, e lei non ebbe la forza di andare a trovare la sorella. Se ne sentì molto in colpa, per usare una sua espressione si sentì un "*verme*". Da allora la sensibilità per la "morte" non fu più mediata dai timori magici di danno per i propri



figli ma divenne chiaramente una profonda intolleranza per la sensazione di essere stata sporcata e contaminata (Barcaccia e Perdighe, 2001).

Per comprendere meglio il ruolo del disgusto nel DOC è opportuno dedicare alcune righe a quella che, nell'opinione dei più (Angyal, 1941; Phillips et al., 1998), è la sua funzione.

Contrariamente a quanto può sembrare, il disgusto non ci difende da un pericolo per la salute. Si prova disgusto per sostanze che sappiamo essere con certezza innocue ad esempio un macchia del proprio stesso sangue su un fazzoletto. Se ci tagliamo un dito ed esce del sangue istintivamente lo portiamo alla bocca ma se tamponiamo la ferita con un fazzoletto poi, però, ci suscita disgusto portare alla bocca il fazzoletto macchiato del nostro stesso sangue. Toccare o ancor più mettere in bocca uno scarafaggio ci suscita disgusto anche se prima lo abbiamo sterilizzato. Allo stesso tempo il contatto con alcune sostanze pericolose non ci suscita alcun disgusto, ad esempio il contatto con il benzene ci spaventa ma non ci fa schifo.

Il disgusto è fortemente condizionato da fattori culturali, ad esempio la carne di maiale per gli islamici è disgustosa non per qualche proprietà intrinseca ma solo perché è definita socialmente tale.

Per capire la funzione del disgusto è utile chiedersi che cosa accade se si è esposti senza difese alla contaminazione da parte di sostanze disgustose. Che ci succede se ci ritroviamo lerci, maleodoranti, sporcati dagli escrementi? La risposta, almeno nell'opinione dei maggiori esperti, è che ci sentiamo sviliti, sminuiti, impresentabili, indegni di essere accettati dal nostro gruppo anzi meritevoli di disprezzo da parte degli altri. Ci aspettiamo un disprezzo aggressivo e crudele che ci allontana attivamente, non freddo e distaccato come accadrebbe se ci scopriremmo poco capaci, ad esempio poco intelligenti.

Le prove di questa affermazione le possiamo trovare nei resoconti dei sopravvissuti ai campi di concentramento (DesPres, 1976; Levi, 1967) che in maniera chiara, ancorché drammatica, mostrano che cosa accade se la difesa del sé corporeo crolla e si rimane esposti alla contaminazione. La mancanza di servizi igienici, spesso anche dell'acqua, uniti alla elevata promiscuità rendevano difficile lavarsi e mantenersi puliti. Per farlo si richiedeva un impegno particolare. Alcuni prigionieri abbandonavano tale impegno e si lasciavano andare a quello che DesPres definisce l'assalto degli escrementi. Il risultato era che questi prigionieri tendevano a essere percepiti come bestie sia dalle guardie, che di conseguenza ricorrevano con maggiore frequenza e durezza ai maltrattamenti, sia dai compagni che li escludevano con facilità e li scacciavano anche se avevano bisogno di aiuto. Loro stessi sembrava che percepissero diminuita la propria dignità umana e ad esempio accettavano senza ribellarsi le violenze e il disprezzo. Al contrario, quelli che mantenevano

almeno una parvenza di decoro e pulizia erano maggiormente rispettati dalle guardie e riconosciuti come degni di appartenere al gruppo degli altri prigionieri.

Il problema che si pone dunque è duplice. Da una parte si deve mostrare come il timore di contaminazione si traduce in attività ossessiva e dall'altra si deve illuminare il rapporto tra il timore di disgusto e quello di colpa.

Il primo problema è relativamente facile da risolvere. Le informazioni circa la contaminazione da parte di sostanze disgustose sono normalmente elaborate dagli esseri umani in un modo del tutto analogo a quello che abbiamo definito iperprudenziale con cui il timoroso di colpa per irresponsabilità elabora le informazioni (Rozin e Fallon, 1987):

- a) si assume per *default* che a seguito di un contatto fisico la contaminazione è avvenuta; per cambiare assunzione servono prove che la contaminazione non sia avvenuta, similmente al ragionamento iperprudenziale del timoroso di colpa, l'onere della prova spetta all'ipotesi più favorevole e gli standard di accettazione dell'ipotesi favorevole sono decisamente più elevati di quelli che devono essere soddisfatti al fine di mantenere l'ipotesi della contaminazione. Ad esempio Giovanna se era costretta ad andare nella chiesa del paese dava per scontato che toccando la porta della chiesa si sarebbe contaminata. Focalizzava dunque l'ipotesi della contaminazione, raccoglieva diverse argomentazioni a favore di tale possibilità, ad esempio il fatto che 10 giorni prima si era svolto un funerale, il ricordo di una bara incrinata dalla quale era fuoriuscito del liquido maleodorante, a fronte delle argomentazioni del marito che cercava di rassicurarla rispondeva che lui non le poteva dare alcuna certezza che la contaminazione non fosse avvenuta.
- b) Non si considerano le probabilità oggettive; Giovanna non considerava quanto erano basse le probabilità della co-occorrenza di tutte le evenienze necessarie affinché ci fosse davvero una contaminazione, anzi le sopravvalutava grandemente
- c) si considera poco il possibile decadimento nel tempo della contaminazione (permanenza); Giovanna smise praticamente di uscire di casa dopo che le spoglie del santo patrono del paese furono portate, in grande processione, nel duomo da una cappella nella campagna vicina. Il suo timore era che durante il trasporto materiale disgustoso poteva essere fuoriuscito dalla teca in cui erano conservate le spoglie. Il punto che sfuggiva a Giovanna era che, essendo il santo morto circa 400 anni prima, il cadavere era completamente decomposto.
- d) non si considerano le dosi; per Giovanna anche una molecola di cadaverina era problematica.
- e) si considera possibile la causalità retrograda. Per causalità retrograda si intende un tipo di pensiero per cui un'azione sull'essenza (o residuo) si riflette sulla sua "sorgente" (cioè

sull'oggetto o persona a cui appartiene il residuo). Ad esempio accade che si possa provare disgusto anche per sostanze che ancora non sono state contaminate ma che si sa lo saranno. Per Giovanna toccare una bara appena completata dal falegname, e dunque ancora da usare, era problematico.

- f) si considera che se una persona diventa moralmente corrotta ne seguirà una corruzione fisica, da ciò ne consegue che la *corruzione* fisica e morale sono la stessa cosa. Nel caso di Giovanna balza agli occhi come il senso di sporco fisico si confondesse con la sensazione di indegnità morale. Per non essere andata a trovare la sorella in lutto si era sentita molto in colpa, “un verme” cioè disgustosa.

Il fatto che nel pensiero magico non siano considerate la probabilità, le dosi e la decadenza è spiegabile nel senso che la contaminazione viene vista come un cambiamento della natura del contaminato che ne risulta svilito. Ciò implica che la purificazione è un processo più lungo e complesso del semplice allontanamento del contaminante.

Non stupisce che se il timore di contaminazione è forte allora si possa cominciare a considerare contaminati gli oggetti nello stesso modo esagerato di Giovanna e che anche i lavaggi purificatori diventano prolungati e ripetitivi.

Ma che relazione esiste tra il timore di contaminazione e quello di colpa per irresponsabilità? Come mai vanno così facilmente a braccetto?

Da un punto di vista fenomenologico la sensazione di colpa e quella di essere sporchi e disgustosi sono molto vicine tanto che le azioni utili al fine di prevenire o neutralizzare una sensazione possono essere le stesse utili a prevenire o neutralizzare l'altra: i peccati vengono lavati e le vittime di abusi sessuali si sentono non solo sporcate ma anche moralmente sminuite. La vicinanza e l'interscambiabilità tra colpa e disgusto possono essere giustificate, da un punto di vista cognitivo, per il fatto che entrambe rimandano alla percezione di poter essere meritatamente oggetto di disprezzo da parte di persone significative (Mancini, 1998), di un disprezzo particolare caratterizzato non solo da repulsione ma anche da aggressività. Il disprezzo rabbioso si differenzia da quello freddo e distaccato che si rivolge a chi è incapace ed è il disprezzo che si dedica o al disgustoso, come capitava alle guardie nei confronti degli internati dei lager che si lasciavano andare alla contaminazione dello sporco, o al colpevole di aver agito in modo iniquo.

Alcune osservazioni cliniche e i dati ancora del tutto preliminari di una ricerca, attualmente in corso, sembrano suggerire che il timore di colpa ed il timore di contaminazione sono entrambi subordinati al timore di diventare oggetto di disprezzo rabbioso da parte di persone particolarmente significative. Sembra che i pazienti ossessivi siano particolarmente sensibili ad una espressione

facciale molto precisa e riconoscibile facilmente ed in modo immediato e dal significato inequivocabile: il disprezzo rabbioso. Sempre l'osservazione clinica suggerisce che l'esposizione a queste espressioni facciali implica un abbassamento della soglia ossessiva.

In effetti Ehntholt et al. (1999) hanno dimostrato che i pazienti ossessivi si aspettano di essere criticati più di altri tipi di pazienti e più dei soggetti normali e attribuiscono a questa possibilità un peso maggiore.

### 6.3. I tentativi di soluzione di primo ordine

Come abbiamo già accennato i tentativi di soluzione che i pazienti ossessivi mettano in atto per fronteggiare la minaccia costituita dall'evento critico sono di diverso genere. È importante imparare ad identificare le risposte del paziente all'evento soprattutto nel caso si decida di utilizzare la ERP, tecnica di esposizione e prevenzione della risposta.

- a) Evitamenti, come ad esempio Manuela che non passava più accanto alle scuole elementari,.
- b) Neutralizzazioni, come ad esempio i lavaggi di Maria, i rituali scaramantici di Antonio quando non gli riusciva di evitare l'associazione del pensiero del cancro e di quello del padre, o le formule di annullamento di Fabio.
- c) Ruminazioni, come ad esempio, i ragionamenti di Maria sulla pericolosità di alcuni eventi e le riflessioni di Manuela sulla possibilità di essere perversa.
- d) I controlli mentali di Davide e Manuela che costruivano complessi scenari mentali al fine di mettere alla prova i propri impulsi.
- e) Allenamenti, come Giuseppe che cercava di allenare oltre che controllare la propria memoria.
- f) Soppressione del pensiero, come Fabio che cercava di scacciare il pensiero del diavolo o Manuela che tentava di allontanare le immagini pedofile.
- g) Richieste di rassicurazioni, come quelle che Maria rivolgeva al marito. Da notare a questo riguardo che le richieste di rassicurazioni degli ossessivi spesso non riguardano il merito dei timori e quindi non tengono conto delle risposte, piuttosto sono dei tentativi di mettere qualcun altro a conoscenza della loro preoccupazione al fine di scaricare la responsabilità, almeno in parte, sulle spalle altrui. *“Se poi succede qualcosa, io glielo avevo detto, ce l'ho fatto pensare, dunque non sarò l'unico responsabile”*. Naturalmente la risposta infastidita e frettolosa che il paziente riceve il più delle volte, gli fa pensare che l'altro non l'ha proprio preso in considerazione e che dunque non si è chinato affatto sul problema.

I tentativi di soluzione hanno alcune caratteristiche formali comuni. Tendono, infatti, ad essere ripetitivi, persistenti, spesso assumono le forme del rituale e non raramente sono incongrui rispetto alla preoccupazione, ad esempio sono magici. Queste caratteristiche possono essere spiegate se si tiene conto del modo iperprudenziale con cui il paziente valuta, non solo l'evento critico, come abbiamo già visto, ma anche i risultati raggiunti, la disponibilità di ulteriori risorse da investire nei tentativi di soluzione e se ciò che ha fatto è stato fatto bene o se invece può essere migliorato.

A ciò si aggiunge che, come si è detto sopra, la presenza di un elevato senso di colpa di tratto, contribuisce ad innalzare gli standard di valutazione della propria performance ed anche che assumere di essere colpevoli implica, nei domini pertinenti, la predilezione per le scelte certe e l'avversione per quelle rischiose (Mancini e Gangemi, 2002a, 2002b; Gangemi et al. 2003b).

Considerando tutti i meccanismi che, a partire dal timore di colpa, intervengono nel rendere ripetitivi e persistenti i tentativi di soluzione, sorge la questione circa il modo in cui essi si interrompono.

L'osservazione clinica ci dice che i tentativi di soluzione si interrompono raramente con soddisfazione perché il risultato è raggiunto o perché il paziente pensa di aver fatto tutto il possibile (*"smetto perché sono stremato"*), spesso perché subentra un nuovo evento critico, a volte perché il paziente è assorbito da altre faccende, a volte per la disperazione di non riuscire ad essere all'altezza dei propri doveri.

Resta un paradosso da spiegare. Perché i tentativi di soluzione, essendo una attività finalizzata e intenzionale, sono compulsivi, vale a dire, perché il paziente si sente costretto a metterli in atto? Una risposta possibile è che il paziente effettivamente sceglie, a volte anche in senso stretto, di mettere in atto i tentativi di soluzione ma non ha scelto il dominio di scelta all'interno del quale si trova a dover scegliere. La condizione del paziente è simile a quella di una persona cui puntano una pistola e gli dicono o la borsa o la vita, è chiaro che è libero di scegliere e che dare la borsa è frutto di una sua scelta e di una sua intenzione tuttavia è altrettanto chiaro che non ha scelto di trovarsi nella circostanza di dover compiere una tale scelta e nemmeno la ha accettata, piuttosto la subisce. Dando la borsa non sentirà certamente di esercitare il proprio libero arbitrio ma piuttosto si sentirà costretto ad agire in questo modo, se potesse compiere quella che per lui è una vera scelta, certamente si sottrarrebbe al ricatto (Mancini e Semerari, 1991).

Analogamente il paziente non ha scelto di dover scegliere tra rischiare di essere colpevole di irresponsabilità e pagare il prezzo dei tentativi di soluzione. Prevenire, dunque, è una attività

intenzionale finalizzata a raggiungere scopi del paziente ma allo stesso tempo è frutto di una costrizione che il paziente subisce e non accetta. I costi soggettivi della prevenzione sono rappresentati nella seconda valutazione che vedremo in un paragrafo successivo.

6.4. Le valutazioni di secondo livello, vale a dire i costi percepiti della attività ossessiva e i tentativi di autocontrollo.

Come già accennato all'inizio del capitolo, spesso i pazienti sono critici nei confronti della propria attività ossessiva. La critica può essere in termini di esagerazione vale a dire che il paziente ritiene la propria valutazione o la propria attività preventiva inutile ed esagerata. La critica può pure essere in termini di dannosità vale a dire che il paziente ritiene la propria attività ossessiva dannosa e il danno spesso riguarda la qualità della propria vita o di quella delle persone più vicine ma soprattutto consiste nella colpa di danneggiare se stessi e gli altri con il DOC. La presenza della critica implica un conflitto, ad esempio in Maria si alternavano due prospettive, nella prima lo scopo di evitare una colpa per irresponsabilità prevaleva rispetto ai costi della attività ossessiva, nella seconda le preferenze si invertivano e secondo Maria sarebbe stato meglio lasciar correre. Spesso i due termini del conflitto erano attivi contemporaneamente, mentre Maria si dedicava alla sua doverosa prevenzione si rendeva conto che, tutto considerato, sarebbe stato meglio lasciar correre e smettere di lavarsi le mani. Nonostante ciò ella però continuava a lavarsi le mani. Nella vita di tutti gli esseri umani i conflitti sono all'ordine del giorno. Vi sono mille esempi che illustrano come, in qualunque essere umano, gli scopi che persegue entrino in conflitto fra loro e come normalmente accada che riconosciamo il bene lo approviamo ma perseguiamo il male. Il punto problematico nel caso degli ossessivi è spiegare come mai falliscono così sistematicamente e a lungo nel tentativo di risolvere il conflitto.

Da uno studio di Freeston et al. (1993) e dall'osservazione diretta dei pazienti emerge che i tentativi di gestione e contenimento di ossessioni e compulsioni sono di diversi generi. Una prima classe di provvedimenti consiste nel tentare di modificare direttamente lo stato mentale, allontanando pensieri ed immagini. Questo obiettivo è perseguito in due modi, o cercando di sostituire i contenuti mentali ossessivi con altri contenuti non ossessivi (ci si concentra su altri argomenti), o cercando di sopprimere i pensieri ossessivi. È noto che i pazienti ossessivi prediligono la seconda tattica, la prima infatti solleva in loro forti timori di distrazione colpevole. La seconda tattica ha, come già sopra accennato, effetti paradossali di rafforzamento dell'ideazione che si cerca di sopprimere, soprattutto in condizioni di sovraccarico cognitivo, come sono quelle dell'ossessivo (per una

rassegna vedi: Giovinazzo e Siano, 2002). Del resto per controllare di non pensare a qualcosa ci si deve per forza pensare.

In molti casi i tentativi di riduzione dell'attività ossessiva sono francamente paradossali, strutturalmente simili alla strategia dell'alcolista che per smettere di bere vuole ridurre il desiderio di bere e per ottenere questo risultato, beve. Spesso, infatti, il paziente per ridurre l'attività ossessiva cerca di non essere ossessionato dal suo timore di colpa e per ottenere questo risultato cerca di azzerarlo proprio tramite l'attività ossessiva.

Sempre in merito ai tentativi di gestione e contenimento di ossessioni e compulsioni, Vallacher e Wegner (1985, 1987) sostengono e dimostrano che la capacità di controllare e cambiare una propria azione abituale dipende da quanto tale azione è identificata ad un basso livello, che riguarda prevalentemente il come si svolge l'azione, piuttosto che ad un alto livello, che riguarda i significati più profondi e generali dell'azione (i suoi fini ultimi). Più è basso il livello di identificazione, maggiore è la capacità di autocontrollo, e viceversa. Dar e Katz (2002) hanno dimostrato che i pazienti ossessivi tendono ad identificare le proprie compulsioni ad un livello di significato elevato, ad esempio di purificazione, trascurando la meccanica con cui esse si svolgono, si può presumere che ciò contribuisca a rendere inefficaci i tentativi di contrasto della attività ossessiva.

Un'ultima classe di provvedimenti prevede che per cercare di contrastare l'attività ossessiva spesso i pazienti si impegnano in una riflessione critica delle credenze che sostengono il timore di colpa. Questa riflessione critica è fallimentare perché non arriva a mettere in discussione la necessità di evitare del tutto la possibilità della colpa. L'atteggiamento cognitivo che abbiamo definito iperprudenziale vanifica infatti ogni tentativo di rassicurazione. Tale atteggiamento dovrebbe dunque essere abbandonato per consentire alle critiche di avere un peso effettivo ma, di solito, il paziente fa tutto tranne che accettare il rischio di una colpa.

In conclusione, molti dati sperimentali e molte osservazioni cliniche convergono a sostegno dell'idea che l'attività tesa a contenere il DOC, lungi dall'essere efficace, è spesso addirittura controproducente nel senso che tende ad inasprire il conflitto e ad allontanare la possibilità per il paziente di compiere quelle rinunce necessarie per poter trovare un compromesso fra i vantaggi della attività ossessiva e i costi della stessa.

## 7. Lo scompenso e la vulnerabilità

Fin qui abbiamo esaminato in dettaglio il profilo interno del DOC, gli scopi e le conoscenze che regolano la valutazione degli eventi e i tentativi di soluzione, il livello autocritico e i conseguenti tentativi di contenimento, abbiamo anche considerato alcuni dei meccanismi ricorsivi che

contribuiscono al mantenimento del disturbo nel tempo e lo rendono resistente al cambiamento. Abbiamo affrontato, dunque, due delle questioni che il DOC pone allo psicoterapeuta. Ci dedicheremo ora alle altre due questioni che riguardano lo scompenso e la vulnerabilità.

Non esistono dati scientifici solidi che ci illuminano sulle circostanze e sui modi dello scompenso. La ricostruzione anamnestica, poi, è resa difficile dal decorso del DOC che inizia, il più delle volte, in modo subdolo, non chiaro e netto, e peggiora in modo lento e progressivo. Tuttavia sembra che nella maggior parte dei casi si riesca a rintracciare una colpa o un aumento di responsabilità o un episodio che ha minato la fiducia del paziente nella propria capacità di essere all'altezza dei suoi doveri (Bara et al., 1996). È da tener conto anche che il DOC è un processo che non solo si autoalimenta ma modifica profondamente la percezione che il paziente ha di se stesso ed anche i suoi rapporti più significativi. Soffrire per molti anni di DOC è una esperienza che cambia notevolmente le persone, per cui non raramente conoscere le circostanze dell'esordio ed i modi dello scompenso ha un valore terapeutico relativamente importante.

Quali esperienze rendono vulnerabili al DOC? Quali esperienze possono rendere le persone così sensibili al timore della critica e del disprezzo morale e dunque al timore di colpa per irresponsabilità e al timore di contaminazione?

Anche in questo caso è opportuna la cautela perché non ci sono dati sistematici e come sempre gli studi sulla vulnerabilità sono scarsi e non del tutto affidabili. Non esistono a mia conoscenza studi longitudinali. Dobbiamo accontentarci di osservazioni cliniche e di studi retrospettivi.

Dall'insieme dei dati disponibili si estrae la netta impressione che le esperienze capaci di predisporre al DOC siano diverse, vale a dire che non ci sia un'unica strada per la vulnerabilità alle ossessioni e, più specificatamente, per una spiccata vulnerabilità morale.

Certamente il tipo di relazione d'attaccamento con i genitori ha un'influenza anche se si tratta di un'influenza aspecifica. Alcune ricerche (Hafner, 1988; Mancini, D'Olimpio, Del Genio, Didonna, Prunetti, 2000) hanno dimostrato che la tendenza alle ossessioni e alle compulsioni si associa con una relazione d'attaccamento, nei primi sedici anni di vita, caratterizzata da bassa cura ed alto controllo, sia da parte della madre sia da parte del padre. Bassa cura ed alto controllo si ritrovano però nella storia di soggetti affetti da una qualunque forma di psicopatologia, sembrano essere, quindi, dei fattori aspecifici di rischio psicopatologico.

Un'educazione severa sembra essere un buon candidato per rendere ragione della tendenza a temere esageratamente le colpe per irresponsabilità come osservato e sottolineato da Guidano e Liotti (1983), Guidano (1988), Reda (1987), Lorenzini e Sassaroli (1992), Bara, Manerchia e Pelliccia (1996). La severità tuttavia è un costrutto complesso ed articolato: si può essere severi in tanti sensi diversi. Un genitore può essere severo perché tende sistematicamente alla colpevolizzazione, perché



non è disposto ad ascoltare scuse e giustificazioni o ragioni, perché ha aspettative elevate, perché propone scopi e mete come doveri e non come strumenti o come fonti di piacere e soddisfazione, perché le sue punizioni e accuse sono imprevedibili o sproporzionate rispetto alla colpa commessa. L'esperienza clinica suggerisce che la severità nel caso degli ossessivi si sia accompagnata anche ad atteggiamenti sprezzanti, aggressivi e svilenti. Salkovskis e colleghi (2000), partendo dall'esperienza clinica, hanno identificato diverse esperienze precoci che potrebbero aver contribuito a rendere esagerato il senso di responsabilità dei pazienti ossessivi.

Tra queste:

- a) essere caricati in tenera età di una responsabilità eccessiva, per assenza o incompetenza altrui. Ad esempio, il primogenito di una madre depressa e di un padre alcolista che è costretto ad assumersi la responsabilità del fratellino;
- b) un incidente in cui una propria azione/omissione ha effettivamente contribuito in modo significativo ad un grave danno per sé o per altri;
- c) un incidente in cui il soggetto ha avuto l'impressione che un proprio pensiero e/o una propria azione od omissione abbia causato un grave danno. Ciò può accadere, ad esempio, quando un bambino, molto arrabbiato, desidera fortemente che un adulto muoia e, nei giorni successivi, capita che disgraziatamente l'adulto muoia davvero;
- d) essere stati sistematicamente sollevati da qualunque minima responsabilità e, di conseguenza, non essersi mai sentiti responsabili;
- e) un'educazione caratterizzata da regole di condotta e doveri rigidi ed esagerati.

Secondo Guidano e Liotti (1983) è cruciale l'esperienza precoce di una sostanziale ambiguità nella relazione d'attaccamento. La figura di riferimento manderebbe al futuro ossessivo messaggi sistematicamente contraddittori, comunicando affetto e apprezzamento sul piano verbale, ma freddezza e disapprovazione sul piano non verbale. Ciò renderebbe centrale il dubbio circa il fatto di essere o meno una persona disprezzabile e da qui deriverebbe, dapprima, la ricerca della certezza assoluta e, successivamente, l'attitudine al dubbio che, secondo questi autori, sarebbe il vero motore delle ossessioni e delle compulsioni.

Secondo la Ugazio (1997) un genitore sempre pronto al sacrificio ma cupo e pesante e, sul versante opposto, l'altro genitore immorale ma pieno di vita, possono rendere la scelta della moralità estremamente conflittuale. Il soggetto non riuscirà a stabilizzare una linea di condotta ragionevolmente coerente rimanendo preda di dubbi ed incertezze che facilmente potranno tradursi in ossessioni e compulsioni.

## 8. La terapia

## 8.1. Premessa

In questa parte del capitolo presenterò un protocollo di intervento che utilizziamo per il DOC nell'ambito della Unità per i Disturbi d'Ansia della Scuola di Psicoterapia Cognitiva (APC-SPC). Il protocollo è fondato sulle prove di efficacia, dei trattamenti psicologici, attualmente disponibili (per una rassegna in italiano si veda Dèttore, 2003).

I risultati delle ricerche di esito dimostrano l'efficacia della terapia farmacologica e di quella comportamentale e cognitiva. Tra il 40 ed il 60 % dei pazienti ossessivi risponde alla terapia farmacologica, nel senso che gode di una diminuzione della sintomatologia non inferiore al 30%. I vantaggi della terapia farmacologica rispetto a quella psicologica, consistono, principalmente, nel fatto che può essere fornita ad un numero più elevato di pazienti, i suoi risultati sono maggiormente indipendenti dalla abilità del curante e richiede un impegno minore al paziente. Gli svantaggi sono le ricadute alla sospensione del trattamento, gli effetti collaterali e la minore probabilità di miglioramenti sostanziali.

La ERP, l'esposizione con prevenzione della risposta, migliora la sintomatologia almeno del 30% circa nell'80% dei pazienti e diminuisce sostanzialmente il rischio di ricaduta, un dato interessante è che modifica i meccanismi di difesa (Greist, 1994; Spiegel, 2000; Kozak et al., 2000), come dire che non è una terapia superficiale, interviene sul problema presentato ma incide sulla struttura della persona. Il punto critico è che molti pazienti la rifiutano o abbandonano il trattamento, per lo stress che questo comporta, non è di facile applicazione nei casi in cui l'evento critico e i tentativi di soluzione sono mentali. Se, quindi, si considera il totale dei pazienti allora la probabilità di esito positivo scende intorno al 50%.

Interventi mirati direttamente alle strutture cognitive hanno dimostrato la loro efficacia in molti studi. Rispetto alla ERP si ha una maggiore applicabilità, maggiore stabilità dei risultati e un maggior numero di guarigioni complete.

Nell'ultima sezione del trattamento utilizziamo l'adattamento al DOC di una tecnica di intervento esperienziale impiegata per i disturbi di personalità dove, in studi ancora del tutto preliminari, ha dimostrato la sua efficacia.

## 8.2. Il protocollo

### 8.2.1. La fase preliminare: il profilo esterno del disturbo

In questa fase il paziente è sottoposto ad un colloquio diagnostico e gli vengono somministrati diversi test che servono per controllare la presenza di eventuali comorbidità e per misurare l'entità iniziale del disturbo. Si valuta il profilo esterno del disturbo e dunque si ricercano esperienze che

possano aver determinato la vulnerabilità al disturbo, si cercano i tempi, le ragioni ed i modi dello scempenso, si cerca di definire la fase esistenziale in cui si trova il paziente e i modi in cui le persone accanto al paziente interagiscono con lui rispetto al disturbo.

Come si vede si tratta di una raccolta di informazioni aspecifica, infatti è la stessa che si svolge per qualunque tipo di paziente. Si dà per scontato che molte informazioni non emergeranno in questa fase e quindi ci si riservano gli approfondimenti opportuni.

### *8.2.2. La prima fase: il profilo interno del disturbo*

Questa fase è di fondamentale importanza, come vedremo tra breve, e consiste nella ricostruzione della schema (evento → I° valutazione → I° tentativi di soluzione → II° valutazione → II° tentativi di soluzione) e nella sua condivisione con il paziente.

La procedura è quella caratteristica della terapia cognitiva:

- a) si definisce un evento critico recente ed esemplificativo;
- b) si indaga sui significati che il paziente ha attribuito all'evento. Si cercano di definire le implicazioni catastrofiche che per il paziente potrebbe avere l'evento, con particolare cura per le colpe e le loro conseguenze. Questa prima fase può essere difficile da svolgere soprattutto con pazienti che hanno una lunga storia di malattia e scarsa capacità introspettiva. In questi pazienti infatti il passaggio ai tentativi di soluzione è automatico e dunque riferiscono semplicemente di sentire l'impulso a mettere in atto i rituali. Può essere utile (Salkovskis, 1999) la metafora del semaforo. Si chiede al paziente di immaginare di guidare e di arrivare ad un semaforo rosso. Gli si domanda: "perché ti sei fermato?", la risposta di solito è "perché il semaforo era rosso". Dopo di che gli si chiede ancora "Ma se tu fossi passato, cosa sarebbe successo?". E lui può rispondere "Mi avrebbero fatto la multa, e avrei potuto causare un incidente". "Ecco, quando eviti di toccare i giornali, o ti lavi le mani se li tocchi, fai come quando ti fermi al semaforo rosso, ma cosa succede se non eviti, tocchi i giornali e non ti lavi le mani?". Si può anche chiedere al paziente di toccare concretamente il giornale, di non lavarsi le mani e di toccare altri oggetti, e quando lui si rifiuta gli si chiede che cosa ha pensato che sarebbe potuto accadere se avesse fatto come gli era stato chiesto;
- c) si definisce ciò che il paziente fa per risolvere il problema posto dall'evento, si indaga sulla presenza di conseguenze paradossalmente controproducenti dei tentativi di soluzione delle quali spesso il paziente non è consapevole, ad esempio Davide non si era reso conto che immagini e pensieri riguardanti l'uccisione del padre apparivano così spesso e a lungo alla sua mente non

perché desiderasse uccidere il padre ma perché, essendo terrorizzato da questo sospetto, cercava di controllarne la fondatezza attraverso, appunto, test di simulazione mentale;

- d) si chiariscono quelli che per il paziente sono i costi della attività ossessiva, ed è buona norma chiarire anche i vantaggi primari e secondari, che lui ottiene ad esempio come controllo dei familiari;
- e) si chiarisce, infine, ciò che il paziente fa per contenere il disturbo e si cerca con lui di discriminare i tentativi utili da quelli controproducenti e soprattutto si mostra come questi ultimi siano tali. A questo fine possono anche essere utilizzati degli esperimenti comportamentali per dimostrare al paziente come, ad esempio, i tentativi di soppressione dei pensieri implicano un aumento della loro frequenza e persistenza.

#### *8.2.2.1. Vantaggi*

Innanzitutto si ha un profilo interno del disturbo che consente di pianificare razionalmente l'intervento terapeutico.

Grazie alla condivisione il paziente recupera il senso del suo disturbo che spesso gli appariva una follia incomprensibile e spaventosa. Si può anche riuscire a diminuire il senso di colpa che il paziente prova per il suo disturbo mostrandogli come la sua attività sia indirizzata, in ultima analisi, da scopi morali. Ad esempio, Rebecca al fine di prevenire il rischio di contagiare con germi i figli, evitava di abbracciarli, per questo si giudicava una cattiva madre, troppo fredda, rigida e poco affettuosa. Riuscire a mostrare come lei si imponeva di non abbracciare i figli, pur desiderandolo, perché sentiva il dovere di proteggerli da gravi malattie, ebbe un effetto chiaramente rasserenante.

Vi sono anche importanti vantaggi in termini di relazione terapeutica e dunque di fattori terapeutici aspecifici. Grazie alla condivisione, infatti, aumenta l'empatia percepita dal paziente, vale a dire quanto il paziente ritiene di essere correttamente rappresentato nella mente del terapeuta e quanto il paziente si rende conto che il terapeuta sa cosa va fatto per il suo disturbo. Aumenta anche l'alleanza terapeutica grazie alla condivisione della schema e dunque del rationale dell'intervento.

#### *8.2.2.2. Difficoltà*

Oltre quelle connesse con l'elevato automatismo del disturbo di cui abbiamo già detto, si devono considerare alcune altre possibilità. La vergogna, i pazienti spesso si vergognano di dire i propri timori, il che è ovvio se si tiene conto della aspettativa, tipica di questi pazienti, di essere accusati e disprezzati. D'altra parte non sarebbe facile per nessuno parlare delle proprie fantasie ad esempio

incestuose, per giunta ad un esperto che potrebbe autorevolmente confermare tali timori. Una seconda importante ragione di difficoltà è il timore magico che parlare di ciò che si teme possa farlo accadere. Ad esempio, Antonio non poteva parlare dei suoi timori perché per farlo doveva affrontare proprio ciò che temeva, vale a dire accostare nel discorso le parole “cancro” e “papà”.

### *8.2.3. La seconda fase: dal conflitto alla scelta e la motivazione alla ERP*

Questa fase si fonda sulla osservazione che, il più delle volte, l’attività ossessiva è egodistonica e conflittuale. Dallo schema emerge come esistano due valutazioni in contrasto fra loro, nella prima vi sono le argomentazioni a favore della attività ossessiva, nella seconda le ragioni contro l’attività ossessiva. Abbiamo anche detto come la presenza di questo secondo livello critico implichi dei tentativi di contenimento del disturbo che spesso sono controproducenti. Lo stress emotivo legato al conflitto, la sensazione di discontrollo che il conflitto implica e la paradossalità dei tentativi di contenimento, suggeriscono l’importanza di aiutare il paziente a superare il conflitto, arrivando, per quanto possibile ad una scelta, magari di compromesso, tra le ragioni dell’attività ossessiva e quella contrarie. Qualunque sia il successo che si ottiene nel tentativo di portare il paziente ad una scelta, resta comunque il vantaggio di aiutare il soggetto a chiarire, ricordare e rendere disponibili nei momenti cruciali le motivazioni per affrontare la ERP (Gragnani, 2002) e, soprattutto, ad entrare nell’ordine di idee che è inevitabile accettare almeno in parte il rischio di non essere all’altezza della proprie responsabilità e i costi della prevenzione. Il paziente è aiutato a confrontarsi con l’impossibilità del compito che si è dato, vale a dire con il fatto che il rischio di essere accusati è ineliminabile.

La realizzazione di questa fase presuppone la ricostruzione e la condivisione della schema ed anche l’allenamento del paziente ad utilizzare lo schema come una mappa sulla quale ritrovare, nel corso della propria esperienza quotidiana, i diversi elementi.

Si passa poi ad evidenziare che il pz sta perseguendo dei fini che incompatibili tra loro, che il tentativo di raggiungere sia gli scopi della valutazione primaria sia di quella secondaria ha precise e concrete conseguenze negative, che è impossibile raggiungere entrambi gli scopi, che una scelta si impone e che ogni scelta implica il costo di una rinuncia il quale va accettato perché non si può fare altrimenti. È opportuno, anche, chiarire con il paziente la differenza tra una scelta onesta e il tentativo di auto-imporsi una linea di condotta.

Sempre in studio, si chiede al paziente di scrivere i vantaggi e gli svantaggi della attività ossessiva su due colonne affiancate, gli si chiede poi di confrontare i vantaggi e gli svantaggi, magari aiutandosi con la tecnica delle due seggiole, cioè facendogli sostenere le argomentazioni a favore

della condotta ossessiva quando è seduto su una seggiola e poi di argomentare contro, spostandosi su una seggiola posta di fronte alla precedente.

Preparato un confronto tra pro e contro della condotta ossessiva, si individuano i momenti in cui la compulsione ad agire il rituale è meno intensa. In ogni sequenza ossessiva ci sono dei rallentamenti o addirittura delle pause in cui il paziente è meno preso dagli automatismi, si aiuta il paziente ad identificarli. Gli si suggerisce, in giornate stabilite, di notare momenti di pausa in una sequenza ossessiva, di riesaminare i vantaggi-svantaggi della attività ossessiva e la discussione che aveva fatto in studio, e, a quel punto, di decidere se e quanto mettere in atto l'attività ossessiva (lavaggi, rituali, evitamenti, assicurazioni) oppure se e quanto esporsi, in base a ciò che in quel momento gli appare onestamente più opportuno.

L'obiettivo è che il pz. impari a scegliere, tenendo conto dei costi delle singole scelte, quella che considera migliore per lui in quel momento e che accetti tale scelta. Il pericolo da cui guardarsi è che il paziente, invece di scegliere, tenti di imporsi di bloccare o contenere l'attività ossessiva.

La difficoltà più frequente si presenta nel caso in cui, nonostante il lavoro preliminare, il paziente considera l'attività ossessiva come completamente estranea alla sua intenzionalità, "lavarmi le mani è più forte di me". Si può aiutare il paziente ad immaginare il seguente scenario: "immagina che un delinquente ti minacci dicendoti che se ti lavi le mani allora ucciderà tuo figlio, se al contrario sopporti lo sporco e il rischio di contagio allora lo lascerà in pace. Che faresti? Certo qui non c'è una minaccia altrettanto grave ma tieni conto che lavarti o sopportare dipende da come valuti la tua convenienza".

#### *8.2.4. La terza fase*

In questa fase si affronta il timore di colpa che caratterizza la prima valutazione dell'evento critico. Esistono a disposizione almeno due tecniche di intervento. Il primo è il cosiddetto metodo della torta (van Oppen e Arntz, 1994).

Lo scopo dell'intervento non è quello di convincere il paziente che egli non è responsabile delle conseguenze dell'evento critico, ma piuttosto è di aiutarlo a porre l'attenzione sul fatto che la sua responsabilità è contenuta dalla presenza di altri fattori causali, anche moralmente responsabili, oltre alla sua azione.

Il metodo prevede, come primo passo, di chiedere al paziente un elenco tutti i fattori che possono ragionevolmente influire sulla realizzazione della catastrofe temuta, indicando come primo elemento della lista il proprio comportamento o l'omissione di un comportamento. Vengono di seguito elencati tutti gli altri fattori cercando di concedere tutto il tempo necessario affinché la lista

possa essere il più possibile esaustiva ed eventualmente fornendo suggerimenti. È consigliabile inserire almeno 6-8 elementi in tale elenco.

2. Successivamente viene chiesto al paziente di indicare quanto ogni fattore contribuisca (o abbia contribuito) all'esito temuto, seguendo l'ordine dell'elenco e partendo dall'ultimo elemento della lista in modo da aiutarlo a defocalizzare la propria responsabilità. Quindi, la sua responsabilità sarà l'ultimo fattore preso in considerazione. Spesso accade che il paziente non lasci lo spazio per la propria responsabilità, in questo caso gli si chiede di correggere il grafico a torta. La somma dei valori assegnati deve essere 100.

Un breve esempio può aiutare la comprensione. Il paziente, ex imprenditore edile, si sentiva responsabile del possibile crollo di un palazzo da lui costruito perché, a causa della propria ignoranza, aveva utilizzato un quantitativo non ottimale di cemento. La responsabilità personale sembra essere totale, *“l'eventuale crollo dipende dalla mia omissione, e solo da essa”*. Al fine di ridimensionare l'eccessivo senso di responsabilità si cerca di aiutarlo a individuare altre cause ed altri responsabili dell'eventuale crollo. Si procede nel modo descritto. Il paziente elenca i fattori seguenti e, in una fase successiva, attribuisce la percentuale di responsabilità a ciascuno di essi partendo dalla propria omissione. I fattori responsabili di un eventuale crollo ipoteticamente dovuto alla scarsità del cemento erano a suo avviso:

*“La mia omissione”*, che risultò poi assorbire il 10% della responsabilità totale; *“l'assenza per malattia del capo mastro”*, con il 5%; *“l'ingegnere deputato al calcolo del cemento armato”*, 20%; *“il collaudatore del comune”*, 10%; *“l'ingegnere secondo collaudatore”*, 5%; *“la necessità di fare in fretta a causa del freddo”*, 5%; *“il direttore tecnico dei lavori”*, 35%; *“l'operaio della betoniera”*, 10%. Alla fine della procedura il paziente continuava a sentirsi responsabile delle possibili conseguenze del suo errore ma percepiva il peso dell'eventuale crollo distribuito su molti fattori e dunque inferiore.

Il doppio standard (van Oppen e Arntz, 1994) si fonda sul fatto che la valutazione morale che il paziente dà di se stesso risente dell'orientamento iperprudenziale di cui abbiamo parlato precedentemente mentre la valutazione che lui dà delle azioni/omissioni di altre persone non risente di tale orientamento, risultando quindi più benevola. Spostare la prospettiva dal giudizio su di sé al giudizio che altri possono dare della propria condotta, quindi, contrasta l'orientamento colpevolista. Ad esempio, viene meno l'effetto del ragionamento emozionale: *“se mi sento in colpa allora ho commesso un'azione colpevole”*.

Il doppio standard modificato (Gagnani et al., 2003), che vedremo tra breve, gioca sul fatto che normalmente siamo tutti sensibili all'opinione degli altri e tendiamo ad uniformarci il nostro

giudizio. La finalità della tecnica consiste nell'aiutare il paziente a considerare la propria condotta da un punto di vista più benevolo ma al contempo socialmente accettabile e soprattutto condiviso.

Vediamo con un esempio. Nella prima fase si chiede al paziente di descrivere l'evento di cui si sente in colpa e di cui teme di doversi rimproverare.

Alessandra si condannava per l'interruzione volontaria di una gravidanza: *“di non essere stata all'altezza delle mie responsabilità e non di essere stata una persona integerrima come papà e anche mamma. Sono sbagliata, faccio schifo, mi sono rovinata per sempre. Non sarò più come loro! Una persona integerrima non avrebbe mai fatto una cosa del genere”*. Nella seconda fase le si chiese di valutare la gravità della propria colpa utilizzando una scala visuoanalogica in cui doveva collocare se stessa all'interno di un continuum definito dalle polarità “del tutto colpevole” e “per nulla colpevole”. La paziente si collocò vicino alla prima polarità. Nella terza fase la si invitò ad immaginare una amica che stimava e che conosceva abbastanza bene, e Alessandra indicò *“Laura”*, le si chiese anche di immaginare che Laura aveva interrotto volontariamente una gravidanza in circostanze simili e di giudicarla, collocando il suo nome all'interno delle polarità utilizzate anche per lei. Alessandra pose Laura vicino alla polarità non colpevole. Come quarto passo le si chiese di spiegare perché avrebbe considerato Laura quasi non colpevole e lei rispose dicendo che era rimasta incinta per una circostanza sfortunata, che sicuramente aveva sofferto tanto per la decisione, che rinunciare alla maternità era stato un grave sacrificio ma che l'interruzione era la decisione più saggia e matura pensando realisticamente al futuro. Nel quinto passo le fu chiesto di immaginare tre persone stimate che conoscevano sia lei sia Laura ed il giudizio che queste persone avrebbero dato di Laura, sempre collocando Laura nel continuum. Secondo Alessandra tutte e tre le persone avrebbero giudicato benevolmente Laura. Le si chiese anche di immaginare le argomentazioni dei tre. Nel sesto passo la si invitò ad immaginare il giudizio che le tre persone avrebbero dato di Alessandra stessa. Anche in questo caso il giudizio stimato era sostanzialmente benevolo. Infine fu invitata a dare nuovamente un giudizio su se stessa, che risultò decisamente migliore di quello iniziale.

#### 8.2.5. La quarta fase

È la fase della esposizione e prevenzione della risposta. Nel recente volume di Dettore (2003) è ottimamente riassunta la letteratura sulla ERP. Mi preme sottolineare solo alcuni punti: è buona norma cominciare l'esposizione con le situazioni che il paziente è più motivato ad affrontare, piuttosto che le meno ansiogene. Non è necessario, infatti, che l'esposizione segua soltanto un criterio di gradualità dell'ansia evocata. In secondo luogo sono preferibili sedute di esposizione



prolungate e frequenti. In terzo luogo è opportuno incoraggiare il paziente ad esporsi anche negli intervalli fra le sedute, magari ad eventi meno ansiogeni di quelli affrontati con il terapeuta. Soprattutto è buona norma incoraggiare il paziente a prendere l'iniziativa di esporsi. Infine è importante che le sedute di esposizione terminino con il paziente tranquillo. Qui mi limiterò a dare **un esempio** (Capo et al., 2003) in cui la sintomatologia si svolgeva quasi esclusivamente a livello mentale e per mostrare il *rationale* della scelta di eseguire una ERP alla luce dello schema proposto.

La paziente aveva 29 anni, era sposata da 10 e aveva tre figli di età compresa tra i 4 ed i 9 anni, era maestra elementare. Alcuni dati anamnestici sembrano poter reso la paziente vulnerabile al DOC. Alla nascita della paziente la madre aveva 40 anni. Viene descritta da lei come più anziana delle altre madri, fragile e dipendente, incapace di gestire i problemi quotidiani. Dunque da proteggere anche perché il padre non viveva con loro. La paziente si era spesso sentita caricata di responsabilità più grandi di lei. La madre e la nonna della paziente erano dedite a pratiche esoteriche (tarocchi e cartomanzia), per questa ragione la paziente attribuiva una certa plausibilità alle credenze magico superstiziose pur ritenendole del tutto improbabili. Viveva con loro una sorella della madre, disabile mentale. Da sempre aveva avuto il timore di poter avere dei figli handicappati e che potessero nascere con malattie e malformazioni congenite.

#### ESORDIO ED EVOLUZIONE DEL PROBLEMA:

Primi sintomi ossessivi a 14 anni, di lieve intensità e pertanto trascurati, nella ricostruzione anamnestica non si riuscì a comprendere le ragioni dello scompensamento.

La sintomatologia si aggravò in seguito ad alcuni eventi di cui la paziente si incolpava:

- a) difficoltà coniugali ed insoddisfazione per le scelte di vita, si rimproverava di aver scelto di rinunciare alla realizzazione professionale, sulla spinta dell'antico desiderio di avere una famiglia da cui sentirsi protetta e legittimata;
- b) aborto spontaneo al quarto mese di gestazione;
- c) morte del cane per una disattenzione della paziente, il cane, cui era molto affezionata, era finito sotto una automobile perché lei, presa dalle faccende domestiche, aveva dimenticato aperta la porta di casa;
- d) molestie sessuali da parte del suocero e conseguente rottura con la famiglia del marito. Si rimproverava di non aver saputo gestire gli approcci del suocero, di non essere stata sufficientemente determinata e poi, quando non ce la aveva fatta più, di essere stata troppo precipitosa e dirompente.

#### DINAMICA DEL DISTURBO E SINTOMATOLOGIA:

L'evento critico era la comparsa del pensiero di uno dei figli mentre, ad esempio, sentiva al telegiornale la notizia di un incidente mortale o le ultime novità sulla diffusione e la cura della leucemia.

Temeva che la associazione tra il pensiero dei figli e la notizia tragica, potesse causare quel incidente o quella malattia ai figli. Durante la terapia la paziente rimase incinta e le sue paure, in quel momento, si concentrarono sulle possibili malformazioni fetali. La paziente riteneva di essere responsabile dei propri pensieri e dei rischi conseguenti, temeva di non fare abbastanza per prevenirli.

I tentativi di soluzione a cui ricorreva consistevano in operazioni mentali, soprattutto, e comportamentali di neutralizzazione, a volte con carattere ritualistico:

contrapporre al pensiero del diavolo quello di Dio, ripetere una formula di annullamento, ripetere l'azione compiuta mentre era sopraggiunto il pensiero ossessivo, cercando di pensare ad eventi positivi.

La paziente era critica (*“So che non è logico”*), si preoccupava e si rimproverava per il suo disturbo (*“Ma guarda che razza di disturbo mi sono andata a scegliere”*, *“Sto nuocendo alla mia famiglia”*, *“Sono una scema che faccio queste cose pur non credendoci”*, *“Se faccio queste cose allora vuol dire che sono matta. Ha ragione mio marito”*).

Per controllare il suo disturbo cercava di seguire l'autoistruzione *“non devo più dare retta a tutte queste sciocchezze, non ci devo più pensare”*, oppure ricorreva al modo *“più di prima”*, *“stanno per tornare i bambini da scuola, meglio che non mi faccia trovare angosciata, neutralizzo subito tutti i pensieri brutti, così non ci penso più!”*. Ad aumentare il senso di colpa e di indegnità conseguente al disturbo, contribuivano anche le aspre critiche del marito e l'atteggiamento provocatorio ed oppositivo del figlio che lei attribuiva alla percezione che il figlio aveva delle sue *“stranezze”*.

#### ESPOSIZIONE E PREVENZIONE DELLA RISPOSTA (ERP):

La ERP è stata preceduta dalla ricostruzione e condivisione dello schema, fu anche affrontato il timore di colpa e fu motivata al trattamento espositivo con la procedura da noi definita dal conflitto alla scelta e spiegandole il *rationale* della ERP. In particolare le fu mostrato come i tentativi di soluzione procuravano un limitato benessere nell'immediato ma erano in realtà controproducenti, ad esempio era inevitabile che il pensiero del diavolo comparisse alla sua mente quanto più lei cercava di non pensarci o quanto più investiva nei rituali di annullamento, per giunta i tentativi di soluzione di primo ordine alimentavano le critiche ed il malessere del marito e dei figli e, in definitiva, i suoi sensi di colpa. Le fu spiegato che tramite l'esposizione lei avrebbe sperimentato ed imparato che

l'ansia ed anche la percezione di pericolo si sarebbero dissolte da sole se soltanto avesse aspettato 30-40 minuti senza fare nulla e che, successivamente, i tempi di riduzione dell'ansia sarebbero diminuiti, fino al punto in cui lei avrebbe imparato a fare spallucce di fronte agli eventi critici risparmiandosi così tutti i costi delle compulsioni. La ERP è consistita nella esposizione a stimoli ansiogeni e nel blocco, attraverso interventi verbali, dei tentativi di soluzione di primo ordine. l'emissione di comportamenti ritualistici e/o le attività mentali di neutralizzazione

Il terapeuta iniziò l'esposizione dapprima scrivendo su un foglio il proprio nome e accanto la parola leucemia e la parola diavolo. Si chiese alla paziente di leggere, focalizzare bene quello che aveva letto, aspettare che sorgesse il timore di poter causare la leucemia al terapeuta e l'impulso a neutralizzare. In questo momento doveva dare un punteggio, tramite scala visuoanalogica, sia al livello di ansia sia all'impulso a neutralizzare sia a quanto credeva alla possibilità di causare la leucemia al terapeuta, la si invitava a quel punto a non dar corso all'impulso. Per aiutarla le si ricordava quanto già spiegato e concordato precedentemente nella terapia, e le si chiedeva di aspettare che l'ansia diminuisse da sola. Quando la paziente diceva di sentirsi più tranquilla le si chiedeva di ridare i punteggi sempre tramite scala visuoanalogica. Poi si confrontavano i punteggi presi prima e dopo al fine di farle vedere con chiarezza che non dare corso ai rituali era seguito spontaneamente da un miglioramento. In particolare si metteva in luce come con il ridursi della preoccupazione andava scemando anche la sensazione di probabilità che l'evento temuto si verificasse realmente.

Gli eventi furono resi via via più critici cambiando il nome scritto sul foglio fino ad arrivare ai nomi dei figli e sostituendo alle parole scritte, fotografie e disegni maggiormente evocativi.

### 8.2.6. La quinta fase

L'obiettivo della quinta fase è il più importante ed ambizioso, tanto è vero che certamente tutti gli psicoterapeuti di qualunque orientamento sarebbero d'accordo nel perseguirlo. Si tratta di ridurre la vulnerabilità al DOC, e dunque, dal nostro punto di vista, la disposizione a sentirsi moralmente disprezzabili. Sfortunatamente qui la conoscenza scientifica ci sostiene assai meno di quanto sarebbe opportuno, tuttavia, data l'importanza del punto, darò delle indicazioni fondate principalmente sulla nostra esperienza terapeutica.

È possibile distinguere due approcci terapeutici: il primo è tradizionalmente cognitivista il secondo esperienziale. Nel primo si tratta di identificare episodi, passati, meglio se precoci, in cui il paziente si è sentito particolarmente colpevole, per affrontarli con una delle tecniche a disposizione come la torta o, ancor meglio, il doppio standard.

Più interessante e promettente l'approccio esperienziale che è descritto da Arntz e Weertman (1999). Questo protocollo si ispira agli interventi delle terapie umanistiche ed è utilizzato nei disturbi di personalità in cui si è dimostrato efficace. Nasce dalla constatazione che i pazienti sistematicamente tendono a considerare i controesempi delle loro interpretazioni ed aspettative attuali come delle eccezioni, mantenendo intatte le idee fondanti la propria identità personale e le principali aspettative sulla propria esistenza. L'idea è che tali interpretazioni ed aspettative siano più sensibili alla elaborazione del ricordo di episodi prototipici, di solito infantili, in cui il paziente le ha, per così dire messe a fuoco e consolidate. Nel caso dei pazienti ossessivi gli episodi prototipici dovrebbero riguardare esperienze di accuse rabbiose o di responsabilizzazioni cui il paziente non ha potuto sottrarsi nonostante le sentisse esagerate rispetto alle proprie capacità.

Il protocollo consiste nell'aiutare il paziente a rivivere un episodio, in tutti i suoi aspetti soprattutto emotivi e sensoriali, per poi immaginare di inserire nella scena dei cambiamenti che conducono ad un finale diverso da quello reale, ma plausibile e ragionevolmente sereno e positivo.

Il *rationale* dell'intervento non è chiarissimo, infatti come una fantasia sul passato, cioè una esperienza controfattuale, che il paziente sa essere tale, può aiutare a cambiare idee su di sé e sulla propria vita? Probabilmente immaginare che i fatti avrebbero potuto e dovuto andare in modo diverso smorza l'impressione di essere inevitabilmente persone disprezzabili e che vi sia un destino anch'esso inevitabile ed assoluto che porta verso esperienze di disprezzo insuperabili. È anche ragionevole attribuire un ruolo importante alla legittimazione della propria sofferenza. Tali temi tuttavia esulano dallo scopo del capitolo.

### *8.2.7. La sesta ed ultima fase: la prevenzione della ricaduta*

L'osservazione clinica suggerisce che le ricadute del DOC possono essere drammatiche: dopo aver faticosamente raggiunto un miglioramento notevole, il paziente può peggiorare in modo drammatico. La ragione della drammaticità presumibilmente è da ricercarsi alla potenza dei meccanismi ricorsivi, legati in parte al timore di colpa ed in parte alla autocritica.

È opportuno dunque prevenire la ricaduta. Per farlo si può procedere innanzitutto anticipando la possibilità che ciò accada, in secondo luogo, assieme al paziente, si cerca di individuare le circostanze che facilitano lo scompenso, ad esempio, auto o etero colpevolizzazioni o aumenti delle responsabilità, si cerca anche di identificare i segni premonitori della ricaduta cioè i piccoli sintomi ossessivi, si sdrammatizza la eventuale ricaduta sottolineando il ruolo che possono avere gli automatismi ricorsivi e aumentando il senso di autoefficacia nella gestione del DOC, a questo fine è utile rintracciare ciò che il paziente ritiene sia stato efficace nella terapia e allenare il paziente a utilizzarlo.

## 9. Conclusioni

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) è uno dei disturbi d'ansia più frequenti ed ha generalmente gravi conseguenze sulla qualità della vita dei pazienti a causa della naturale tendenza alla cronicizzazione, per la sofferenza che implica e per gli ostacoli che pone alla realizzazione esistenziale.

In questo capitolo sono state affrontate alcune fondamentali questioni riguardanti il DOC. La prima è relativa a quale stato mentale possa considerarsi alla base della genesi e del mantenimento di questa patologia. La seconda, strettamente connessa alla prima, è relativa a come tale stato mentale possa generare ossessioni e compulsioni. La terza riguarda i motivi per cui il comportamento compulsivo si mantiene così a lungo nel tempo, nonostante le conseguenze pesantemente negative che procura all'agente e a dispetto del suo stesso giudizio critico (egodistonia) sull'attuazione delle compulsioni stesse.

A tal fine, abbiamo fatto ricorso ad una spiegazione del DOC di matrice strettamente cognitiva, che definisce la mente come un sistema di scopi e conoscenze con cui un individuo valuta la propria esperienza, e che regola le reazioni emotive, l'attività mentale e la condotta. In quest'ottica, ossessioni e compulsioni possono essere considerate attività finalizzate al raggiungimento di un obiettivo, che è presente nella mente del paziente. Tali finalità diventano evidenti nel momento in cui se ne individuano i determinanti cognitivi, ovvero le previsioni e le valutazioni.

Noi assumiamo che gli scopi morali e le credenze coinvolti sia nella genesi che nel mantenimento del DOC, riguardano soprattutto il tentativo di agire/omettere un'azione in modo da non causare un danno ingiusto, ad altri o a se stessi, e/o la trasgressione di una norma morale. Riteniamo, perciò, che la finalità principale alla base del DOC sia l'evitamento di una colpa per irresponsabilità.

A favore del fatto che ossessioni e compulsioni sarebbero attività regolate da scopi e credenze connesse con la responsabilità vi sono diverse prove sperimentali che possono essere distinte in due gruppi. Nel primo vi sono le ricerche di Lopatcka e Rachman (1995), Shafran (1997) e Ladouceur et al. (1995) che dimostrano come la diminuzione del senso di responsabilità nei pazienti ossessivi implichi la diminuzione dei sintomi ossessivi di fronte allo stimolo critico. Ad esempio, se il paziente accetta che la responsabilità di chiudere il rubinetto del gas passi sulle spalle dello sperimentatore allora egli effettua il controllo in modo non ossessivo, vale a dire, tranquillo, senza ripetizioni e persistenze. Il secondo gruppo di esperimenti dimostra che l'induzione in soggetti normali di uno spiccato senso di responsabilità nei confronti di un esito, implica che l'attività preventiva acquisti caratteristiche ossessive.

Il timore di colpa per irresponsabilità spiega anche la ripetitività e la particolarità dell'attività ossessiva: infatti l'ossessivo è più preoccupato della correttezza della propria performance che del

risultato; l'importante per lui è prevenire la possibilità di essere colpevole di non aver fatto tutto quanto suo dovere, più che prevenire effettivamente un certo danno.

Rispetto alla cronicità dell'attività ossessiva si è messo in luce come il timore di colpa inneschi numerosi circoli viziosi di mantenimento sia di natura cognitiva (influsso della colpa sul ragionamento), sia comportamentale (conseguenze “perverse” della ripetitività e della persistenza delle condotte compulsive) sia emotiva (influsso degli stati affettivo-emozionali sui processi cognitivi, come nel *ragionamento emozionale*).

In conclusione, molti dati sperimentali e molte osservazioni cliniche convergono a sostegno dell'idea che l'attività ossessiva sia, fondamentalmente, finalizzata a prevenire la possibilità di essere disprezzati per ragioni strettamente morali ma anche per ragioni legate al disgusto.

A determinare alcune peculiarità della attività ossessiva concorre, spesso, anche il fatto che il paziente cerca di contrastare la sua stessa attività ossessiva utilizzando strategie disfunzionali che tendono, al contrario, ad innescare circuiti perversi di mantenimento del problema. La clinica del DOC, quindi, deve indirizzarsi ad entrambi questi domini, ossia, si deve occupare dell'interruzione dei circoli viziosi di mantenimento ma anche ridurre la particolare sensibilità dei pazienti ossessivi verso la colpa e lo svilimento morale (l'essere disprezzati).

## BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 4<sup>th</sup> edition (DSM IV<sup>o</sup>)*. Washington, American Psychiatric Association.
- Angyal A. (1941), Disgust and related aversions. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 36, 393-412.
- Arntz A., Rauner M. e van den Hout M. (1995), "If I feel anxious, there must be danger": ex-consequentia reasoning in inferring danger in anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, pp. 917-925.
- Arntz A. e Weertman A. (1999), Treatment of childhood memories: theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 715-740.
- Bara B., Manerchia L. e Pelliccia A. (1996), La sindrome ossessiva. In B. Bara (a cura di), *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Torino, Bollati Boringhieri.
- Barcaccia B. e Perdighe C. (2001), *Un caso di Disturbo Ossessivo-Compulsivo trattato in co-terapia*. Relazione presentata al "III Congresso dell'Associazione Italiana di Analisi e Modificazione del Comportamento e di Terapia Comportamentale e Cognitiva (AIAMC)". Palermo, ottobre 2001.
- Beck A.T., Emery C. e Greenberg R.I. (1985), *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York, Basic Books.
- Bouchard C., Rheaume J. e Ladouceur R. (1999), Responsibility and perfectionism in OCD: an experimental study. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 239-248.
- Bouvard M., Harvard A., Ladouceur R. e Cottraux J. (1997), *Le trouble obsessionnel-compulsif et la responsabilité excessive*. *Revue Francophone de Clinique Comportamentale et Cognitive*, 2, 9-16.
- Bower G.H. (1981), Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Capo R., Bettini A., Articoli D. (2002), *L'esposizione con prevenzione della risposta in un caso di DOC con ruminazioni e neutralizzazioni mentali*. Relazione presentata allo "XI Congresso Nazionale della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC)". Bologna, settembre 2002.
- Carr A.T.A. (1974), Compulsive neurosis: a review of the literature. *Psychological Bulletin*, 81, 311-318.



- Cartwright-Hatton S. e Wells A. (1997), Beliefs about worry and intrusion. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-296.
- Cassano G.B., Pini S., Sacttoni M. e Dell'Osso L. (1999), Multiple anxiety disorder comorbidity in patients with mood spectrum disorders with psychotic features. *American Journal of Psychiatry*, 156 (3), 474-476.
- Castelfranchi C. (1994), Sentirsi in colpa. In C. Castelfranchi, R. D'Amico e I. Poggi (a cura di), *I sensi di colpa*. Firenze, Giunti.
- Dar R. e Katz H. (2002), *Action Identification in Obsessive-Compulsive Washers*. Relazione presentata al "The annual European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT) Congress". Maastricht (the Netherlands), settembre 2002.
- de Jong P.J., Haenen M., Schmidt A. e Mayer B. (1998), Hypochondriasis: the role of fear-confirming reasoning. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 65-74.
- de Jong P.J., Mayer B. e van den Hout M. (1997), Conditional reasoning and phobic fear: Evidence for a fear-confirming pattern. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 507-516.
- DesPres T. (1976), *The survivor*. Oxford, Oxford University Press.
- Dèttore D. (2003), *Il disturbo ossessivo-compulsivo: Caratteristiche cliniche e tecniche di intervento*. Milano, McGraw-Hill.
- Ehnholt K.A., Salkovskis P.M. e Rimes K.A. (1999), Obsessive-compulsive disorder, anxiety disorders, and self-esteem: An exploratory study. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 771-781.
- Engelhard I. M., Macklin M., McNally R. J., van den Hout M.A. e Arntz A. (2003), Emotion- and intrusion-based reasoning in Vietnam veterans with and without chronic post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1339-1348.
- Engelhard I. M., van den Hout M.A. e Arntz, A. (2001), Post-traumatic stress disorder after pregnancy loss. *General Hospital Psychiatry*, 23, 62-66.
- Engelhard I. M., van den Hout M.A., Arntz, A. e McNally R. J. (2002), A longitudinal study of "intrusion-based reasoning" and posttraumatic stress disorder after exposure to a train disaster. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1415-1424.
- Evans J.St.B.T. e Over D.E. (1996), Rationality in the selection task: epistemic utility versus uncertainty reduction. *Psychological Review*, 103, 356-363.
- Foa E.B., Ilai D., McCarthy P.R., Shoey B. e Murdock T. (1993), Information processing in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 173-189.
- Fodor J.A. (1983), *The modularity of mind*. Cambridge, Mass.: M.I.T. Press.

- Freeston M.H., Ladouceur R., Gagnon F. e Thibodeau N. (1993), Beliefs about obsessional thoughts. *Journal of psychopathology and Behavioural Assessment*, 15, 1-21.
- Freud, S. (1909), Bemerkungen über einen Fall von Zwangneurose. Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen, I, 357-421. Trad. It.: Il caso dell'uomo dei topi. Osservazioni su un caso di nevrosi ossessiva. In *Opere di S. Freud 1886/1921*. Vol. 22. (1976). Roma, Newton Compton Editori.
- Galderisi S., Mucci A. e Maj M. (1996), La sindrome ossessivo-compulsiva in una prospettiva neuropsicologica. *NOOS*, 2, 3-20.
- Gangemi A., Balbo M., Bocchi C., Carriero L., Filippi B., Lelli F., Mansutti F., Mariconti A., Moscardini S., Olivieri M, Re L., Setti R., Soldani L. e Mancini F. (2003b), Responsabilità, timore di colpa e processo di controllo delle ipotesi. In corso di pubblicazione su *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*.
- Gangemi A., Baldini B., Carini F., Cieri L., Ciocci R., Cioce A., Ercoli S., Frellicca T., Frenza M., Masi D., Bozzolo E., Reale B. e Mancini F. (2003a), *Timore di colpa e intolleranza all'incertezza*. In corso di pubblicazione su *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*.
- Giovinazzo S. e Siano F. (2002), La teoria del controllo mentale. *Psichiatria e Psicoterapia Analitica*, 21, 10-18.
- Gragnani A. (2002), *Dal conflitto alla scelta*. Relazione presentata allo "XI Congresso Nazionale della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC)". Bologna, settembre 2002.
- Gragnani A., Barcaccia B., Perdighe C. e Mancini F. (2003), *L'intervento sul senso di colpa nel disturbo ossessivo-compulsivo*. Relazione presentata al "IV Congresso Nazionale della Society for Psychotherapy Research". Milano, novembre 2003.
- Gragnani A. e Cosentino T. (2002), *L'intervento sul senso di colpa nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo*. Relazione presentata allo "XI Congresso Nazionale della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC)". Bologna, settembre 2002.
- Greist J.H. (1994), Behavior therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55 (Suppl.), 60-68.
- Guidano V.F. (1988), *La complessità del sé*. Torino, Bollati Boringhieri.
- Guidano V.F. e Liotti G. (1983), *Cognitive processes and emotional disorders*. New York, Guilford.
- Hafner, (1988), Obsessive-compulsive disorder: a questionnaire survey of a self-help group. *International Journal of Social Psychiatry*, 34, 310-315.

- Insel T.R. (1990), Phenomenology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 4-8.
- Jones M.K e Menzies R.G. (1997), Danger ideation reduction therapy (DIRT): preliminary findings with three obsessive-compulsive washers. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 673-684.
- Kirby K.N. (1994), Probabilities and utilities of fictional outcomes in Wason's four card selection task. *Cognition*, 51, 1-28.
- Koran L.M., Thienemann M.L. e Davenport R. (1996), Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, 783-788.
- Kozak M.J., Liebowitz M.R. e Foa E.B. (2000), Cognitive behaviour therapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder: The NIMH-Sponsored Collaborative Study. In W.K. Goodman, M.V. Rudorfer e J.D. Maser (a cura di), *Obsessive-compulsive disorder: Contemporary issues in treatment*. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Kozak M.J. e Foa E.B. (1994), Obsessions, overvalued ideas and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 343-353.
- Ladouceur R., Rhéaume J., Freeston M.H., Aublet F., Jean K., Lachance S., Langlois F. e De Pokomandy-Morin K. (1995), Experimental manipulations of responsibility: an analogue test for models of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 955-960.
- Levi P. (1967), *Se questo è un uomo*. Torino, Einaudi.
- Lopatka C. e Rachman S. (1995), Perceived responsibility and compulsive checking: an experimental analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 673-684.
- Lorenzini R. e Sassaroli S. (1995), *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità*. Milano, Raffaello Cortina.
- Mancini F. e Gangemi A. (2004a), ..... In corso di pubblicazione su *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*.
- Mancini F. e Gangemi A. (2004b), ..... In corso di pubblicazione su *Sistemi Intelligenti*.
- Mancini F. e Gragnani A. (1998), Disgusto, Contagio e Cognizione. In corso di pubblicazione su *Psichiatria e Psicoterapia Analitica*.
- Mancini F. (1998), Il disgusto e il suo ruolo nel disturbo ossessivo-compulsivo. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 4, 123-134.
- Mancini F. (2002), Un modello cognitivo del Disturbo Ossessivo-Compulsivo. *Psicoterapia*, 22-23, 43-60.

Mancini F. e Episcopo A. (2004), ..... In corso di pubblicazione su *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*.

Mancini F. e Gangemi A. (2002a), Il ragionamento condizionale e la responsabilità. *Giornale Italiano di Psicologia*, 1, 95-112.

Mancini F. e Gangemi A. (2002b), *The Influence of Responsibility and Guilt on Hypothesis-Testing Process*. Relazione presentata al "The annual European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT) Congress". Maastricht (the Netherlands), Settembre 2002.

Mancini F. e Gangemi A. (2002c), Role of Responsibility in Conditional Reasoning. *Psychological Reports*, 91, 275-288.

Mancini F. e Semerari A. (1991), Cognitivismo e condotte nevrotiche. In T. Magri e F. Mancini (a cura di), *Emozione e Conoscenza*. Roma, Editori Riuniti.

Mancini F., D'Olimpio F. e Cieri L. (2003), Manipulation of responsibility in non-clinical subjects: Does expectation of failure exacerbate obsessive-compulsive behaviours? In corso di pubblicazione su *Behaviour Research and Therapy*.

Mancini F., D'Olimpio F. e D'Ercole S. (2001), Responsibility attitude, obsession and compulsion: a further support in a non-clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 274-281.

Mancini F., Gangemi A. e van den Hout M. (2003), *Guilt-as-information mechanism*, In corso di pubblicazione su .....

Mancini F., Gragnani A., Orazi F. e Pietrangeli M.G. (1999), Obsessions and compulsions: normative data on the Padua Inventory from an Italian non-clinical adolescent sample. *Behaviour Research and Therapy*, 37 (10), 919-925.

Mancini F., Gragnani A. e D'Olimpio F. (2001), The Connection between disgust and obsessions and compulsions in a non-clinical sample. *Personality and Individual Differences*, 31, 1171-1178.

Manktelow K.I. e Over D.E. (1991), Social roles and utilities in reasoning with deontic conditionals. *Cognition*, 39, 85-105

McFall M.E. e Wolkersheim J.P. (1979), Obsessive-compulsive neurosis: a cognitive-behavioural formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 333-348.

Menzies R.G., Harris L.M., Cumming S.R e Einstein, D.A. (2000), The relationship between inflated personal responsibility and exaggerated danger expectancies in obsessive compulsive concerns. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1029-1037.

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997), Cognitive assessment of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.

- Phillips M.L., Senior C., Fahy T. e David A.S. (1998), Disgust: The forgotten emotion in psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 172, 373-375.
- Power M. e Dagleish T. (1997), *Cognition and Emotion: From Order to Disorder*. Hove, Psychology Press.
- Rachman S. (1993), Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149-154.
- Rachman S. (1997), A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 793-802.
- Rachman S. (1998), A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385-403.
- Rachman S. (2002), A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 625-640.
- Rachman S., Thordarson D., Shafran R. e Woody S.R. (1995), Perceived responsibility: structure and significance. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 779-784.
- Radomsky A.S. e Rachman S. (1999), Memory bias in Obsessive-compulsive disorder (OCD). *Behaviour Research and Therapy*, 37, 605-618 .
- Radomsky A.S., Rachman S. e Hammond D. (2001), Memory bias, confidence and responsibility in compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 813-822.
- Ravizza L., Bogetto F. e Maina G. (1997), *Il disturbo ossessivo compulsivo*. Milano, Masson.
- Reda, M.A. (1987), *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*. Roma, NIS.
- Reed G.F. (1985), *Obsessional Experience and Compulsive Behaviour: A Cognitive Structural Approach*. London, Academic Press Inc.
- Rh eume J., Ladouceur R., Freeston M.H. e Letarte H. (1995), Inflated responsibility in obsessive compulsive disorder: validation of an operational definition. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 159-169.
- Rozin P. e Fallon A.E. (1987), A perspective on disgust. *Psychological Review*, 94, 23-41.
- Salkovskis P. M. (1996), Cognitive-behavioural approaches to the understanding of obsessional problems. In R. Rapee, *Current controversies in the anxiety disorders*. New York, Guilford.
- Salkovskis P., Shafran R. e Freeston M.H. (2000), Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implications for therapy and research. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 25-36.
- Salkovskis P.M. (1985), Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.

- Salkovskis P.M. e Forrester E. (2002), Responsibility. In R.O. Frost e G. Steketee (a cura di), *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions*. Oxford, Pergamon.
- Salkovskis P.M., Forrester E. e Richards C. (1998), Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *British Journal of Psychiatry*, 173, suppl. 35, 53-63.
- Salkovskis P.M. (1999), Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37 (Suppl.), 29-52.
- Shafran R. (1997), The manipulation of responsibility in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 397-407.
- Shafran R., Thordarson D.S. e Rachman S. (1996), Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 379-391.
- Smeets G., de Jong P.J. e Mayer B. (2000), If you suffer from a headache, than you have a brain tumor: domain-specific reasoning “bias” and hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 763-776.
- Smeraldi E. (2003), *Trattato Italiano di Psichiatria: Vol. 2. Il disturbo ossessivo-compulsivo e il suo spettro*. Milano, Masson.
- Spiegel D.A. (2000), Combined drug and behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: Early finding. In W.K. Goodman, M.V. Rudorfer e J.D. Maser (a cura di), *Obsessive-compulsive disorder: Contemporary issues in treatment*. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Steketee G., Frost R. O. e Cohen I. (1998), *Beliefs in obsessive-compulsive disorder*, in “Journal of Anxiety Disorder”, 12, pp. 525-537.
- Tallis F. (1995a), *Obsessive-compulsive disorder: a cognitive and neuropsychological perspective*. Chichester, Wiley.
- Tallis F. (1995b), The characteristic of obsessional thinking: difficulty to demonstrate the obvious? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2, 24-39.
- Teasdale J.D. e Russel M.L. (1983), Differential effects of induced mood on the recall of positive, negative and neutral words. *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 163-171.
- Ugazio V. (1997), *Storie permesse, storie proibite*. Torino, Bollati Boringhieri.
- Vallacher R. R. e Wegner D. M. (1987), What do people think they’re doing? Action identification and human behavior. *Psychological Review*, 94, pp. 3-15.
- Vallacher R.R. e Wegner D.M. (1985), *A theory of action identification*. Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- van den Hout M. e Kindt M. (2002), *Repeated checking causes memory distress: an explanation of meta-memory problems in OCD*. Relazione presentata al “The annual European Association for

Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT) Congress”. Maastricht (the Netherlands), settembre 2002.

van den Hout M. e Kindt M. (2002), *Repeated checking causes memory distress: an explanation of meta-memory problems in OCD*. Relazione presentata al “The annual European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT) Congress”. Maastricht (the Netherlands), settembre 2002.

van Oppen P. e Arntz A. (1994), Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 79-87.

Wason P.C. (1966), Reasoning. In B.M. Foss. (a cura di), *New horizons in psychology*. Harmondsworth, UK, Penguin.

Wilson K. A. e Chambles D. L. (1999), Inflated perception of responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 325-335.

Dennett D. (2001), Are we explaining consciousness yet? *Cognition*, 79, 221-237.