

**Pubblicato su**  
**Franco Baldini (a cura di), Homework: un'antologia di prescrizioni**  
**terapeutiche. McGraw Hill, 2004**

## **Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo**

Francesco Mancini e Andrea Gragnani

Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva (SPC)  
Associazione di Psicologia Cognitiva (APC)  
Unità Operativa per il Trattamento dei Disturbi d'Ansia e per la Ricerca Clinica

### **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 dà 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.

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.

### Alcune esemplificazioni cliniche

#### 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

---

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 block notes e di appuntarvi le informazioni utili per sciogliere eventuali dubbi.

Dopo pochi giorni la quantità dei block 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.

Lo schema proposto ha alcune caratteristiche che meritano di essere sottolineate.

Innanzitutto la prima valutazione. L'evento, nella maggior parte dei pazienti, è valutato negativamente rispetto a due generi fondamentali di scopi: l'evitamento di una colpa per irresponsabilità e l'evitamento della contaminazione da parte di sostanze disgustose.

Ad esempio Maria non temeva tanto il contagio di malattie quanto piuttosto la colpa di non essere sufficientemente attenta e prudente nella prevenzione del contagio e dunque di doversi rimproverare un domani di non essere stata sufficientemente attenta oggi. Numerosi esperimenti dimostrano il ruolo che il timore di colpa per irresponsabilità gioca nel regolare l'attività ossessiva che molto spesso risulta finalizzata a prevenire una colpa.

Un aneddoto clinico può aiutare a illustrare 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.

Il caso di Maria, poi, è interessante anche perché a ben vedere Maria percepiva molti contatti come contaminanti e non solo potenzialmente contagianti, infatti come misura preventiva utilizzava in larghissima misura i lavaggi che appunto erano finalizzati alla purificazione e non solo alla prevenzione di una malattia. Spesso i rituali di lavaggio degli ossessivi non sono finalizzati, in realtà, alla prevenzione di un contagio ma all'allontanamento di sostanze disgustose.

Il secondo aspetto rilevante dello schema è la presenza di una valutazione secondaria che, come si è già detto, si traduce in tentativi di soluzione che spesso hanno l'effetto paradossale di incrementare l'attività ossessiva. E' molto importante sottolineare la possibilità che alcuni disturbi ossessivi si reggano sostanzialmente sulla presenza della sola valutazione secondaria e del ruolo paradossale dei tentativi di soluzione che, di conseguenza, il paziente mette in atto, come nel caso di Giuseppe.

Il terzo aspetto rilevante concerne la presenza di meccanismi ricorsivi che coinvolgono non solo la valutazione secondaria e i relativi tentativi di soluzione secondari ma anche gli stessi tentativi di soluzione primari. Infatti ciò che automaticamente o intenzionalmente il paziente fa al fine di risolvere il problema posto dall'evento critico, tende ad avere effetti paradossali. Ad esempio, Maria quando usciva di casa guardava con estrema attenzione intorno a se con l'intento di prevenire il contatto con persone sospette. E' intuitivo che di conseguenza ai suoi occhi appariva un numero di eventi critici maggiore di quello che potrebbe apparire a chi gira per la strada senza i suoi timori. Diversi esperimenti, inoltre, suggeriscono che il timore di colpa per irresponsabilità orienta i processi di elaborazione delle informazioni in modo che le aspettative di pericolo sono confermate e rafforzate e le ipotesi tranquillizzanti sono disconfermate. E' evidente come ciò facilmente vanifichi i tentativi di rassicurazione dei pazienti ossessivi. Altri esperimenti dimostrano come in condizioni di timore di colpa aumenta il numero di controlli e come alla ripetizione dei controlli segua una diminuzione importante della fiducia nella propria memoria e dunque, paradossalmente, si rafforzi l'urgenza di controlli ulteriori.



I tre aspetti dello schema ora considerati suggeriscono il rationale dell'intervento terapeutico. La terapia infatti sarà mirata a modificare le valutazioni primarie tramite interventi cognitivi sul timore di colpa (ad esempio la tecnica del doppio standard, van Oppen e Arntz, 1994) e di contaminazione (ad esempio ristrutturazione "da sostanza schifosa a insieme di atomi e molecole" (Barcaccia e Perdighe, 2001), ad interrompere i tentativi di soluzione di primo ordine attraverso l'esposizione agli eventi critici e la prevenzione della risposta (la famosa ERP), a modificare la valutazione secondaria portando il paziente a sdrammatizzare la presenza del disturbo (vedi "L'ossessivo felice", Baldini, 1998).

La vulnerabilità.

Al fine di prevenire le ricadute è utile ridurre la vulnerabilità al DOC che, presumibilmente, dipende dalla ipersensibilità alle critiche morali provenienti dagli altri più significativi (Enholt et al, 1999). Tale ipersensibilità può essere affrontata in vari modi e fondamentalmente lavorando sulle esperienze attuali e dunque dando al paziente, ad esempio, abilità maggiori utili a gestire il rapporto con i potenziali critici, ad esempio training assertivo, o aiutandolo a sdrammatizzare e ad accettare la possibilità di essere criticato, ad esempio attraverso adeguate ristrutturazioni cognitive. E' possibile e spesso anche utile lavorare sul ricordo delle esperienze precoci che hanno sensibilizzato il paziente alla critica rievocandole e aiutando il paziente a rielaborarle.

## **La terapia del DOC e il ruolo degli homework**

### Premessa

Nell'ambito della Unità Operativa per il Trattamento dei Disturbi d'Ansia e per la Ricerca Clinica della Scuola di Psicoterapia Cognitiva (APC-SPC) utilizziamo un protocollo psicoterapeutico di intervento fondato sulle prove di efficacia attualmente disponibili.

Presenteremo alcune attività di homework che si possono utilizzare nella terapia del DOC e descriveremo specifici homework per ogni fase del protocollo.

Il protocollo, oltre ad una fase preliminare volta alla ricostruzione del profilo esterno del disturbo (esperienze di apprendimento, fattori di vulnerabilità al disturbo, i fattori di scompensazione, ecc), consta di 5 fasi: 1 fase) la ricostruzione del profilo interno del disturbo; 2 fase) "dal conflitto alla scelta"; 3 fase) l'intervento sul timore di colpa e sul timore di contaminazione; 4 fase) l'esposizione con prevenzione della risposta (ERP); 5 fase) la riduzione della vulnerabilità al DOC e la prevenzione della ricaduta (per una descrizione analitica del protocollo si veda Mancini, 2004).

## **Fase 1) la ricostruzione del profilo interno del disturbo**

Questa fase è di fondamentale importanza e consiste nella ricostruzione della schema e nella sua condivisione con il paziente. Ricordiamo che lo schema è così organizzato:

evento critico ⇒ prima valutazione ⇒ primi tentativi di soluzione ⇒ seconda valutazione ⇒ secondi tentativi di soluzione.

## **Homework 1) Ricostruzione della prima valutazione**

### Razionale e obiettivi

Procedendo nella ricostruzione del significato attribuito all'evento, l'ausilio degli homework, specialmente quando si lavora con pazienti che hanno una lunga storia di malattia e/o una scarsa capacità introspettiva, è già di fondamentale importanza. Difatti per molti pazienti il passaggio ai tentativi di soluzione è praticamente automatico (Salkovskis, 1999).

In questi casi può essere di grande utilità costruire degli esperimenti comportamentali, ad esempio, chiedere al paziente di esporsi da solo all'evento temuto durante la settimana. In questo caso l'obiettivo dell'esposizione è essenzialmente autoosservativo, cioè di esporre il paziente all'evento temuto in modo di far elicitarne i significati personali attribuiti all'evento, farlo soffermare sulle implicazioni catastrofiche che per lui potrebbe avere l'evento, al fine di consentirgli di chiarire le motivazioni che lo spingono a mettere in atto l'attività ossessiva e compulsiva (ruminazioni, evitamenti, controlli, lavaggi).

### Esempio

Paolo, paziente di 32 anni, sposato. La qualità della sua vita è seriamente compromessa da un Disturbo Ossessivo Compulsivo caratterizzato da una serie di controlli ripetuti che sente di dover fare contro la sua volontà in molte situazioni. Ad esempio quando esce di casa per ultimo deve controllare più e più volte che la porta sia ben chiusa a chiave e contemporaneamente quando gira le chiavi fa un mezzo giro in più per essere sicuro di aver dato tutte le mandate, uscendo dal lavoro deve controllare di aver preso tutti i suoi oggetti personali dalla scrivania e dai cassetti, dopo essere sceso dalla macchina deve controllare più volte di aver ben inserito l'antifurto e di aver ben chiuso i finestrini e di aver tolto la radio (nonché di aver preso tutti i suoi oggetti personali), ecc.

Durante l'assessment e la ricostruzione dello schema del disturbo Paolo ritiene che i suoi comportamenti ossessivi siano del tutto automatici, che non può farci nulla, e che probabilmente tutto ciò sia il risultato di "qualche rotella fuori posto". Appare completamente in balia del suo disturbo.

Abbiamo tentato di far emergere i contenuti ideativi della prima valutazione dello schema in vari modi, ad esempio attraverso ABC, metafore, ecc., ma Paolo non riusciva ad identificare nessun nesso tra l'evento (pensiero intrusivo) e il comportamento compulsivo. Abbiamo utilizzato anche alcuni esperimenti immaginativi in cui, ad esempio, si chiedeva a Paolo dapprima di immaginare di aver parcheggiato l'automobile e di avere inserito l'allarme una volta sola, e successivamente gli si chiedeva "che cosa succede se ora te ne vai senza neanche voltarti a guardare?". Ma anche queste simulazioni non hanno dato l'esito desiderato.

### Modalità

Decidiamo alla fine della seduta di costruire un esperimento di esposizione in vivo per indagare le cognizioni implicate nella condotta ossessiva.

L'esperimento era il seguente: domani mattina quando esci di casa (la moglie sarebbe uscita prima di lui per esigenze lavorative) chiudi la porta una volta sola senza fare l'ultimo mezzo giro e poi prendi direttamente l'ascensore. Presta attenzione a quello che succede e a quello che ti passa in mente, o se non ci riesci, fai attenzione a quello che pensavi sarebbe potuto accadere se avessi fatto ciò che avevamo deciso.

La mattina successiva mi telefona dicendomi: "ci ho provato, poi quando mi sono girato andando verso l'ascensore mi è venuta in mente l'immagine della casa svaligiata dai ladri, tutto distrutto a causa della porta lasciata aperta e mi sono sentito per un attimo tremendamente in colpa di essere stato io la causa di tutto questo, solo per la mia negligenza e per non perdere qualche minuto in più, ... sono tornato indietro e ho controllato un sacco di volte, finché non mi sono sentito meglio...".

Con questo semplice esperimento di esposizione Paolo è riuscito ad identificare e a spiegarsi il perché di quella condotta altrimenti assurda: evitare di essere il responsabile dell'accadimento temuto, in sostanza, evitare un timore di colpa, altrimenti insopportabile.

## **Homework 2) Evidenziare l'aspetto controproducente dei Tentativi di Soluzione di secondo ordine: Registrazione dei pensieri intrusivi (Salkovskis, 1999)**

### Razionale e obiettivi

Un aspetto fondamentale nella ricostruzione e nella condivisione dello schema del disturbo è quello di mostrare al paziente come alcune modalità spontanee di contenimento del disturbo siano francamente controproducenti, e come queste diventino fattori di mantenimento del disturbo stesso.

Uno dei tentativi di contenimento più frequenti, nei pazienti con DOC, è il tentativo di soppressione dei pensieri temuti. Sia l'esperienza clinica che le ricerche empiriche (ad es. Wegner, Schneider, Carter, e White, 1978; Wegner, 1989) hanno dimostrato il cosiddetto "effetto orso bianco". La

dinamica è la seguente: il tentativo di sopprimere un pensiero produce un effetto di "*rebound*", ossia un incremento nella frequenza, nell'intensità e nella persistenza del pensiero stesso. Tale fenomeno si manifesta perché se un individuo cerca attivamente di evitare un pensiero deve inevitabilmente rappresentarselo nella mente, con il risultato che la rappresentazione del pensiero temuto si autoriattiva continuamente.

Per rendere consapevole i pazienti dell'effetto paradossale provocato dal tentativo di soppressione del pensiero, possono essere utilizzati degli homework comportamentali, quali la Registrazione dei Pensieri Intrusivi (Salkovskis, 1999).

### Modalità

L'esperimento a casa è composto da due fasi:

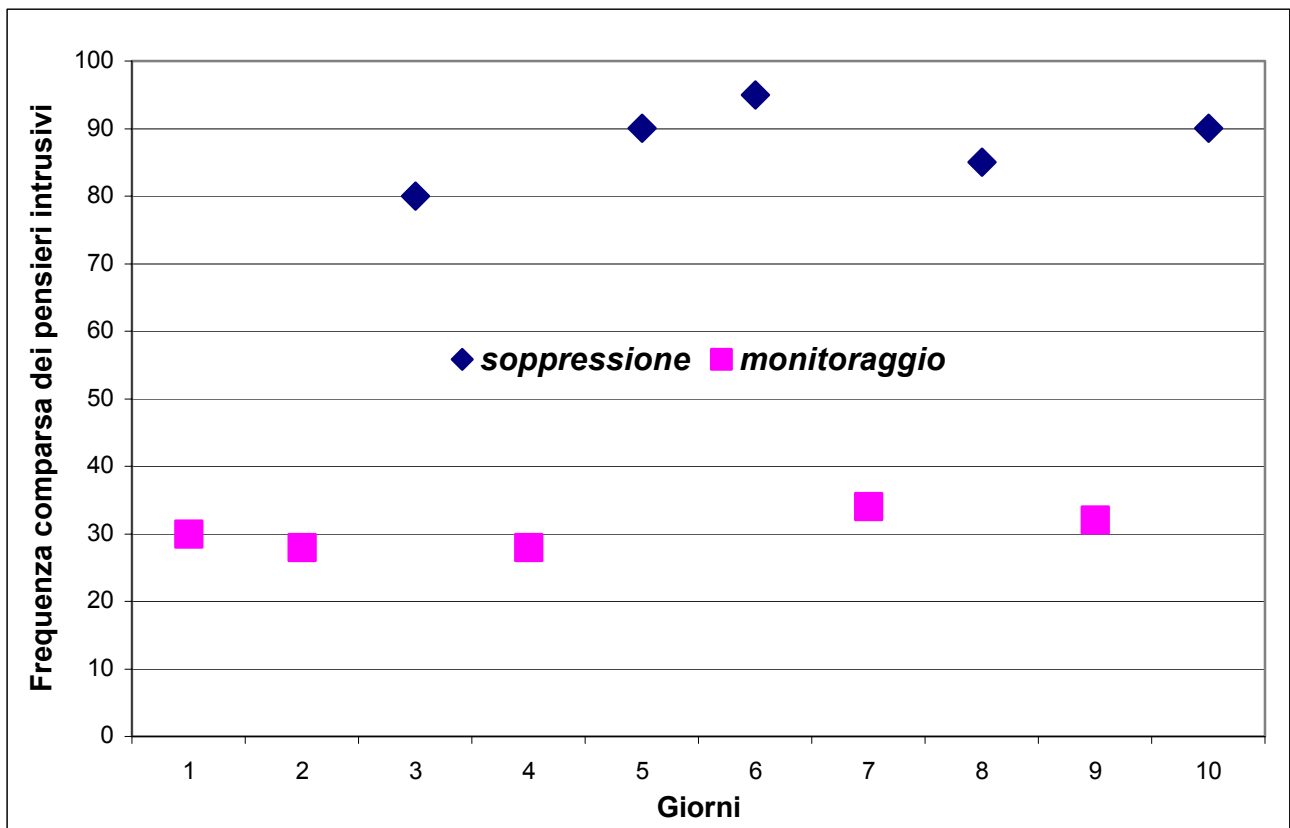
- a) Fase preliminare: dapprima si chiede al paziente esclusivamente di monitorare la comparsa spontanea dei pensieri intrusivi durante la giornata e quindi di registrare su di un diario il numero delle volte in cui tale pensiero è comparso (monitoraggio spontaneo).
- b) Fase sperimentale: La durata è di circa 7-10 giorni in cui il paziente dovrà svolgere le seguenti attività:
  - i. soppressione attiva del pensiero: in alcuni giorni precedentemente stabiliti, si chiede al paziente di impegnarsi attivamente ed intensamente a disfarsi dei propri pensieri intrusivi, sopprimendoli;
  - ii. monitoraggio: negli altri giorni si chiede al paziente, come nella fase preliminare, di monitorare la comparsa spontanea dei pensieri intrusivi durante la giornata cercando di non effettuare alcun tentativo di soppressione.

In entrambe le condizioni il paziente deve registrare su di un diario la frequenza di comparsa di tale pensiero durante ciascuna giornata. Successivamente, in studio, verranno riportate su di un grafico le frequenze giornaliere dei pensieri intrusivi

### Esempio

Come abbiamo visto in precedenza Giuseppe era disperato per l'assurdità e per l'insensatezza dei suoi dubbi ("ma a me cosa importa se era una FIAT o una FORD?") ed era altresì spaventato per le ripercussioni che i controlli che metteva in atto potevano avere sulla funzionalità della sua mente. Per tentare di gestire questa situazione drammatica cercava frequentemente di scacciare i suoi dubbi dalla mente. Per evidenziare la paradossalità e la nocività di questo comportamento è stato costruito l'esperimento di registrazione dei pensieri intrusivi.

La figura 2 ci mostra i risultati dell'esperimento condotto a casa da Giuseppe. Quando gli fu chiesto di esprimere il suo parere riguardo ai risultati dell'esperimento, Giuseppe, concluse che il tentare di scacciare dalla mente i pensieri intrusivi (dubbi), non solo era inutile, ma era anche controproducente e fu d'accordo di evitare qualsiasi sforzo per sopprimere i suoi dubbi (pensieri intrusivi). Questo esperimento consentì a Giuseppe di ridurre, almeno parzialmente, la ricorsività, la penetranza e la frequenza dei suoi dubbi.



**Grafico 1:** Giuseppe, esito dell'esperimento a casa sulla registrazione dei pensieri intrusivi: sono riportati la frequenza dei pensieri intrusivi sia in condizioni di monitoraggio che in condizione di attivi tentativi di soppressione.

### Homework 3) Allenamento del paziente ad orientarsi nello schema descrittivo della sua condotta

#### Razionale

La ricostruzione dello schema del funzionamento del disturbo consente innanzitutto di pianificare razionalmente l'intervento terapeutico. Se questa ricostruzione è condivisa, ad esempio utilizzando la scoperta guidata e gli homework, il paziente riesce rapidamente a recuperare il senso del suo disturbo che spesso, come abbiamo visto in Paolo, gli appariva come un folle automatismo incomprensibile e angoscioso. Grazie alla condivisione, aumenta anche 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. In questo modo aumenta anche l'alleanza terapeutica e dunque la disposizione all'intervento.

Un modo di favorire ulteriormente la condivisione consiste nell'allenare il paziente ad orientarsi nello schema descrittivo della sua condotta ossessivo-compulsiva, facendogli utilizzare lo schema come una mappa sulla quale ritrovare, nel corso delle varie esperienze quotidiane, i diversi elementi dello schema stesso.

### Modalità

Dopo aver ricostruito lo schema con particolare attenzione ad utilizzare la terminologia, le immagini e le emozioni proprie del paziente per ogni singolo elemento dello schema, si chiede al paziente, almeno inizialmente, di portare sempre con sé lo schema con il preciso compito di identificare, in diversi momenti della giornata, su quale step dello schema si trova. Successivamente il paziente riuscirà a rappresentarsi nella propria mente lo schema del disturbo.

I momenti nei quali far allenare il paziente possono essere definiti sia in base alla conoscenza della sintomatologia (ad esempio, per Paolo sicuramente subito prima e mentre deve uscire da casa o dal lavoro o deve lasciare la macchina al parcheggio o dopo che tornato a casa si sente distrutto dalla fatica; invece per Maria, quando si avvicina l'orario di rientro del marito, o quando esce per strada), sia in base ad intervalli temporali stabiliti precedentemente (ad esempio, ogni ora).

### Obiettivi

Attraverso questo allenamento il paziente comprenderà sempre meglio il funzionamento del suo disturbo, comincerà a rendere disponibili alla mente, anche nel momento cruciale dell'insorgenza della sintomatologia, le informazioni acquisite tramite la ricostruzione dello schema. In questo modo oltre ad ottenere i benefici sopra descritti della condivisione, il paziente comincerà a guadagnare fiducia nelle sue capacità di fronteggiamento del disturbo (mastery), e principalmente riuscirà ad aumentare il senso di autocontrollo (self efficacy), non sentendosi più in balia degli eventi.

### **Fase 2) dal conflitto alla scelta**

La contrapposizione tra la prima e la seconda valutazione dello schema del disturbo presentato in precedenza evidenzia un aspetto fondamentale del disturbo ossessivo-compulsivo, cioè che spesso l'attività ossessiva è egodistonica e conflittuale (APA, 1994).

Questa fase del trattamento è finalizzata a ridurre tale conflittualità e a motivare ulteriormente il paziente alle fasi successive del trattamento, in particolare all'intervento sul timore di colpa e

all'ERP (per una descrizione dettagliata di questa fase, della tecnica e delle sue finalità rimandiamo a Mancini, 2004).

Rapidamente ricordiamo che per applicare la tecnica “dal conflitto alla scelta” (Gragnani e Mancini, 2002; Mancini, 2004) è propedeutico aver ben condotto la prima fase del trattamento, e che tale tecnica consista di una fase preparatoria (evidenziare la conflittualità tra prima e seconda valutazione; definizione e valutazione degli svantaggi e dei vantaggi percepiti dell'attività ossessiva; identificare i momenti in cui la compulsione è meno intensa), che richiede sia un lavoro in seduta che alcuni homework, e di una fase applicativa che è essa stessa un homework.

### **Homework 1) Identificare il “quando”**

#### Razionale e Obiettivi

In ogni sequenza ossessiva, in ogni rituale sia overt che covert ci sono dei momenti in cui la sintomatologia è meno intensa, cioè dei momenti in cui ci sono delle pause o almeno dei rallentamenti della compulsione ad agire la sequenza ossessiva.

Riuscire a far identificare al paziente questi momenti, in cui egli è meno costretto dagli automatismi, è necessario per operare un distanziamento dalla sequenza ossessiva funzionale al riconoscimento e alla modificazione delle credenze patogene. Tale fine può essere raggiungibile direttamente in seduta, qualora la sequenza ossessiva sia elicetabile in tale contesto, spesso però tale lavoro deve essere svolto direttamente nel contesto di vita del paziente mentre la sequenza ossessiva si verifica (ad esempio a casa del paziente).

Lo scopo dell'homework è, in questa fase, esclusivamente autoosservativo e di scoperta guidata. Ha infatti un duplice valore: da un lato far scoprire al paziente che non è completamente e continuamente succube del DOC anche durante una grave ed invalidante sequenza ossessiva; e dall'altro di imparare a riconoscere tali momenti.

#### Modalità:

Si chiede al paziente di monitorare lo stato mentale, la tendenza all'azione e lo stato emotivo (somatico e fisiologico) presenti in determinati momenti della giornata ed in particolare durante le “crisi” ossessive. Il paziente deve identificare quegli indicatori cognitivi, di tendenza all'azione, somatici o fisiologici che indicano una riduzione della penetranza della sequenza ossessiva. Spesso questi sono degli attimi in cui essi “rifiatano” dopo, ad esempio, 3 lavaggi di mani accurati e consecutivi, salvo dopo continuare.

Se prendiamo, ad esempio, il caso di Maria (sopra descritto), potremmo chiedere di monitorare i lavaggi, che talvolta duravano anche molte ore, ed identificare in questo periodo i momenti di calo

sintomatologico; oppure potremmo chiederle di monitorare l'intensità della necessità di evitare di toccare il telefono (o qualsiasi altro oggetto dentro casa) per timore di contaminare i figli per poi farle identificare il momento nel quale questa necessità si attenua.

## **Homework 2) L'applicazione della tecnica in contesti naturali**

### Razionale e Obiettivi

Abbiamo visto che l'attività ossessiva è spesso egodistonica e conflittuale (APA, 1994), e che la seconda valutazione critica riguardo l'attività ossessiva implica dei tentativi di contenimento del disturbo che spesso sono controproducenti. Tale situazione conflittuale produce un aumento dello stress emotivo, della sensazione di discontrollo su di sé e della incapacità percepita nel fronteggiare il disturbo.

Da qui l'importanza di aiutare il paziente a superare il conflitto trasformandolo in una scelta consapevole, facendo ben cura a mostrare al paziente stesso la differenza tra una scelta onesta e il tentativo di auto-imporsi una linea di condotta.

L'obiettivo primario è che il paziente impari a scegliere, tenendo conto dei costi delle singole scelte ed in particolare dei costi della prevenzione, quella che considera migliore per lui in quel momento e che accetti tale scelta. In questo modo si aiuta il paziente a confrontarsi con l'impossibilità del compito che si è dato, e cioè che è inevitabile accettare almeno in parte il rischio di non essere all'altezza della proprie responsabilità.

Questa manovra consente di ottenere sia degli effetti specifici sul disturbo come interrompere alcuni meccanismi a circolo vizioso, sia degli effetti aspecifici quali una maggiore capacità di gestione del disturbo; un maggiore senso di autocontrollo e una contemporanea riduzione della compulsività; e, in ultimo, una riduzione della sofferenza legata alla conflittualità.

### Modalità

Conclusa la fase preparatoria, cioè dopo avere evidenziato dapprima la conflittualità tra prima e seconda valutazione, con particolare riferimento al fatto che hanno scopi contrastanti e che il tentativo di raggiungerli entrambi è impossibile e controproducente, e che quindi è necessaria una scelta tra scopi contrastanti accettando i costi della rinuncia; e dopo aver definito e valutato i vantaggi-svantaggi percepiti dell'attività ossessiva; e successivamente identificato i momenti in cui la compulsione è meno intensa, si suggerisce al paziente, durante la settimana, di:

- 1) identificare e riconoscere (in base alle conoscenze apprese durante l'homework precedente) i momenti di pausa o di rallentamento in una sequenza ossessiva;



- 2) riesaminare, in quel determinato lasso di tempo, i vantaggi-svantaggi dell'attività ossessiva e la discussione fatta in seduta riguardo le loro implicazioni;
- 3) di decidere se e quanto mettere in atto l'attività ossessiva (lavaggi, rituali, evitamenti, rassicurazioni) oppure se e quanto esporsi, in base a ciò che in quel momento gli appare onestamente più opportuno.

È anche necessario ricordare al paziente che questo protocollo va utilizzato quando si trova in una situazione ossessiva e che di volta in volta dovrà prendere la decisione che reputerà più opportuna in quel determinato momento, e che è sconsigliabile auto-imporsi una linea di condotta a prescindere dalla situazione contingente.

Esempio:

Consideriamo sempre il caso di Maria. Nella tabella sottostante è evidenziata la conflittualità tra la prima e la seconda valutazione sia in termini di scopi perseguiti che di condotte ad essi implicate.

<b>Prima</b>	<b>Dopo (Seconda Valutazione)</b>
<i>“Per sbadataggine potrei essermi contagiata con l’AIDS, quindi debbo provvedere, altrimenti non mi potrei perdonare</i>	<i>“Queste mie preoccupazioni sono esagerate, sto rovinando la mia vita e quella dei miei familiari, potrei rendere ossessivo mio figlio, devo smettere”</i>
↓	↓
in sostanza Maria, dapprima, ritiene che sia giusto LAVARSI	successivamente, ritiene che sia giusto NON LAVARSI

È evidente che Maria cerca di perseguire due scopi incompatibili tra loro: la sicurezza, intesa come decontaminazione totale, di non essere responsabile del contagio, e il desiderio di avere una vita e un comportamento normale, inteso ad esempio come lavaggi limitati.

Questo stato di cose porta Maria, ad esempio, a cercare di dimostrarsi (ruminando) che non lavarsi non è pericoloso, senza essere disposta ad accettare i rischi, e quindi persevera. In sostanza non sceglie un polo o l'altro, pretende di non lavarsi senza esserne preoccupata e/o spaventata.

Quindi dovremmo aiutare Maria a capire che una scelta si impone e che ogni scelta implica il costo di una rinuncia, in sostanza dobbiamo aiutare Maria a trasformare il conflitto in una scelta:

- ❑ è bene “LAVARSI”;
- ❑ oppure è bene “NON LAVARSI”
- ❑ oppure un compromesso tra le due opzioni

A questo punto chiediamo a Maria di elencare i vantaggi-svantaggi dell'attività ossessiva (come riportati qui sotto) e poi di discuterli insieme.

<b>Vantaggi dell'attività</b>	<b>Svantaggi dell'attività ossessiva</b>
-------------------------------	--

ossessiva	
<p>Evito o riduco il dubbio di essermi contagiata con l'AIDS e di poter contaminare la mia casa e i miei figli.</p> <p>Diminuzione del insopportabile timore di contaminazione e del disagio.</p>	<p>La mia famiglia si sfaccerà con danni enormi per tutti noi, soprattutto per i miei figli.</p> <p>Se succederà questo me li leveranno perché non lo posso accudire e non lo vedrò più.</p> <p>Avrò un senso di colpa ancora più grande e insopportabile per tutto questo.</p> <p>Non posso fare nulla da sola: lavorare e potermi sostenere, socializzare; andare dal parrucchiere, dall'estetista, in palestra o per negozi ovvero prendermi cura del mio aspetto.</p> <p>Inoltre mi sto distruggendo i capelli, le mani, il corpo, sto diventando orribile.</p> <p>Non riesco ad essere una buona madre che segue, rispetta, protegge (es. attraversare strada) e si gode le soddisfazioni che ti danno i figli.</p> <p>Perderò mio marito che amo ma che non mi sopporta più.</p> <p>Sarò sempre più sfiduciata e insoddisfatta di me stessa.</p>

Discussi i vantaggi-svantaggi abbiamo identificato i momenti di riduzione della intensità della sequenza ossessiva così come da precedente homework.

A questo punto la fase preparatoria è terminata; il terapeuta ha chiesto a Maria di mettere in atto questa procedura ogni volta che avesse sentito l'impulso di lavarsi o di evitare una situazione.

#### Risultati:

In questo modo Maria è riuscita, distanziandosi dalle credenze patogene, a comprendere che non era possibile perseguire contemporaneamente i due scopi e che era inevitabile accettare, almeno in parte, il rischio di non essere sempre all'altezza della proprie responsabilità. Inoltre è riuscita a ridurre la compulsività del disturbo e, quindi, si è osservata anche una riduzione della sintomatologia. Il principale risultato atteso non era quello di ridurre la sintomatologia, ma appunto di ridurre, da un lato la compulsività del disturbo e dall'altro la valutazione critica sull'attività ossessiva e i tentativi inadeguati di contenerla. Difatti, talvolta, l'esito della strategia è stato il seguente: "mi sono lavata per 30 minuti, ho fatto tutti lavaggi perché mi andava, ieri sera preferivo così!".

### **Fase 3) l'intervento sul timore di colpa**

Prove empiriche, cliniche e sperimentali dimostrano la centralità del timore di colpa per irresponsabilità nella genesi e nel mantenimento del DOC. Intervenendo su di esso ci attenderemo degli effetti a breve e medio termine, quale la riduzione della sintomatologia del DOC, e degli effetti a lungo termine, quali la generalizzazione delle strategie acquisite nel lavoro terapeutico finalizzato al fronteggiamento di eventuali colpe future, la riduzione della disposizione alla colpa e della vulnerabilità al DOC, nonché l'accettazione delle proprie colpe, normalizzando la possibilità

di essere colpevoli e perdonarsi per esse (Mancini, 2001; Gragnani e Cosentino, 2002; Gragnani, Barcaccia, Perdighe e Mancini, 2003).

Per affrontare la prima valutazione dello schema del disturbo che è caratterizzato appunto dal timore di colpa per irresponsabilità, abbiamo a disposizione più tecniche ed una serie di homework. Si può agire sui vari modulatori del timore di colpa, ad esempio sulla sovrastima della probabilità dell'esito temuto (ad es. con esperimenti comportamentali), sulla sovrastima della responsabilità percepita sull'evento (ad es. tecnica della torta); sulla forza del nesso di causa-effetto tra la propria azione/omissione e l'esito temuto (ad es. con la tecnica delle due seggiole, oppure contrastando anche l'orientamento colpevolista attraverso la tecnica del doppio standard modificato); in ultimo, favorendo l'accettazione delle colpe (ad es. ristabilendo il rapporto tra colpa e pena prevista).

### **Homework 1) Mettere in discussione la Fusione Pensiero-Azione**

#### Razionale e Obiettivi

Spesso pazienti con DOC ritengono che i propri pensieri possano aumentare la probabilità di accadimento di un evento e che pensare ad una azione immorale significhi realizzare tale azione, sovrastimando la capacità d'influenza del proprio pensiero sulla realtà. Questo tipo di pensiero che tende a far confondere il dominio delle rappresentazioni con quello dei fatti è conosciuto come "Fusione Pensiero Azione" ("Thought-Event Fusion" [TAF]; Shafran, Thordarson e Rachman, 1996). Questa modalità di pensiero è strettamente connessa al timore di colpa per irresponsabilità, ad esempio, trascurare l'ipotesi, seppur poco plausibile, che aver pensato che una brutta malattia potesse colpire una persona cara possa farla realizzare, e starsene tranquilli a non fare nulla per impedirlo significherebbe per il paziente ossessivo esporsi ad una imperdonabile negligenza.

Riuscire a mettere in discussione o normalizzare tale credenza è spesso un necessario primo passo per affrontare il timore di colpa per irresponsabilità. A tal fine, sono disponibili vari esperimenti comportamentali che il terapeuta può condurre con il paziente.

Molto spesso però la critica del paziente a questi esperimenti è che un singolo breve esperimento svolto con il terapeuta non è sufficiente a provare l'infondatezza della convinzione. A questo proposito possono essere di grande ausilio alcuni homework prolungati.

#### Modalità

Si può chiedere al paziente di giocare al superenalotto e di trascorrere 30 minuti al giorno pensando di fare 6 e vincere parecchi milioni di euro (Freeston, Rhéaume, e Ladouceur, 1996).

In alternativa, visto che spesso l'influenza del pensiero sul mondo dei fatti è sovradimensionato sul potere di causare eventi negativi, si può chiedere al paziente di pensare ripetutamente (circa 50 volte al giorno) che lo stereo (o qualsiasi altro oggetto casalingo, che però deve essere ben funzionante) si

romperà entro i sette giorni successivi. È evidente che il bersaglio del pensiero negativo deve essere un evento a bassa probabilità e non deve essere correlato in nessun modo al dominio del disturbo del paziente (Dèttore, 2003).

In questo modo si può dimostrare al paziente, tramite un esperimento comportamentale, che il suo pensiero non ha causato l'evento (ad esempio la rottura dello stereo), e quindi il paziente può iniziare a rendersi conto che le sue temute previsioni non si sono verificate. Questo produrrà una iniziale modificazione della credenza circa il potere dei suoi pensieri nel causare gli eventi.

## **Homework 2) Tecnica della Torta (van Oppen e Arntz, 1994)**

### Razionale e Obiettivi

Frequentemente il paziente con DOC tende a sovrastimare la propria responsabilità rispetto al verificarsi di un evento temuto. In questi casi, la responsabilità personale appare totale, e quindi è particolarmente minacciosa.

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

### Modalità

La procedura è la seguente (per una descrizione dettagliata e per un esempio clinico vedere Gragnani, et al., 2003; Mancini, 2004);

- a) Fase preparatoria, si svolge con il terapeuta.
  - 1) Si individua con precisione la catastrofe temuta;
  - 2) Si chiede al paziente di elencare (in maniera acritica) tutti i fattori che possono ragionevolmente influire sulla realizzazione della catastrofe temuta:
    - i. far indicare come primo elemento della lista il proprio comportamento o l'omissione di un comportamento;
    - ii. far elencare di seguito tutti gli altri fattori cercando di concedere tutto il tempo necessario affinché la lista possa essere il più possibile esaustiva ed eventualmente fornendo suggerimenti.
    - iii. è consigliabile inserire almeno 6-8 elementi in tale elenco.
  - 3) 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. La somma dei valori assegnati deve essere 100.

- 4) a questo punto, al soggetto viene chiesto di disegnare un cerchio (cioè il grafico a torta) e di riempire la torta tracciando un segmento per ogni fattore individuato, tenendo conto che la grandezza di ogni fattore è dato della stima di responsabilità effettuata in precedenza dal paziente.

b) Fase applicativa:

Si incoraggia il paziente ad utilizzare, tra una seduta e l'altra, lo stesso metodo ogni volta che percepisce un elevato livello di responsabilità per un evento, sia per quello trattato nell'esempio in seduta che in tutte le altre situazioni. Frequentemente, riguardo la catastrofe temuta, al paziente può essere sufficiente la riattivazione iconografica della torta costruita in terapia per relativizzare il livello di responsabilità percepita.

### Risultati

Attraverso una frequente e ripetuta applicazione della tecnica il paziente riesce a sganciarsi dall'ipotesi minacciosa della sua completa responsabilità nelle varie situazioni, in modo da favorire una rappresentazione più articolata delle situazioni che tenga conto sistematicamente di tutti fattori causali oltre alla sua azione. Probabilmente il paziente continuerà a sentirsi responsabile della possibile catastrofe, ma percepirà il peso dell'eventuale accadimento dell'evento temuto distribuito su molti fattori e dunque inferiore.

### **Homework 3) Il doppio standard modificato**

#### Razionale e Obiettivi

Le valutazioni morali che il paziente con DOC da di se stesso risentono, come è stato brevemente descritto in precedenza, dell'orientamento colpevolista, cioè di una serie di meccanismi cognitivi ed emotivi che implicano giudizi morali particolarmente gravi. Questo meccanismo sembra non entrare in gioco quando il paziente da giudizi morali sulle altre persone, risultando più benevolo. Spostare la prospettiva dal giudizio su di sé al giudizio che altri possono dare della propria condotta, contrasta l'orientamento colpevolista. Ad esempio, viene meno l'effetto del ragionamento emozionale: "se mi sento in colpa allora ho commesso un'azione colpevole".

La tecnica del doppio standard modificato (Mancini, 2001; Gragnani et al. 2003) ha come finalità di far emergere e discutere questa difformità di giudizio, aiutando il paziente a considerare la propria condotta da un punto di vista più benevolo ma al contempo socialmente accettabile e soprattutto condiviso.

## Modalità

La procedura consiste in alcuni passi (per una descrizione dettagliata e per un esempio clinico vedere Gragnani, et al., 2003; Mancini, 2004)

- a) Fase preparatoria, si svolge in seduta. Dopo aver ben individuato l'evento per il quale il paziente si sente più in colpa e più indegno, si fanno al paziente una serie di richieste.
- ❑ Descrivi l'evento per il quale ti senti in colpa (la descrizione dell'evento deve essere fatta individuando responsabilità proprie ed altrui, circostanze "attenuanti", ecc.);
  - ❑ Considera una persona che conosci abbastanza bene (giudicata degna di stima e di affetto);
  - ❑ Immagina che questa persona abbia commesso il peccato che tu hai commesso o che cerchi di prevenire;
  - ❑ Come lo giudicheresti?
  - ❑ Considera alcune delle persone che conoscono sia te che l'altra persona (sempre persone giudicate degne di stima e di affetto);
  - ❑ Come la giudicherebbero? (si annotano le ipotetiche valutazioni di un soggetto alla volta tra quelli elencati);
  - ❑ Come ti giudicherebbero? (si annotano le ipotetiche valutazioni di un soggetto alla volta tra quelli elencati);
  - ❑ Tu come ti giudicheresti?

Una volta terminata la procedura il terapeuta mette in luce: i differenti criteri di giudizio che il paziente applica a Sé e all'Altro rispetto ad una condotta specifica; ovvero le discrepanze tra il giudizio che il paziente dà delle proprie e delle altrui responsabilità, evidenziando la maggiore severità che egli utilizza per giudicare le proprie colpe; i differenti criteri di giudizio utilizzati dal paziente e da altri (significativi e stimati) rispetto alla medesima condotta, evidenziando la molteplicità dei criteri di giudizio.

a) Fase applicativa:

Si incoraggia il paziente ad utilizzare, tra una seduta e l'altra, lo stesso metodo ogni qualvolta la sintomatologia ossessiva lo spinge ad evitare o a mettere in atto compulsioni, ad esempio, dopo aver condotto la tecnica "dal conflitto alla scelta" nel momento della decisione se mettere in atto o meno la condotta ossessiva.

La frequente e ripetuta applicazione della procedura in contesti naturali si traduce in una esperienza correttiva che, contrastando l'orientamento colpevolista, facilita una maggiore articolazione e relativizzazione del giudizio, promuovendo nel paziente la capacità di perdonarsi.

#### **Fase 4) l'esposizione con prevenzione della risposta (E/RP)**

Il training di esposizione con prevenzione della risposta (E/RP), cioè la combinazione tra l'esposizione prolungata del paziente alle situazioni che scatenano i sintomi DOC, e il divieto di emissione del comportamento compulsivo riduttore dell'ansia (prevenzione della risposta), ha un'origine prettamente comportamentale, ma viene impiegata in ambito cognitivista con un rationale coerente con i presupposti di questo approccio, ossia per modificare convinzioni e giudizi disfunzionali. Mentre in terapia comportamentale l'E/RP ha esclusivamente la funzione di ridurre l'ansia per effetto del contatto prolungato con lo stimolo ansiogeno (abituazione), prevenendo l'attuazione dei comportamenti protettivi e degli evitamenti, nel cognitivismo clinico ha soprattutto una funzione di *scoperta guidata*. Attraverso la sospensione dei rituali o degli evitamenti, il soggetto viene esposto alle situazioni che lo spaventano al fine di porre alla verifica dei fatti le proprie credenze disfunzionali riguardo la pericolosità degli stimoli e la necessità di attuare i rituali e gli evitamenti stessi, consentendo al soggetto di scoprire che: l'ansia si riduce anche senza attuare i rituali; attraverso i rituali l'ansia diminuisce solo momentaneamente, e che è più vantaggioso esporsi alle immagini o pensieri o sensazioni temute ed imparare a tollerare l'ansia piuttosto che tentare di evitarli e/o cedere ai rituali.

La previsione di modificazioni cognitive nel paziente con DOC attraverso l'ERP sembrano essere suffragate anche da studi recenti. Ad esempio, Albucher, Abelson, e Nesse (1998) hanno osservato una correlazione significativa tra un trattamento riuscito con ERP e dei cambiamenti rilevanti nelle idee ossessive dei pazienti.

Per una descrizione approfondita della letteratura sull'efficacia e sulle procedure per ottimizzare l'E/RP si rimanda al libro di Dettore (2003).

In questa sede vorremmo presentare due modalità di utilizzo dell'E/RP "autocontrollata" nei compiti a casa: un classico esempio di esercizi di esposizione con prevenzione della risposta per le compulsioni manifeste, e il training di abituazione alle ossessioni audioregistrate (Tape Loop, Salkovskis, 1983; 1998; 1999) per le compulsioni *covert*.

#### **Homework 1) ERP in vivo "autocontrollata"**

## Razionale e Obiettivi

E' dimostrato che il trattamento "autocontrollato" dal paziente porta a maggiori miglioramenti a lungo termine rispetto a quello "eterocontrollato" (Emmelkamp e Kraanen, 1977), ma la prevenzione della risposta "autocontrollata" richiede elevata cooperazione e motivazione del paziente. Per ottenere l'adeguata *compliance* da parte del paziente è di fondamentale importanza che il paziente stesso abbia già svolto le fasi precedenti della terapia, in particolare la fase della formulazione e condivisione dello schema del disturbo e la fase di intervento sul timore di colpa, che consente al paziente di affacciarsi all'ERP con minore ansia e timore, e una maggiore consapevolezza dell'utilità dell'intervento e quindi una maggiore motivazione per compiere un grande sacrificio a breve termine per un vantaggio a lungo termine.

## Modalità

Il paziente viene esposto in vivo o in immaginazione a stimoli ansiogeni di intensità crescente e gli vengono impediti, attraverso interventi verbali, l'emissione di comportamenti ritualistici e/o le attività mentali di neutralizzazione.

Vediamo come costruire l'homework.

b) Fase preparatoria, si svolge con il terapeuta.

Il primo passo consiste nella costruzione della gerarchia degli stimoli temuti classificati in ordine decrescente in base all'entità di ansia che evocano (circa 10-20 "gradini" di ansiogenicità). Il paziente attribuisce un valore da 0 a 100, dove "0" corrisponde a nessuna emozione in relazione allo stimolo, "100" al livello di ansia più elevato che il paziente riesce ad immaginare. Le gerarchie dovrebbero essere costruite su situazioni più invalidanti per le quali il paziente è più motivato ad affrontare il disagio, piuttosto che su quelle meno ansiogene.

Terminata la costruzione della gerarchia comincia l'esposizione. E' buona norma accompagnare, almeno inizialmente, il paziente ad affrontare le diverse situazioni in un ordine crescente di intensità e durante l'esposizione, esortarlo a rimanere nella situazione senza emettere il comportamento ritualistico.

c) Fase applicativa: il paziente è incoraggiato ad esporsi da solo tra una seduta e l'altra.

Questa è una fase fondamentale per diverse ragioni: innanzitutto è dimostrato che sono più efficaci sezioni di esposizione prolungate e frequenti, quindi in terapie ambulatoriali è necessaria una buona strutturazione dell'homework.

Si chiederà al paziente di esporsi almeno 2 volte al giorno in base alla gerarchia costruita. Così come avevamo fatto vedere nella fase preparatoria il tempo da dedicare all'esposizione deve essere



quello necessario all'abituazione dell'ansia (circa 1 ora), quindi l'esercizio sarà sospeso solo dopo che l'ansia sarà calata almeno del 50-60% rispetto al picco più alto dell'esercizio.

Si devono stabilire delle regole precise per il compito di E/RP autocontrollata (ad esempio):

- Si chiede al paziente di tenere una scheda in cui registra tutte le esposizioni (compreso il grado di ansia) ed in particolare tutte le eventuali emissioni di rituali per consentire al terapeuta di monitorare l'andamento della E/RP;
- Si suggerisce al paziente, nel caso in cui provi l'impulso impellente a emettere il rituale, di chiedere la compagnia (e non la rassicurazione) di una persona comprensiva e disponibile, o in alternativa di provare a contattare il terapeuta (quindi il terapeuta deve essere disponibile!);
- Inizialmente si possono far scrivere delle Flash Cards per far ricordare al paziente nella fase più angosciata della esposizione le ragioni e la necessità dell'esercizio;
- Sempre nelle fasi iniziali, se il paziente è troppo ansioso, il terapeuta può scrivere delle prescrizioni al paziente al fine di condividere tale responsabilità e quindi per far diminuire il livello di ansia. È necessario che questa prescrizione possa valere solo nelle fasi iniziali, altrimenti la condivisione della responsabilità può rappresentare un limite per l'efficacia della tecnica.

### Esempio

Possiamo prendere il caso di Maria sopra descritto. Inizialmente si è costruita la gerarchia come di seguito riportato.

<b>SITUAZIONE</b>	<b>SUDS</b>
Farsi un prelievo di sangue in ospedale	100
Andare in un reparto di infettologia	90
Farsi la <i>ceretta</i> in un centro estetico	80
Camminare a piedi nudi sulla spiaggia	70
Farsi la doccia in palestra	60
Toccare il cappotto di un passante con la mano	50
Telefonare da un telefono pubblico	40
Andare in metropolitana e reggersi ai sostegni per i passeggeri	30
Andare in palestra per la lezione di aerobica	20
Stringere la mano al terapeuta e toccarsi il viso	10

Tabella 1: Gerarchia di Maria.

SUDS = (Subjective Units of Distress Scale), che misura il livello soggettivo d'ansia sperimentato dal paziente in riferimento ad ogni step della gerarchia.

Dopo aver fatto esporre in seduta Maria al primo stimolo con inibizione delle ruminazioni e dei lavaggi (anche successivi all'esposizione, cioè a casa) chiediamo alla paziente se è disposta a

affrontare da sola, durante la settimana, il secondo. Maria era molto motivata specialmente ad andare in palestra tutti i giorni per un'ora per cercare di riprendere la forma fisica, e quindi è stata disposta a provare.

Per queste prime esposizioni abbiamo chiesto a Maria di tenere un registro delle esposizioni (come sopra descritto), e abbiamo dato la nostra disponibilità ad essere contattati in caso di necessità.

Maria andò in palestra con forte disagio la prima volta e poi questo diminuì nei giorni seguenti, tant'è che decise di prendere la metropolitana per raggiungere la palestra stessa, poiché era più comoda della macchina. Il primo giorno utilizzò dei guanti quando era in metropolitana per proteggersi dal contatto, il secondo giorno al ritorno dalla palestra decise di non utilizzarli. Dopo una settimana disse che all'inizio era stata dura non lavarsi e non evitare di toccare, ma che in fondo solo dopo pochi giorni si era resa conto che quella che sembrava una irrefrenabile spinta ad evitare e a lavarsi era fortissima nei primi istanti e dopo poco si riduceva enormemente. Era inoltre molto orgogliosa di aver ripreso l'attività sportiva.

Con questo breve esempio volevamo far notare come la motivazione gioca un ruolo cruciale nella E/RP e che utilizzare sessioni autocontrollate come compiti a casa è un potente mezzo di intervento nel DOC.

In ultimo, vogliamo sottolineare che è comunque necessario rispettare il più possibile la progressività della graduatoria perché può succedere che il paziente, superate le prime difficoltà, abbia desiderio di concludere e voglia raggiungere più rapidamente la vetta saltando troppi gradini, questo processo se è troppo accelerato rischia di essere controproducente, cioè di far esporre il paziente ad una eccessiva ansia, farlo spaventare e, come conseguenza, farlo tornare indietro.

## **Homework 2) Tecnica del “tape loop”**

### Razionale e Obiettivi

I pazienti con ossessioni pure (ruminatori) sono un sotto tipo di pazienti con DOC nei quali gli evitamenti e le compulsioni sono di tipo non manifesto (*covert*). Alcuni di questi tentativi di soluzione *covert* sono presenti anche in molti pazienti non ossessivi puri, difatti non è difficile incontrare pazienti con ruminazioni sulla pericolosità di alcuni eventi, o con controlli mentali escogitati al fine di mettere alla prova i propri impulsi, o con espliciti tentativi di evitare, ad esempio, il pensiero del diavolo attraverso soppressioni del pensiero. È evidente, anche dalle descrizioni precedenti, il ruolo di queste compulsioni e di questi evitamenti *covert* nel mantenimento della problematica ossessiva, da qui la necessità, sia per il terapeuta che per il paziente al fine di poter risolvere il problema, di averne un facile e controllato accesso.

A tal fine Salkovskis (1983; 1999; et al 1998) ha proposto una tecnica di *esposizione e prevenzione della risposta* cognitiva: la tecnica del “tape loop”. Questa è una sorta di training di abitudine ai pensieri ossessivi.

### Modalità

Questa tecnica consiste nell’elicitare i pensieri intrusivi e, contemporaneamente, nell’aiutare il paziente a non mettere in atto le neutralizzazioni e/o gli evitamenti *covert*.

La tecnica è composta di due fasi, una preparatoria che si svolge in studio ed una applicativa che il paziente svolge da solo come homework tra una seduta e l’altra.

#### a) Fase preparatoria:

Dopo che paziente e terapeuta hanno ben distinto, nella fase 1 della terapia, i pensieri intrusivi, le valutazioni e i tentativi di soluzione, il paziente in seduta registra su una cassetta audio o su un registratore digitale il pensiero intrusivo, facendo bene attenzione che non compaiano parti della relativa neutralizzazione (ad esempio: “se restassi sola con la mia nipotina potrei abusarla sessualmente”). È molto importante per ottenere una buona esposizione che la durata della sequenza di pensieri intrusivi sia di almeno 30 secondi, quindi se non si dispone di un nastro a ciclo continuo è necessario far ripetere al paziente più volte lo stesso pensiero intrusivo.

Successivamente si espone il paziente alla registrazione per alcune volte. Come per ogni esercizio di esposizione, l’ascolto del pensiero intrusivo deve suscitare un livello adeguato di ansia nel paziente e si devono registrare, su una scala da 0 a 100, il livello di ansia e l’impulso a mettere in atto i tentativi di soluzione.

#### b) Fase applicativa (homework)

Si chiede al paziente di ascoltare la registrazione almeno 2 volte al giorno per almeno 10/15 giorni con la consegna della prevenzione della risposta. Naturalmente come per ogni procedura di ERP il tempo dell’esposizione deve essere quello necessario all’abitudine dell’ansia (circa 1 ora), quindi l’esercizio sarà sospeso solo dopo che l’ansia sarà calata almeno del 50-60%.

L’esercizio verrà svolto dapprima in momenti stabiliti con il terapeuta, ad esempio a casa da sola ad una certa ora, e successivamente nei momenti più critici per il paziente, ad esempio nelle situazioni naturali in cui il pensiero intrusivo può comparire spontaneamente (nell’esempio precedente, quando si trovava a casa della nipotina), oppure in situazioni di forte ansia.

Talvolta per evitare il processo di abitudine alla registrazione si possono variare alcuni parametri della registrazione, ad esempio il contenuto del pensiero intrusivo.

Se questa fase della procedura è stata condotta bene, il paziente dovrebbe aver ottenuto una discreta capacità di gestione delle neutralizzazioni e degli evitamenti *covert* ed una relativa riduzione del disagio connesso al non neutralizzare i pensieri intrusivi. Quindi dovrebbe essere pronto ad esporsi spontaneamente ad una procedura di ERP autocontrollata, cioè ad autoelicitarci i pensieri intrusivi in situazioni naturali (ad esempio, immaginando di agire atti sessualmente perversi a danno di un bambino, mentre è con la nipotina), sospendendo le procedure di neutralizzazione e di evitamento.

## **Conclusione**

In questa sede abbiamo riportato solo alcuni dei numerosissimi homework che terapeuta e paziente possono costruire durante la terapia del DOC.

Come abbiamo evidenziato gli homework sono parte integrante e fondamentale per un buon trattamento dei pazienti con Disturbo Ossessivo-Compulsivo. Essi infatti aiutano il paziente e il terapeuta nel lavoro clinico, in particolare favoriscono i processi di comprensione della sintomatologia, il distanziamento critico dalle credenze patogene, l'elaborazione e la messa in pratica di strategie di fronteggiamento e di risoluzione dei problemi più adeguate.

## **Bibliografia**

- Albucher, R. C.; Abelson, J.L.; & Nesse, R.M. (1998). Defense mechanism changes in successfully treated patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(4); 558-559.
- 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.
- Baldini, F. (1998). Il caso dell'ossessivo felice. Un esempio dell'efficacia terapeutica dell'intervento sul problema secondario. Relazione presentata allo "IX Congresso Nazionale della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC)". Torino, novembre 1998.
- 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.
- Dennett D. (2001), Are we explaining consciousness yet? *Cognition*, 79, 221-237.
- 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.
- Emmelkamp P.M.G. & Kraanen, J. (1977). Therapist-controlled exposure in vivo versus self-controlled exposure in vivo: A comparison with obsessive-compulsive patients. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 491-495.
- Fodor J.A. (1983), *The modularity of mind*. Cambridge, Mass.: M.I.T. Press.
- Freeston M.H., Rhéaume, J. e Ladouceur R. (1996). Correcting faulty appraisal of obsessional thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 433-446.
- Galderisi S., Mucci A. e Maj M. (1996), La sindrome ossessivo-compulsiva in una prospettiva neuropsicologica. *NOOS*, 2, 3-20.
- Graghani 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.
- Graghani A. e Mancini, F. (2002), *Dal conflitto alla scelta*. Relazione presentata allo "XI Congresso Nazionale della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC)". Bologna, settembre 2002.
- Graghani 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.
- Mancini F. (2001), Un modello cognitivo del Disturbo Ossessivo-Compulsivo. *Psicoterapia*, 22-23, 43-60.
- Mancini, F. (2004). Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo. In B. Bara (a cura di) *Manuale di Psicoterapia Cognitiva (Seconda Edizione)* (in Press). Torino: Bollati Boringhieri Editore.
- Radomsky A.S. e Rachman S. (1999), Memory bias in Obsessive-compulsive disorder (OCD). *Behaviour Research and Therapy*, 37, 605-618 .
- Reed G.F. (1985), *Obsessional Experience and Compulsive Behaviour: A Cognitive Structural Approach*. London, Academic Press Inc.
- Salkovskis P.M. (1999), Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37 (Suppl.), 29-52.
- Salkovskis, P. M. (1983). Treatment of an obsessional patient using habituation to audiotaped ruminations. *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 311-13.

- Salkovskis, P. M., Forrester, E., Richards, C. & Morrison N. (1998). The devil is in the detail: conceptualising and treating obsessional problems. In *Treating Complex Cases: The Cognitive Behavioural Therapy Approach*. Ed. by N. Tarrier, A. Wells and G. Haddock. John Wiley & Sons Ltd.
- Shafran R., Thordarson D.S. e Rachman S. (1996), Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 379-391.
- 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.
- 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), September 2002.
- van Oppen P. e Arntz A. (1994), Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 79-87.
- Wegner, D.M. (1989). *White Bears and other unwanted thoughts: Suppression, Obsession and the Psychology of Mental Control*. New York: Viking Penguin.
- Wegner, D.M.; Schneider, D.J.; Carter, S.R. & White, T.L. (1978). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.