

DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO, UNA PROPOSTA DI INTEGRAZIONE DELL'INQUADRAMENTO COGNITIVO COMPORTAMENTALE CON LA SCHEMA THERAPY - PARTE I: CONCETTUALIZZAZIONE DEL DISTURBO E RATIONALE DELL'INTERVENTO

Katia Tenore¹, Barbara Basile¹, Francesco Mancini^{1,2}, Olga Ines Luppino¹

¹ Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Viale Castro Pretorio 116, 00185, Roma, Italia

² Università degli Studi "G. Marconi", Roma, Italia

Corrispondenza

Katia Tenore, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Viale Castro Pretorio 116, 00185, Roma

Tel.: +39 3385441591

E-mail: tenore@apc.it

Riassunto

Questo lavoro si costituisce quale il primo di un corpus di due articoli volti a presentare, da una prospettiva teorica e in termini di strategia clinica, una concettualizzazione del funzionamento del Disturbo Ossessivo Compulsivo che nasca dalla traduzione del modello cognitivo comportamentale, come formulato da Mancini (2018), in chiave Schema Therapy, secondo il Modello dei Mode (Young et al., 2003).

Con l'obiettivo di illustrare la cornice teorica a partire dalla quale ha preso l'avvio la proposta in questione, si intende qui definire sinteticamente i determinanti psicologici prossimi della genesi e del mantenimento della sintomatologia ossessiva: la colpa, nella forma particolare della colpa deontologica, il disgusto e la Not Just Right Experience (NJRE).

Un'analisi dettagliata degli elementi costitutivi del profilo interno del Doc, come concettualizzato da Mancini (2018) all'interno del framework del cognitivismo standard, permetterà di meglio illustrare i processi ricorsivi alla base del mantenimento del disturbo anticipando quanto poi risulterà più chiaramente comprensibile attraverso l'esemplificazione clinica presentata nella seconda parte.

Verrà approfondito il ruolo svolto da specifiche tipologie di esperienze precoci, capaci di rendere ragione della vulnerabilità del paziente con Doc e verrà chiarito il rationale dell'intervento, fondato sulla strategia dell'accettazione del rischio di poter essere colpevoli o di poter entrare in contatto con sostanze disgustose; questa strategia di fondo sarà poi declinata specificatamente ai diversi Mode che contraddistinguono l'esperienza del paziente ossessivo.

Parole chiave: disturbo ossessivo compulsivo, schema therapy, mode, terapia cognitivo comportamentale

DOI: 10.36131/COGNCL20200103

SOTTOMESSO MAGGIO 2020, ACCETTATO LUGLIO 2020

OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER, AN INTEGRATION'S PROPOSAL OF COGNITIVE BEHAVIORAL FRAMEWORK AND SCHEMA THERAPY PART I: DISORDER CONCEPTUALIZATION AND THE RATIONALE OF THE INTERVENTION

Abstract

This work is the first of two articles aimed at presenting, from a theoretical perspective and in terms of clinical strategy, a conceptualization of the Obsessive Compulsive Disorder functioning, that arises from the cognitive behavioral framework, as formulated by Mancini (2018), translated into the Schema Therapy language, according to the Mode Model (Young et al., 2003).

With the aim of illustrating the theoretical framework, at the basis of the therapeutic proposal, we briefly define the proximate psychological determinants implied into the genesis and maintenance of obsessive symptoms: the guilt, in the particular form of deontological guilt, the disgust and the Not Just Right Experience (NJRE).

A detailed analysis of the OCD internal profile, as conceptualized by Mancini (2018) within the framework of standard cognitivism will be shown to better illustrate the recursive processes related to the maintenance of the disorder, anticipating what will be then explained in the clinical example presented in the second part.

We will deepen the role played by specific types of early experiences sensitizing to OCD vulnerability and we will clarify the rationale of the intervention, based on the strategy of accepting the risk of being guilty or of getting in touch with disgusting substances; this underlying strategy will then be specifically tailored to the various Modes that characterize the experience of the obsessive patient.

Key words: obsessive compulsive disorder, schema therapy, modes, cognitive behavioural therapy

Introduzione

Nelle ultime decadi la Schema Therapy (ST), nata per opera di Jeffrey Young agli inizi degli anni '90, ha ricevuto moltissimo interesse a partire dalle sue prime applicazioni nell'ambito del trattamento dei Disturbi di Personalità.

Più recentemente, con l'obiettivo di estenderne l'utilizzo e testarne l'efficacia, sono stati proposti specifici modelli che permettessero l'intervento anche su quadri diagnostici di Asse I.

Diversi studi hanno investigato l'efficacia della ST nel trattamento del Disturbo ossessivo compulsivo (Doc), ma solo pochi hanno tentato di organizzare una concettualizzazione del disturbo in termini di Mode. A partire da tale necessità, questo lavoro, primo di un corpus di due, intende presentare una concettualizzazione del Doc che traduca l'inquadramento della terapia cognitivo comportamentale tradizionale, come proposto da Mancini (2018), nei termini della Schema Therapy, secondo il modello dei Mode (Young et al., 2003). Come verrà esplicitato più avanti, le specifiche sensibilità del paziente ossessivo ai temi della colpa deontologica (Mancini e Gangemi, 2004) e del disgusto rappresentano i due elementi cardine della vulnerabilità del paziente, responsabili nella maggior parte dei casi, del riproporsi di ricadute sintomatiche.

Solo pochi lavori (Consentino et al., 2012; Cosentino e Mancini, 2012; Perdighe e Mancini, 2012), in ambito puramente cognitivista, hanno più direttamente aperto spazi di intervento su tali fattori di vulnerabilità, le cui radici si riscontrano in esperienze precoci di vita di matrice per lo più relazionale. La Schema Therapy, con il suo corredo di tecniche esperienziali, ha offerto qualche recente tentativo in tal senso (Veale et al., 2015; Tenore et al., 2018), mostrandosi capace di agire in maniera più mirata sugli episodi sensibilizzanti riferiti dai pazienti, con evidenti

ricadute in termini sintomatici.

È alla luce di ciò che è parso utile dare vita ad una concettualizzazione il più possibile completa e dinamica del funzionamento del paziente ossessivo che nascesse dalla traduzione di un modello puntuale in termini di spiegazione degli stati mentali, quale quello del cognitivismo standard come proposto da Mancini (2018), nei termini della Schema Therapy, snella e versatile nel suo porgere al paziente gli shift tra parti diverse di sé. Una cornice così costruita potrebbe rappresentare a nostro avviso un'ulteriore possibilità per cogliere la complessità del paziente ossessivo e risultare utile non solo per meglio lavorare sulla vulnerabilità storica al disturbo ma anche per la gestione di tutte quelle condizioni che non offrono una risposta soddisfacente alla CBT tradizionale (Abramowitz et al., 2003; Rufer et al., 2006; Tolin et al., 2004) o in cui l'applicazione della stessa è ostacolata da tratti disfunzionali di personalità, che si costituiscono quali predittori di scarsa prognosi al trattamento (Steketee et al., 2001).

Il lavoro in questione, oltre ad una presentazione del modello, ha inteso fornire una panoramica delle possibilità di applicazione concreta delle principali tecniche della ST al trattamento del Doc.

Nel dettaglio verranno inizialmente illustrati i determinanti psicologici prossimi della genesi e del mantenimento della sintomatologia ossessiva: la colpa, nella forma particolare della colpa deontologica, il disgusto, che con la colpa condivide diverse caratteristiche, la Not Just Right Experience (NJRE).

Al fine di meglio presentare i processi ricorsivi alla base del mantenimento del disturbo si ricorrerà ad un'analisi dettagliata degli elementi costitutivi del profilo interno del Doc, come concettualizzato da Mancini (2018) all'interno del framework del cognitivismo standard.

Verrà approfondito il ruolo svolto da specifiche tipologie di esperienze precoci, di natura prevalentemente relazionale, che sensibilizzano i pazienti con Doc ai temi della colpa deontologica e del disgusto. Le esperienze precoci sembrano giocare un ruolo importante in tal senso, più in particolare l'atmosfera familiare e determinati stili educativi paiono costituirsi quale terreno fertile per la vulnerabilità cognitiva al Doc (Tenore e Basile, 2018).

L'intervento in chiave Schema Therapy nel dettaglio si propone di identificare e rispondere in maniera funzionale ai bisogni emotivi di base che il paziente ha visto frustrati nelle sue prime esperienze relazionali e che nella vita attuale vengono risperimentati dal Mode Bambino Vulnerabile. Target dell'intervento è nel contempo il Mode Bambino Arrabbiato, da legittimare nel suo vissuto emotivo di rabbia rispetto al quale fornire però limiti realistici, che ne indirizzino l'espressione in senso funzionale. Centrale nel lavoro con il paziente ossessivo è l'intervento sul Mode Genitore Disfunzionale, solitamente critico e richiedente, traduzione di quel sistema rigido di principi e regole morali che il paziente ha interiorizzato a partire dal modello normativo di riferimento. Tale Mode viene confrontato e bandito, perché il paziente possa progressivamente legittimarsi il diritto all'errore e rappresentarsi la colpa come esperienza umana e attraversabile. Non ultimo per importanza il lavoro di rottura dei coping maladattivi, in particolare quello del Mode Perfezionista Ipercontrollante, sostituito con strategie più efficaci e funzionali al rafforzamento e alla promozione del Mode Adulto Sano.

I determinanti prossimi della sintomatologia ossessiva

All'interno della cornice teorica delle Appraisal Theories, la condotta del paziente ossessivo può essere spiegata alla luce di specifici scopi e specifiche credenze che si costituiscono quali determinanti prossimi della sintomatologia (Castelfranchi e Paglieri, 2007). Le compulsioni in

particolare sarebbero volte a prevenire o neutralizzare la minaccia rappresentata dai pensieri ossessivi (Abramowitz, 2006).

Mancini (2018) ha messo negli anni in luce come lo scopo centrale della sintomatologia ossessiva sia quello di prevenire un sentimento di colpa, valutato dal paziente come inaccettabile e grave. Il paziente ritiene di avere il potere cruciale di prevenire tale minaccia adoperandosi attivamente, costi quel che costi, perché non accada l'esito temuto.

Un'ampia mole di dati di letteratura enfatizza il ruolo centrale della colpa rispetto alla genesi ed al mantenimento del Doc (Lopatka e Rachman, 1995; Shafran, 1997; Ladouceur et al., 1996; Vos et al. 2012). Numerosi lavori sottolineano come i soggetti con Doc soffrano per il timore di una specifica tipologia di colpa, originata dall'assunzione di aver violato una colpa morale interiorizzata; tale regola potrebbe ad esempio affliggere una persona che, scegliendo di praticare l'eutanasia nel tentativo di ridurre la sofferenza di un qualche caro, inizi a preoccuparsi di "aver giocato il ruolo di Dio" (Mancini, 2008).

Questo tipo di colpa, definita deontologica, corrisponde alla trasgressione di una norma morale, anche in assenza di una vittima, è diversa da un altro tipo di colpa, definita altruistica dove non vi è la violazione di alcuna regola morale ma sono "*necessari una vittima e l'assunzione di non aver agito in modo altruistico*" (Mancini, 2016).

In accordo con la cornice delle Appraisal Theories altri due scopi sono essenziali nel Doc. Il primo consiste nel prevenire o neutralizzare la contaminazione da parte di una sostanza disgustosa (Rachman, 2006), che come descriveremo più avanti si lega alla preoccupazione di essere moralmente colpevoli di non aver prevenuto il contagio e di poterne essere veicolo per altri. Il secondo riguarda l'evitamento della Not Just Right Experience (NJRE - Coles et al., 2003), definita come la sensazione che qualcosa non sia esattamente al proprio posto o che le cose non siano come dovrebbe essere, sensazione capace di elicitare la spinta al controllo per evitare la colpa di non aver rispettato certe regole e certi standard.

Nel primo caso, la colpa e il disgusto condividono alcune caratteristiche (Lee e Schwarz 2011; Schnall et al., 2008) come evidenziato da numerosi esperimenti che mostrano come la pulizia fisica allevii il distress associato con i comportamenti ritenuti immorali, effetto definito "Lady Macbeth" (Zhong e Liljenquist, 2006) e capace di meglio spiegare alcune tipiche condotte ossessive quali le compulsioni di pulizia o lavaggio.

La NJRE guida a sua volta i pazienti DOC a ripetere il loro comportamento (ad es. compulsioni di controllo, di ordine e simmetria) sino a quando il disagio sperimentato non decresca sufficientemente. Come conseguenza i soggetti provano, facendo del loro meglio, ad evitare, ridurre o neutralizzare il sentimento negativo percepito. Molti studi sostengono lo stretto link tra la NJRE e il timore di colpa. Più in dettaglio, l'induzione di colpa incrementa la NJRE in soggetti non clinici (Mancini et al., 2008), e inoltre in coloro che presentano una più alta colpa di tratto si evidenziano maggiori risposte di NJRE e più severe caratteristiche ossessive che in coloro che presentano livelli di colpa di tratto più bassi.

La centralità delle esperienze precoci quali fattore di vulnerabilità al Doc

Lo sviluppo di un quadro psicopatologico non è generalmente determinato da un unico fattore bensì è l'esito di una catena di eventi che comprende sia fattori prossimali, che agiscono quali cause dirette, sia fattori distali, che si collocano precedentemente al problema e agiscono attraverso diversi fattori di mediazione (WHO, 2013). Riferirsi alla vulnerabilità di un paziente significa concentrare l'attenzione su tutti quei fattori che possono aver favorito lo sviluppo di

un determinato disturbo. Nel caso della vulnerabilità specificamente riguardante i pazienti con Doc, appare centrale, alla luce dei presupposti teorici sin qui discussi, indagare quali tipi di esperienze li abbiano resi particolarmente sensibili alla possibilità di essere colpevoli e/o di entrare in contatto con sostanze disgustose tanto da dover evitare a tutti i costi tali "minacce".

Come nasce in questi pazienti il bisogno di prevenire queste specifiche condizioni piuttosto che altre?

Quali esperienze precoci contribuiscono ad una rappresentazione così catastrofica della colpa deontologica?

Sappiamo dalla letteratura (Luppino et al., 2018; Tenore, 2016) che il contesto interpersonale, l'atmosfera familiare e determinati stili educativi possono costituirsi quale terreno fertile per la vulnerabilità cognitiva al Doc. Le esperienze precoci giocano un ruolo di primo piano nel determinare le credenze disfunzionali che sostengono la sintomatologia ossessiva; a seconda che uno o più eventi stressanti incontrino tale sensibilità si potrà o meno verificare l'esordio sintomatico. L'osservazione clinica e la storia di vita dei pazienti ossessivi fornisce informazioni circa l'atmosfera caratterizzante l'ambiente di accudimento: i familiari, specie quelli dei soggetti il cui Doc ha un esordio precoce, presentano generalmente credenze rigide per lo più legate alla responsabilità esagerata e alla sovrastima della minaccia (Tenore e Basile, 2018). Il clima familiare è descritto come spiccatamente attento alla moralità e tendente alla disapprovazione del comportamento del bambino sulla base di un rigido sistema di norme; la reazione genitoriale alla trasgressione di una regola risulta spesso non chiara e incongrua e piuttosto frequentemente si accompagna alla distanza affettiva e a una particolare espressione facciale rappresentata dal "muso" (Tenore e Basile, 2018). L'esperienza del "muso" nella sua specificità risulta essere più presente nei ricordi dei pazienti ossessivi che in quelli di altre tipologie di pazienti (Basile et al., 2018); un simile atteggiamento da parte del genitore, passivo-aggressivo nel suo stile comunicativo, sebbene rimandi al bambino l'inappropriatezza di un determinato comportamento, gli comunica nel contempo un senso di globale inaccettabilità come persona, minacciando la continuità della relazione e attivando vissuti di ansia, colpa e rabbia intensi.

Risulta intuitivo comprendere quanto una minaccia così grave possa orientare la motivazione, tipicamente ossessiva, a comportarsi in maniera impeccabile, al fine di evitare eventuali mancanze o irresponsabilità. L'ipercontrollo, il criticismo e gli elevati standard genitoriali si andrebbero ad aggiungere a questo quadro, costituendosi quali ulteriori fattori responsabili della genesi di credenze perfezionistiche nei figli, sulla base delle quali distanziarsi dagli standard severi proposti determinerebbe la sensazione soggettiva di colpa per non essere stati all'altezza delle aspettative e aver sicuramente causato sofferenza nel genitore.

Il Doc secondo la cornice della terapia cognitivo comportamentale standard: il modello di Mancini

A partire dai presupposti di cui si è fin qui detto, il modello di comprensione del Doc proposto da Mancini (2018) vede i sintomi ossessivi quale risultato di specifiche valutazioni che il soggetto fa di se stesso e della realtà che lo circonda. Come conseguenza di ciò, una precisa e globale comprensione del disturbo prevede necessariamente l'analisi degli scopi e delle rappresentazioni attraverso cui la singola persona attribuisce significato agli eventi.

Il profilo interno del disturbo, di cui si troverà rappresentazione grafica nella seconda parte del lavoro ad accompagnare il caso clinico presentato, traduce sinteticamente la dinamica sui cui si regge la sintomatologia e che ne determina il mantenimento per via dei numerosi circoli

viziosi. Per la maggior parte dei pazienti ossessivi è possibile definire un evento critico, che può essere percepito, ma anche soltanto ricordato o ipotizzato ed al quale essi attribuiscono, alla luce di una iniziale valutazione di minaccia, il potere di compromettere uno o più scopi importanti. La valutazione di minaccia può essere a volte sostituita da una sensazione, quale per esempio la Not Just Right Experience. Più in generale alla base della sintomatologia sembra esserci una sensibilità al tema della colpa in particolare deontologica (Mancini, 2018), che attiva nella persona il timore di essere colpevole per aver violato una qualche norma morale. La percezione di tale minaccia attiva i tentativi di soluzione detti di primo ordine, una reazione complessa e per buona parte automatica composta da emozioni negative (ansia, senso di colpa, disgusto), processi cognitivi (orientamento di controllo delle ipotesi, attenzione e memoria selettive), condotte mentali (ruminazioni, compulsioni mentali) e comportamenti (compulsioni, evitamenti, richieste di assicurazione) volti a prevenire o neutralizzare la minaccia temuta. Sebbene sia volta a ridurre il disagio, cosa che avviene a breve termine, nel paziente ossessivo questa reazione si dimostra paradossalmente controproducente poiché comporta l'aumento degli eventi giudicati come minacciosi, incrementando la sensazione di probabilità, gravità e incombenza della minaccia percepita e rafforzando dunque lo scopo di proteggersi da essa. A rendere più complesso il processo interviene una seconda valutazione, che prende di mira sia i timori espressi nella prima, valutandoli come esagerati, che i tentativi di soluzione di primo ordine sino a quel momento messi in atto, i cui costi appaiono ora alla persona elevatissimi. La critica ai tentativi di soluzione ha spesso un sapore svilente e colpevolizzante e si accompagna ad emozioni negative, quali ad esempio la rabbia o la tristezza, con ricadute peggiorative sulla sintomatologia (Salkovskis, 1985). È a questo punto del processo che il paziente, alla luce degli elevati costi su cui si focalizza, cerca di contenere i sintomi mediante i tentativi di soluzione di secondo ordine, che possono assumere la forma di soluzioni “di contrasto” (ad es. tentativo di scacciare il pensiero ossessivo) o “più di prima” (ad es. fare un ultimo test condotto alla perfezione e quindi risolutivo di tutti i timori attivi). Entrambe le tipologie di soluzione, per quanto a tratti efficaci a breve termine, si mostrano inevitabilmente controproducenti perché responsabili, per via di meccanismi di rinforzo a circolo vizioso, del mantenimento della sintomatologia a lungo raggio.

Più nel dettaglio possiamo considerare come la persona tenti spesso di contenere il disturbo impegnandosi a scacciare dalla mente il pensiero ossessivo, tentativo questo responsabile di un effetto paradossale noto come fenomeno “orso bianco”, o come “effetto rebound” (Wegner et al., 1987) per via del quale il pensiero stesso diviene in realtà più frequente e più persistente. Ancora può tentare di contenere il problema dandosi l'istruzione paradossale di fare “un ultimo e definitivo” controllo o lavaggio, soluzione quest'ultima che si rivela fallace e controproducente non solo perché in realtà avvia una nuova sequenza di compulsioni ma anche perché aumenta le valutazioni negative che il paziente fa su di sé in termini di fallimento, incapacità, debolezza.

Sintetizzando, è possibile identificare diversi processi ricorsivi che mantengono e peggiorano la sintomatologia del Doc la cui riduzione, come vedremo più avanti, rappresenta uno degli obiettivi principali del trattamento al fine di ottenere una diminuzione significativa della sintomatologia. La ricostruzione dello schema del disturbo, nella formulazione che presenteremo nella seconda parte del lavoro a traduzione del caso clinico, e la sua condivisione con il paziente sono i primi passaggi da compiere; questa fase aiuta il paziente a ridurre la valutazione negativa che ha nei confronti della propria sintomatologia e permette di creare le condizioni che favoriscono l'alleanza terapeutica gettando le basi per la pianificazione dell'intervento.

La pianificazione dell'intervento secondo un'ottica cognitiva

Quando si lavora di progettazione del piano di trattamento di un paziente con Doc è bene avere chiara la dinamica di funzionamento del disturbo, i determinanti della sua condotta, i diversi fattori che giocano un ruolo nel mantenimento sintomatologico, le esperienze precoci che hanno contribuito allo strutturarsi della sensibilità del paziente verso i temi della colpa e della moralità.

Strategicamente parlando, si possono definire due grandi obiettivi di intervento: l'interruzione dei processi a circolo vizioso alla base del mantenimento della sintomatologia e il lavoro di riduzione della vulnerabilità del paziente (Mancini e Cosentino, 2016).

Generalmente in una prima fase si procede intervenendo sull'interruzione dei processi di mantenimento mentre l'intervento diretto alla riduzione delle vulnerabilità viene svolto in un secondo momento, dopo un primo miglioramento sintomatico, considerato il fatto che il più delle volte il paziente è così assorbito dalla pervasività dei sintomi da non riuscire ad accettare di focalizzare l'attenzione su altro.

Per quanto paradossale possa sembrare, molto spesso dopo un primo e sostanziale miglioramento sintomatologico la sensibilità del paziente alla colpa e la sua tendenza a catastrofizzare tale esperienza possono permanere in forme piuttosto intense, tanto da non favorire un'adeguata stabilizzazione degli esiti raggiunti. Diversi lavori (Cosentino et al., 2012; Perdighe e Mancini, 2012; Vos et al., 2012) hanno messo in luce quanto un intervento centrato sulla vulnerabilità sia capace da solo, senza che si lavori sui processi ricorsivi, di produrre una riduzione clinicamente significativa della sintomatologia ossessiva. Un intervento che agisca fuori dal dominio sintomatico e che si focalizzi sulle memorie, storiche o piuttosto recenti, che hanno sensibilizzato il paziente al timore di colpa, può risultare estremamente utile in tal senso, riducendo la vulnerabilità all'innescò del problema nonché il rischio di ricadute.

L'intervento sulla vulnerabilità storica, più nel dettaglio, si incentra sulla ricostruzione della storia di vita del paziente con particolare attenzione all'individuazione del clima familiare, delle esperienze educative, degli eventi più o meno traumatici che possano averlo sensibilizzato al timore di colpa o al disgusto. Il lavoro nel suo complesso non è solo volto a normalizzare il vissuto affettivo legato ai ricordi di colpevolizzazione, ma anche a modificare l'attribuzione circa la propria colpevolezza negli eventi passati rievocati e a favorire una maggiore tolleranza rispetto alla possibilità di essere colpevoli in futuro.

Data la sua importanza, trascurare il lavoro sulla vulnerabilità può esporre il paziente a un maggiore rischio di ricadute sintomatologiche, costituendosi dunque quale passaggio necessario all'interno di un percorso di trattamento (Luppino et al., 2018).

Una formulazione del Doc in chiave Schema Therapy secondo il modello dei Mode

La ST, sviluppata da Young negli anni '90, è un approccio psicoterapeutico flessibile che integra la terapia cognitivo comportamentale con modelli differenti quali ad esempio la teoria dell'attaccamento, l'analisi transazionale, la scuola psicoanalitica, la teoria della Gestalt (Young et al., 2003). Il suo principale obiettivo consiste nell'identificazione dei bisogni nucleari dei pazienti, (Attaccamento sicuro, Autonomia, Limiti realistici etc.), che non hanno trovato adeguata soddisfazione nelle prime esperienze relazionali, al fine di dare loro adeguata risposta attraverso strategie adulte funzionali. La frustrazione di tali bisogni determinerebbe lo sviluppo degli Schemi Maladattivi Precoci, temi o pattern pervasivi costituiti da ricordi, sensazioni somatiche,

emozioni e cognizioni circa se stessi e le relazioni. Nella definizione di Schema sono presenti diversi elementi, primi tra tutti i ricordi, inerenti la vulnerabilità storica del paziente, che nella specificità del quadro ossessivo è riconducibile ai temi della colpa deontologica e del disgusto (Tenore, 2016).

Più recentemente nell'apparato teorico della Schema Therapy è stato introdotto il concetto di Mode, che, diversamente da quello di Schema, rappresentativo di caratteristiche stabili della persona, rappresenta l'attivazione, contingente ad un particolare momento, di uno o più Schemi e stili di coping attivi nello stesso momento (Young et al., 2003).

Diversi studi hanno investigato l'efficacia della Schema Therapy o di alcune sue tecniche, nel trattamento del Doc (Veale et al., 2015; Thiel et al., 2016; Tenore submitted), ma solo pochi hanno tentato di offrire una concettualizzazione del disturbo in termini di Mode.

Gross e collaboratori (2012), con un lavoro su due casi singoli, hanno proposto, oramai qualche anno fa, una specifica formulazione del disturbo in termini di Mode suggerendo che la ST possa risultare particolarmente utile nel trattamento del DOC severo o cronico, nei casi di non-responders alla CBT tradizionale e per quei pazienti con una storia traumatica con o senza comorbidità con i Disturbi di Personalità.

Più recentemente Basile e colleghi (2017), hanno indagato schemi, Mode e stili di coping caratteristici del Doc, fornendo suggestioni interessanti nella cornice della comprensione del disturbo sia in termini etiologici che di mantenimento sintomatico.

Un recente lavoro di Tenore (Tenore et al., 2018), a partire dalle suggestioni fornite da Basile e collaboratori (2017) ha presentato una concettualizzazione del Doc che ha tentato una prima traduzione del Modello cognitivo tradizionale, come proposto da Mancini (2018).

È proprio a partire da questi primi esempi di concettualizzazione, al fine di dare vita ad un modello condiviso che nasca dall'osservazione clinica e dalle evidenze di ricerca e che permetta la pianificazione di un intervento efficace, che si è tentato, con il presente lavoro, di rileggere nel suo complesso la cornice teorica proposta da Mancini (2018) in chiave Schema Therapy, al fine di giungere ad una formulazione completa, capace di cogliere per intero la dinamica del funzionamento ossessivo, anche dal punto di vista della sua dimensione storica.

Più nel dettaglio, nel modello proposto, la sintomatologia ossessiva e la dinamica del disturbo, nel succedersi dei suoi diversi stati mentali, sono state spiegate come risultanti della presenza e dell'avvicendamento dei seguenti Mode:

- Mode Bambino Vulnerabile colpevolizzato e timoroso del disgusto e delle conseguenze relazionali che questo potrebbe comportare, in termini di rifiuto critica e disprezzo;
- Mode Bambino Arrabbiato;
- Mode Genitore Esigente e Punitivo (corrispondente alla vulnerabilità storica del paziente);
- Mode di Coping di evitamento: Protettore Distaccato e Autoconsolatore Distaccato (se presenti);
- Mode di Coping compensatorio: Perfezionista Ipercontrollante

La dinamica ossessiva si avvierebbe a partire dal Mode Genitore Esigente e Punitivo, che rappresenta gli aspetti di vulnerabilità storica legati agli stili di parenting di cui tipicamente il paziente ha fatto esperienza. Tale Mode rappresenta la pressione sperimentata dal bambino nel soddisfare le aspettative irrealistiche delle figure di accudimento e la punizione attesa in caso di trasgressione o fallimento delle stesse. Gli schemi maladattivi precoci più frequentemente associati a questo Mode sono lo schema Standard Severi, quello di Fallimento e quello di

Autosacrificio. La punizione temuta è relativa alla minaccia di rottura della relazione in caso di errore e si associa in genere agli schemi Sottomissione, Sfiducia/Abuso e Inadeguatezza/Vergogna.

I Mode Bambino rappresentano gli stati emotivi negativi generati dal disturbo: in una prima fase del processo l'ansia dell'errore, il timore di colpa o di entrare in contatto con sostanze disgustose (Mode Bambino Vulnerabile colpevolizzato e timoroso) e successivamente la rabbia (Mode Bambino Arrabbiato), sperimentata quando il paziente si confronta con i costi del disturbo, inaccettabili secondo gli standard del Mode Genitore. In buona sostanza le norme interiorizzate, rappresentate dal Mode Genitore, spingono il paziente sia a mettere in atto le compulsioni per evitare la minaccia di colpa, sia a liberarsi dei costi del disturbo; tale conflitto determina il timore iniziale e la rabbia successiva, nel momento in cui la pressione a svolgere l'attività compulsiva diventa troppo faticosa. Nel tentativo di sopravvivere al dolore provocato da queste esperienze negative, ed al fine di proteggersi dalla frustrazione dei propri bisogni nucleari, il soggetto imparerebbe a strutturare piuttosto precocemente strategie di gestione disfunzionali, rappresentate dai Mode di Coping d'Evitamento e/o di Ipercompensazione. Più nello specifico, per prevenire la minaccia di punizione di possibili errori e gestire il dolore ad essa collegato il paziente si impegnerebbe a compensare e contrattaccare, diventando estremamente controllante e perfezionista (Mode Perfezionista Ipercontrollante) di modo da garantirsi la sensazione di essere "in controllo" e controbilanciare i sentimenti di vulnerabilità. Il perfezionismo tipicamente ossessivo, l'impegno nei rituali e nell'attività di ruminazione si spiegherebbero con questo Mode, continuamente impegnato a soddisfare elevate aspettative prestazionali a discapito di attività piacevoli e momenti di condivisione emotiva. Una via alternativa per gestire il dolore vedrebbe invece all'opera un Mode Distaccato che permetterebbe al soggetto di "non sentire" il malessere, proteggendosi attraverso la distrazione, l'isolamento sociale, l'evitamento delle situazioni capaci di innescarli (Mode Protettore Distaccato) o mediante l'autogratificazione (Mode Autoconsolatore Distaccato).

Il rationale dell'intervento in termini di Mode

A partire da una concettualizzazione del caso come sin qui proposta, si tenterà di offrire di seguito il rationale di un intervento orientato a trattare i singoli Mode all'interno di un'ottica di accettazione della minaccia temuta.

Lavorare in termini di Mode, data l'opportunità che essi offrono di fermare gli shift veloci del paziente tra i diversi suoi stati mentali, permette al clinico di meglio seguire la dinamica del funzionamento ossessivo nel suo snodarsi.

Nella sua interezza, l'operazione di pianificazione dell'intervento può prevedere due livelli indissolubilmente connessi tra loro: uno attuale, che rappresenta la fotografia del paziente nel qui ed ora, e uno legato alle passate esperienze sensibilizzati, traduzione delle vulnerabilità. L'insieme delle credenze disfunzionali e delle modalità maladattive con cui la persona tenta di farvi fronte rappresentano il filo rosso che connette il livello attuale a quello storico.

Come abbiamo già visto nel ripercorrere la strategia globale di intervento proposta dal cognitivismo standard, gli obiettivi da perseguire prevedono l'interruzione dei processi ricorsivi e la riduzione della sensibilità del paziente alla colpa o al disgusto. La Schema Therapy si mostra particolarmente adatta a potenziare il lavoro rispetto a questo secondo obiettivo, data la centralità che riconosce alle esperienze precoci sensibilizzanti.

Le difficoltà che i pazienti incontrano alla prospettiva di abbandonare i tentativi di

neutralizzazione (compulsioni) sono legate sicuramente all'intolleranza nei confronti dello stato emotivo che la rappresentazione di minaccia produce, ma in misura maggiore alla prospettiva di sentirsi colpevoli qualora non fosse fatto il possibile per evitare il danno connesso alla minaccia.

Quando il paziente si trova in un Mode Perfezionista Ipercontrollante, difficilmente riesce a interrompere la ricerca della condizione di aver fatto tutto il possibile, ricerca che conduce ad una maggiore disponibilità dei pensieri minacciosi e dunque alla rappresentazione dell'evento temuto come più probabile. È controindicato in questi casi tentare di rassicurare il paziente sull'eventualità che l'esito temuto non si realizzi. La ricerca mostra infatti a tal proposito quanto entrare in dialettica con il paziente ossessivo sia non solo inutile, ma anche controproducente (van den Hout, 2018) poiché egli non solo avrà certamente obiezioni continue su qualunque argomentazione ma nel contempo, il dibattito farà da spunto per la generazione di nuovi dubbi. Più nel dettaglio è importante non perdere di vista quanto il paziente Doc non sia realisticamente interessato alla probabilità che un evento che lo veda potenzialmente colpevole si realizzi o meno quanto a scongiurare, con assoluta certezza, la possibilità che esso si presenti e che la colpa possa in alcun modo riguardare la sua esperienza. Il lavoro terapeutico deve essere dunque teso verso l'accettazione della possibilità di essere colpevoli, di entrare in contatto con sostanze disgustose, di poter essere giudicati disgustosi con il rischio eventuale di venire rifiutati (Mancini, 2018; Mancini e Gragnani, 2005; Mancini e Barcaccia, 2004). La pratica dell'accettazione del rischio, centrale nell'intervento sul paziente ossessivo, passa attraverso l'interruzione dei processi ricorsivi attuali, la restituzione al paziente del senso storico della sua sensibilità alla colpa, la riduzione della stessa.

Gli interventi appena descritti vanno tutti nella direzione di nutrire e promuovere il Mode Adulto Sano, gestendo e sostituendo parallelamente i Mode di coping disfunzionali.

Il Mode work

Viene di seguito chiarito nel dettaglio il rationale dell'intervento volto alla riduzione dei Mode disfunzionali e al rafforzamento dei Mode sani. Gli scopi del lavoro con ogni singolo Mode e le specifiche strategie terapeutiche verranno illustrate passo passo.

1) Intervento sul Mode Bambino Colpevolizzato e Timoroso del disgusto

Il lavoro su questo mode è teso ad una ristrutturazione dell'aspettativa di rifiuto in caso di errore, in particolare rispetto alle credenze del paziente ossessivo secondo cui:

- commettendo un errore si esporrebbe a conseguenze catastrofiche;
- il suo diritto di sbagliare è ridotto rispetto a quello altrui;
- gli errori possono avere conseguenze relazionali gravissime, quali ad esempio la rottura della relazione.

È bene porre l'attenzione su come il decremento della sensibilità del paziente alla colpa passi attraverso l'accettazione per lui della possibilità di essere colpevole e non per l'attribuzione della colpa a qualcun altro; questa possibilità infatti, si andrebbe a costituire quale ricorsiva attualizzazione di una dinamica tipica delle famiglie ossessive, spesso impegnate nella ricerca del responsabile dell'errore o del danno e nella sua colpevolizzazione (Tenore, 2016).

La parziale sovrapposizione tra senso di colpa deontologico e disgusto morale si manifesta nell'attivazione del Mode Bambino Vulnerabile, che reputa intollerabile sia percepirsi colpevole che entrare in contatto, o avere il dubbio di poterlo aver fatto, con una sostanza disgustosa. Oltre

ad attivare eventuali timori per la salute, questa possibilità temuta si associa per il paziente all'idea di poter assumere delle caratteristiche simili al disgustoso, tanto da rimandargli la sensazione di essere sporco e pertanto moralmente deprecabile, effetto simile a quello della colpa deontologica, come precedentemente accennato.

Anche in questo caso, è controindicato rassicurare il paziente nel Mode Bambino rispetto alla possibilità o alla pericolosità di un eventuale contatto con sostanze disgustose; risulta invece più opportuno rimandargli la possibilità e la necessità di accettare tale eventualità, piuttosto ineludibile nell'esperienza umana.

Alla luce del rationale appena chiarito l'intervento nella direzione di questo mode è finalizzato al dare risposta ai bisogni emotivi frustrati, tutelando la parte del paziente colpevolizzata e spaventata dal disgusto, legittimandola rispetto alla possibilità di commettere un errore e proteggendola dalle conseguenze relazionali che potrebbero derivare dalla sua irresponsabilità.

2) Intervento sul Mode Esigente e Punitivo

La presenza di perfezionismo clinico e standard morali particolarmente severi nel DOC è riconosciuta da numerosissimi studi (Frost et al., 1997; Doron et al., 2007; Franklin et al., 2009).

Quando il paziente esperisce un'ossessione, si sente come protagonista di un processo all'interno di un'aula di tribunale davanti al cui giudice critico e severo deve provare la sua non colpevolezza. La ST suggerisce che nel caso in cui sia presente un Mode Genitore molto rigido, questo debba essere bandito dall'esperienza del paziente dal momento che sottrarsi a tale Mode si traduce nel liberarsi dalla minaccia di una critica sprezzante (Young et al., 2003). L'internalizzazione del Mode Genitore Critico interferisce con la capacità del paziente di motivarsi in maniera sana, con standard e aspettative realistiche, verso obiettivi funzionali alla soddisfazione dei propri scopi. È importante ricordare che il Mode in questione non rappresenta l'espressione di principi e valori "autentici", ma incarna un introietto, qualcosa di ingoiato per intero senza un processo di metabolizzazione. Qualora gli standard proposti da questa parte normativa non corrispondano a quanto condiviso dalla persona sulla base del suo personale sistema di valori e norme, è utile aiutarla a ridefinire soggettivamente i "dettami" da seguire.

Gli interventi più potenti per contrastare il Mode Genitore critico sono volti all'accettazione della possibilità di essere colpevoli e alla promozione di un atteggiamento compassionevole nei confronti di sé stessi in caso di errore. Si tratta di favorire una forma di accettazione incondizionata verso di sé, in cui il valore personale viene sganciato dalla performance o da criteri morali rigidamente perfezionistici. Un lavoro teso a ridurre la severità degli standard è fondamentale nonché necessario per consentire al paziente con Doc di ridurre la frequenza e l'inflessibilità dei giudizi che emette verso sé stesso e le sue azioni. Il perfezionismo è infatti sostenuto da una prospettiva dicotomica "tutto o nulla" che necessita di essere modificata, attraverso l'addestramento a tollerare progressivamente l'imperfezione, perché la si possa integrare all'interno di un processo di valutazione dei pro e dei contro.

Appare evidente da quanto sin qui detto lo scopo da proporsi in termini di intervento, al fine di promuovere il benessere complessivo del paziente, non possa che mirare alla riduzione della pervasività e della severità del suo Mode Genitore Critico, Esigente e Punitivo.

3) Interventi sul Mode Perfezionista Ipercontrollante

Quando si attiva il Genitore Critico e Punitivo, il paziente transita in un Mode Bambino Colpevolizzato e Timoroso del disgusto che si associa ad emozioni negative dirompenti. Per non

sperimentare l'attivazione di queste emozioni negative, e con la finalità di prevenire un danno foriero di punizioni severissime, la persona ricorre all'attivazione di un Mode Perfezionista Ipercontrollante, strutturatosi nel passato come strategia di sopravvivenza e presente ancora oggi in maniera pervasiva.

Come ogni Mode di Coping Disfunzionale, il Mode Perfezionista Ipercontrollante impegna il paziente in attività che richiedono energie e tempi crescenti, proporzionali alle richieste sempre maggiori del Mode genitore interiorizzato, all'aumentare delle quali corrisponde un progressivo deterioramento della qualità della vita del paziente, in assenza di una duratura soddisfazione percepita.

Alla luce di ciò, il rationale dell'intervento sul Mode Perfezionista Ipercontrollante consiste nella rinuncia alle strategie di neutralizzazione della minaccia e all'esposizione al timore di colpa, per un tempo maggiore rispetto a quello solitamente tollerato. Il paziente dovrà rinunciare intenzionalmente all'immediato- ma transitorio- sollievo generato dalla messa in atto delle compulsioni per orientarsi verso un guadagno a più lungo termine, che si traduce nella possibilità di accettare una maggiore quota di rischio. Con l'intento di rafforzare il Mode Adulto Sano e favorire lo sviluppo di uno stato di accettazione consapevole, il terapeuta si proporrà di generare nuove competenze nel paziente, accompagnandolo nell'attraversare l'esperienza di colpa e disgusto percepito e promuovendo un Mode "accettante" la minaccia. In questo Mode il paziente può scegliere di tollerare le emozioni sgradevoli conseguenti al blocco della compulsione o di altri di tentativi di neutralizzazione. Ridotta la voce del Genitore Critico e abbassato il volume del suo giudizio, il paziente può farsi forza sulla consapevolezza che il vissuto di pericolo e di urgenza a riparare è uno stato transitorio, che ha la forza di sostenere e di attraversare senza necessariamente agire la compulsione.

In termini di intervento il paziente andrà aiutato in un lavoro di rottura dei pattern comportamentali del Mode di Coping del Perfezionista Ipercontrollante, perché le strategie di questa parte poco funzionale a lungo termine vengano progressivamente sostituite con nuove modalità, più sane, volte all'accettazione del rischio connesso con la specifica minaccia temuta.

4) Intervento sul Mode Bambino Arrabbiato (se presente)

Il Mode bambino Arrabbiato costituisce l'altra faccia della medaglia del Mode Bambino Colpevolizzato e Timoroso del disgusto. Se da un lato nel Mode Bambino il paziente può sperimentare paura, dall'altro può provare rabbia quando si percepisce ingiustamente colpevolizzato o quando il bisogno di sicurezza e accettazione incondizionata viene frustrato. L'attivazione del Mode Bambino Arrabbiato è problematica non tanto per il vissuto che esprime, del tutto lecito nel suo contenuto, quanto perché caratterizzata da un'espressione disregolata dell'emozione di rabbia, spesso causa della riattivazione del Mode Genitore Critico. All'espressione rabbiosa segue infatti generalmente un'intensa emozione di colpa ed il timore di non essere accettato, conseguenze dirette dei toni ingiuriosi e critici del Mode Genitore che pone standard etico-morali molto severi e punisce minacciando la rottura della relazione nel caso vengano disattesi. A questo punto della dinamica il circolo vizioso riprende, e per sottrarre il Mode Bambino dalle accuse del Genitore Critico si riattiva il Mode Perfezionista Ipercontrollante che tenta di soddisfare standard irrealistici, costi quel che costi.

Attraverso l'intervento sul Mode Bambino Arrabbiato il terapeuta persegue lo scopo di definire chiari limiti entro cui esprimere la frustrazione, educando il paziente a differenziare la rabbia attuale da quella passata, la legittimità dell'emozione dall'espressione poco funzionale della stessa. Un intervento di questo tipo è volto a ridurre la possibilità che critiche attuali

attivino Schemi Maladattivi Precoci, comportando il rischio di una sovrapposizione tra presente e passato e a promuovere nel paziente la capacità di comunicare le proprie ragioni in una maniera adulta e assertiva, esprimendo la rabbia in una forma sana.

Stabilire delle regole per la corretta gestione della rabbia, nel caso in cui sia presente un Mode Bambino Arrabbiato per via delle critiche e dei rimproveri ricevuti o per gli elevati costi del disturbo (Luppino et al., 2018) è un passaggio imprescindibile di intervento.

5) Intervento sui Mode di Coping di Evitamento

I Mode di Coping costituiscono delle strategie di sopravvivenza che si strutturano nel corso del tempo per sopravvivere all'interno di un ambiente di accudimento frustrante i bisogni emotivi primari.

In questa cornice, le strategie di regolazione emotiva del paziente, sebbene nate per sfuggire ad una condizione frustrante, diventano disfunzionali perché rigide e pervasive, incapaci di garantire la soddisfazione dei bisogni stessi.

Nella concettualizzazione del paziente ossessivo, come precedentemente chiarito, si differenziano le strategie di coping di evitamento (Protettore Distaccato e Autotranquillizzatore Distaccato) e quelle di Ipercompensazione (Perfezionista Ipercontrollante). Le strategie di evitamento sono tese a non entrare in contatto con le emozioni negative, mentre le seconde a neutralizzare il rischio di una catastrofe temuta. L'esperienza affettiva che il paziente sperimenta quando è nel Mode Perfezionista Ipercontrollante è negativa, seppur temporaneamente mitigata dalle compulsioni il cui obiettivo principale è la riduzione del rischio che la minaccia temuta si realizzi. I Mode di evitamento hanno la funzione di neutralizzare le emozioni negative, ma come già affermato, tendono ad ostacolare la soddisfazione dei bisogni primari. Quando è nel Mode Protettore Distaccato, il paziente è infatti distaccato emotivamente dagli altri, sperimenta noia o senso di vuoto, una sorta di anestizzazione o appiattimento emotivo. Quando è nel Mode Autotranquillizzatore Distaccato, regola le sue emozioni impegnandosi in attività che possano in qualche modo calmarlo, stimolarlo o distrarlo. Tali attività possono caratterizzarsi per una certa ripetitività, ma la loro funzione le distingue dalle compulsioni.

Scopo dell'intervento rispetto a questi specifici Mode di coping, che impediscono l'accesso al Mode Bambino Vulnerabile, è quello di sostituirli con modalità cognitive, comportamentali e relazionali alternative, che concorrano, in una maniera funzionale, al soddisfacimento dei bisogni emotivi di base.

6) Intervento sul Mode Adulto Sano

Le modalità adattive costituiscono le competenze del Mode Adulto Sano. A partire da ciò appare evidente quanto tutti gli interventi siano tesi, direttamente o indirettamente, a "nutrire" questo Mode facendo sì che il paziente sostenga in esso la quasi totalità del suo tempo rientrandovi il prima possibile in caso di scivolamenti nei Mode disfunzionali.

Secondo Roediger (2015) una delle competenze dell'Adulto Sano è quella di riconoscere che "l'ingranaggio non funziona e rivolgere l'attenzione altrove", processo definito di disidentificazione. Nel caso del paziente ossessivo, il riconoscimento dell'ingranaggio non funzionante comincia prima dell'inizio del percorso terapeutico e costituisce generalmente la motivazione alla richiesta di aiuto. Tuttavia quello che la pratica clinica ci mostra è la possibilità che il paziente chieda di essere aiutato a ridurre le compulsioni mantenendo ferma la volontà di proteggersi ad ogni costo dalla possibilità di essere colpevole o dal contatto con sostanze

disgustose. Alcuni pazienti presentano delle teorie naive sulla terapia come di un modo per abbattere i costi del disturbo mantenendo attivi gli antiscopi; appare dunque centrale costruire un'alleanza terapeutica con il paziente che rimarchi il mal funzionamento del sistema non solo alla luce degli elevati costi delle compulsioni, quanto in primis alla difficoltà ad accettare il rischio di colpa e contaminazione.

Roediger (2015) mette in luce come a suo avviso una seconda competenza del Mode Adulto Sano sia la capacità di effettuare cambi di prospettiva, attraverso la rivalutazione della situazione da una maggiore distanza. Tale processo può favorire anche l'aumento del tempo di latenza tra l'arrivo dell'ossessione e l'impulso ad eseguire la compulsione.

Possiamo riconoscere che il paziente ha assunto maggiori competenze del Mode Adulto Sano quando riesce a passare con maggiore facilità dalla necessità, dal dovere di eseguire le compulsioni per evitare la minaccia di colpa e contaminazione, all'accettazione di tale possibilità, non dando credito a quanto intimato dalla sua parte critica che prospetta esiti catastrofici e minaccia punizione. L'investimento nelle compulsioni e nello scopo di evitare la minaccia temuta permane infatti finché persiste la valutazione di avere il potere, il dovere di eluderla e l'idea che possa essere vantaggioso continuare a farlo (Mancini e Gragnani, 2005; Perdighe e Mancini, 2012).

Terza funzione dell'Adulto Sano è operare un cambio volontario, spesso con sforzo, del pattern comportamentale tipicamente utilizzato. Nel caso del paziente ossessivo, il pattern tipico che costituisce un centrale fattore di mantenimento è caratterizzato da forme di lavaggio, evitamento, controllo o qualunque altro tipo di tentativo di neutralizzazione della minaccia. Nel momento in cui si sente disposto a rompere il pattern comportamentale il paziente accetta di esporsi alle procedure di Esposizione con Prevenzione della Risposta, cuore dell'intervento in un'ottica cognitiva che vedremo nella seconda parte del lavoro come delineare in chiave ST.

Decidere di esporsi a stimoli e situazioni generalmente evitati, smettendo di proteggersi per una certa quota, traduce un passaggio cognitivo importante; il paziente sceglie di muoversi nella direzione del disinvestimento dallo scopo di essere ineccepibile agli occhi del Mode Esigente e Punitivo contrastandone i dettami rigidi e le minacce a cui solitamente ha imparato a cedere.

Il Mode Adulto Sano, come si evince, è un Mode da rafforzare e promuovere. Un intervento che vada in queste direzioni può consentire al paziente di accettare in misura maggiore il rischio, del tutto normale e umano, di essere colpevole, favorendo la componente accettante del Mode in questione (Tenore et al., 2018).

Il lavoro sin qui proposto chiarisce, nel dettaglio dei suoi singoli passaggi, il Mode work con il paziente ossessivo alla luce del rationale teorico illustrato in precedenza.

La cornice presentata, insieme alle strategie terapeutiche offerte, vanno a costituirsi quale opportunità per integrare di una dimensione storica l'intervento proposto dalla cbt standard, al fine di meglio inquadrare la complessità del paziente ossessivo specie rispetto al lavoro sugli aspetti inerenti la vulnerabilità al disturbo.

Conclusione

Il lavoro, primo di due, si è proposto di presentare in termini teorici e in un'ottica di pratica clinica, una concettualizzazione del Disturbo Ossessivo Compulsivo nata da una proposta di integrazione tra il modello cognitivo comportamentale standard, come formulato da Mancini (2018), e un modello dei Mode, come formulato dagli autori, in chiave Schema Therapy.

Sono stati presentati i determinanti psicologici prossimi della genesi della sintomatologia

ossessiva, primi tra tutti la colpa deontologica, e sono stati illustrati i processi ricorsivi alla base del mantenimento del disturbo.

A partire da un'analisi delle esperienze precoci di rimprovero e critica, elementi specifici di vulnerabilità per il paziente con Doc, si è chiarito il rationale dell'intervento nei suoi principali obiettivi. L'accettazione del rischio di colpa ha fatto poi da cornice teorica all'interno della quale si è delineato, nelle sue diverse fasi, l'intervento sui Mode, volto a identificare i bisogni emotivi di base del paziente, rimasti frustrati nelle primissime fasi di vita, al fine di fornire adeguata e funzionale soddisfazione agli stessi.

La traduzione del modello Cbt standard come da proposta in chiave Schema Therapy rende più agevole per il paziente consapevolizzarsi sulle rapide oscillazioni tra stati mentali, permettendogli di etichettarne e riconoscerne il valore storico alla luce dei nessi di significato ricostruiti, insieme con il terapeuta, a partire dagli episodi prototipici congiuntamente rintracciati.

Il lavoro seguente fornirà la possibilità di meglio comprendere l'utilità della proposta e chiarirà i diversi passaggi del processo di intervento attraverso un'esemplificazione clinica.

Sarà riservata particolare attenzione all'approfondimento di specifiche tecniche di intervento.

Bibliografia

- Abramowitz, J. S. (2006). *Understanding and Treating Obsessive-Compulsive Disorder. A Cognitive-Behavioral Approach*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Schwartz, S. A., Furr, J. M. (2003). Symptom Presentation and Outcome of Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1049-1057.
- Basile, B., De Sanctis, B., Fadda, S., Luppino, O.I., Perdighe, C., Saliani, A.M., Tenore, K., Mancini, F. (2018). Early life experiences in ocd and other disorders: a retrospective observational study using imagery with re-scripting. *Clinical Neuropsychiatry*, 15 (5), 299-305.
- Basile, B., Tenore, K., Luppino, O. I., Mancini, F. (2017). Schema Therapy Mode Model Applied to OCD. *Clinical Neuropsychiatry*, 14, 407-414.
- Castelfranchi, C. & Paglieri, F. (2007). The Role of Beliefs in Goal Dynamics: Prolegomena to a Constructive Theory of Intensions. *Synthese*, 155, 237-263.
- Coles, M. E., Frost, R. O., Heimberg, R. G., Rhéaume, J. (2003). "Not Just Right Experiences": Perfectionism, Obsessive-Compulsive Features and General Psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 681-700.
- Cosentino, T., D'Olimpio, F., Perdighe, C., Romano, G., Saliani, A. N., Mancini, F. (2012). Acceptance of Being Guilty in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 39-56.
- Cosentino, T., & Mancini, F. (2012). "Do I Love Her or Not?!" Intervention on Fear of Being Despised: An Obsessive-Compulsive Disorder Case Presentation. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 18, 199-213.
- Doron, G., Kyrios, M., Moulding, R. (2007). Sensitive Domains of Self-Concept in Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): Further Evidence for a Multidimensional Model of OCD. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 433-444.
- Franklin, S. A., McNally, R. J., Riemann, B. C. (2009). Moral Reasoning in Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 575-577.
- Frost, R. O. & Steketee, G. (1997). Perfectionism in Obsessive-Compulsive Disorder Patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 291-296.
- Gross, E. N., Stelzer, N., Jacob, G. (2012). Treating OCD with the Schema Mode Model. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice*. Hoboken: John Wiley & Sons, Ltd.

- Ladouceur, R., Leger, E., Rhéaume, J., Dube, D. (1996). Correction of Inflated Responsibility in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 767-774.
- Lee, S. W. S., & Schwarz, N. (2011). Cleans Late Effects: The Psychological Consequences of Physical Cleansing. *Current Directions in Psychological Science*, 20, 307-311.
- Lopatchka, C., & Rachman, S. (1995). Perceived Responsibility and Compulsive Checking: An Experimental Analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 673-684.
- Luppino, O. I., Tenore, K., Mancini, F., & Basile, B. (2018). An Integration of Schema and Cognitive Therapy in OCD Treatment (Part I): Goals and Beliefs of the Obsessive Mind. *Psychology*, 9, 2261-2277.
- Mancini, F. (2008). I sensi di colpa altruistico e deontologico. *Cognitivismo Clinico*, 5, 123-144.
- Mancini, F. (2018). *The Obsessive Mind*. Abingdon-on-Thames: Routledge.
- Mancini, F. (2016). *La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo-compulsivo*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Mancini, F., & Barcaccia, B. (2004). *The Importance of Acceptance in Obsessive- Compulsive Disorder*. Munich: Ludwig-Maximilians University.
- Mancini, F., & Cosentino, T. (2016). Introduzione alla terapia: il rationale dell'intervento. In F. Mancini, *La mente ossessiva*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Mancini, F., Gangemi, A., Perdighe, C., Marini, C. (2008). Not Just Right Experience: It Is Influenced by Feelings of Guilt?. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 162-176.
- Mancini, F., & Gragnani, A. (2005). L'esposizione con prevenzione della risposta come pratica dell'accettazione. *Cognitivismo Clinico*, 2, 38-58.
- Mancini, F., & Gangemi, A. (2004). Fear of Guilt from Behaving Irresponsibly in Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 109-120.
- Perdighe, C., & Mancini, F. (2012). Dall'investimento alla rinuncia: Favorire l'accettazione in psicoterapia. *Cognitivismo Clinico*, 9, 116-134.
- Rachman, S. (2006). *Fear of Contamination: Assessment and Treatment*. New York: Oxford University Press Inc.
- Roediger, E. (2015). Why Are Mindfulness and Acceptance Central Elements for Therapeutic Change in Schema Therapy Too? An Integrative Prospective. In: M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *Handbook of Schema Therapy, Theory, Research and Practice*. New York: Wiley Blackwell.
- Rufer, M., Fricke, S., Moritz, S., Kloss, M., & Hand, L. (2006). Symptom Dimensions in Obsessive Compulsive Disorder: Prediction of Cognitive Behavioural Therapy Outcome. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 4404-4446.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-Compulsive Problems: A Cognitive-Behavioural Analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 571-588.
- Schnall, S., Haidt, J., Clore, G. L., Jordan, A. H. (2008). Disgust as Embodied Moral Judgment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34, 1096-1109.
- Shafraan, R. (1997). The Manipulation of Responsibility in Obsessive-Compulsive Disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 397-407.
- Steketee, G. S., Chambless, D. L., & Tran, G. (2001). Effects of axis I and II comorbidity on behavior therapy outcome for obsessive-compulsive disorder and agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 76-86.
- Tenore, K. (2016). La vulnerabilità nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo. In F. Mancini, *La mente ossessiva*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Tenore, K., & Basile, B. (2018). The Historical Vulnerability in OCD. In F. Mancini (Ed.), *The Obsessive Mind*. Abingdon-on-Thames: Routledge.
- Tenore, K., Basile, B., Cosentino, T., De Sanctis, B., Fadda, S., Gragnani, A., Luppino, O.I., Perdighe, C., Romano, G., Saliani, A. M., & Mancini, F. (2018). Efficacy of Imagery with Rescripting in Treating OCD: A Single Case Series Experimental Design (Preliminary Results).
- Tenore, K., Basile, B. et al., (submitted). Imagery Rescripting in guilt inducing memories in OCD: a single case series study.

- Thiel, N., Jacob, G. A., Tuschen-Cafer, B., Herbst, N., Külzm, A. K., Hertenstein, E. et al. (2016). Schema Therapy Augmented Exposure and Response Prevention in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder: Feasibility and Efficacy of a Pilot Study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 52, 59-67.
- Tolin, D. F., Maltby, N., Diefenbach, G., Hannan, S. E., & Worhunsky, P. (2004). Cognitive Behavioural Therapy for Medication Nonresponders with Obsessive Compulsive Disorder: A Wait List Controlled Open Trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 922-931.
- van den Hout, M., & Giele, K. (2018). *Why Challenging the Content of Obsessive Concerns Can Be Anti-Therapeutic: Experiences from Supervision and Experiment*.
- Veale, D., Page, N., Woodward, E., & Salkovskis, P. (2015). Imagery Rescripting for Obsessive Compulsive Disorder: A Single Case Experimental Design in 12 Cases. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 49, 230-236.
- Vos, S.P.F., Huibers, M.J.H., Arntz, A. (2012). Experimental Investigation of Targeting Responsibility versus Danger in Cognitive Therapy of Obsessive-Compulsive Disorder. *Depression and Anxiety*, 29, 629-637.
- Wegner, D.M., Schneider, D., Carter, S., White, T. (1987). Paradoxical Effects of Thought Suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.
- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.
- Zhong, C. B., & Liljenquist, K. (2006). Washing away Your Sins: Threatened Morality and Physical Cleansing. *Science*, 313, 1451-1452.
- World Health Organization (2013). *Research for Universal Health Coverage: World Health Report 2013*.