

STRATEGIE MOTIVAZIONALI PER L'ESPOSIZIONE E PREVENZIONE DELLA RISPOSTA NEL TRATTAMENTO DEL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO

Davide Dèttore^{1 2 3 4}, Gabriele Melli^{2 3 4}

¹ Università degli Studi di Firenze

² Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva, IPSICO, Firenze

³ Casa di Cura Poggio Sereno, Fiesole, Firenze

⁴ Associazione Italiana Disturbo Ossessivo-Compulsivo (AIDOC)

Riassunto

Le procedure di esposizione e prevenzione della risposta (E/RP) costituiscono l'elemento fondamentale della terapia comportamentale del DOC. Senza dubbio l'E/RP è la modalità d'intervento più solidamente e sperimentalmente confermata per il DOC e tutti gli autori ne sottolineano l'importanza.

In 12 studi di esito (N=330), fra quanti hanno completato il trattamento l'83% è composto da responders. In 16 studi che riferiscono l'esito a lungo termine (N=376), il 76% è costituito da responders (ad un follow-up medio di 29 mesi).

Le tecniche cognitive da sole, per ora, non hanno un'efficacia altrettanto dimostrata, anche se possono contribuire a facilitare e motivare il paziente all'esecuzione della E/RP.

Sembra che non possa esistere, in sostanza, un trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo che possa prescindere, prima o poi, dall'applicare tali procedure.

Il compito arduo del terapeuta, che segua i principi comportamentali, è quindi sostanzialmente motivazionale: occorre convincere il paziente a compiere un grosso sacrificio a breve termine per un vantaggio a lungo termine.

A tale scopo, è spesso necessario avvalersi di alcune strategie motivazionali per preparare il paziente ed attuare l'esposizione e prevenzione della risposta.

In questo articolo verranno presentate le principali strategie volte ad ottenere la compliance alla E/RP, derivate da anni di esperienza clinica con pazienti DOC "difficili".

Parole chiave: *Disturbo ossessivo-compulsivo – Esposizione e prevenzione della risposta – E/RP – Motivazione – Aderenza*

MOTIVATIONAL STRATEGIES FOR EXPOSURE WITH RESPONSE PREVENTION IN THE TREATMENT OF OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

Summary

The exposure and response prevention procedures are the fundamental elements of behavioural therapy for DOC. Without any doubt E/RP is the intervention method most solidly and experimentally confirmed for DOC and its importance is underlined by all the authors.

In 12 studies (N=330) 83% of the people who completed the treatment were responders. In 16 studies that report the long-term results 76% were responders (with an average follow up period of 29 months).

Cognitive techniques alone don't have such a proved efficacy at the moment, even if they can contribute to facilitate and motivate the patient at the execution of E/RP.

It seems that a treatment for obsessive-compulsive disorder that leaves out those procedures cannot exist.

The difficult task of the therapist that follows the behavioural principles is substantially about motivation: it's essential to convince the patient to make a big short term sacrifice for a long term advantage.

With this aim it's often necessary to use some motivational strategies to prepare the patient and eventually to do the exposure and response prevention.

We will describe in this article the main strategies aimed to achieve the compliance for E/RP, taken from years of clinical experience with "difficult" DOC patients.

Key Words: *Obsessive-compulsive disorder – Motivation – Exposure and response prevention – Adherence – Compliance*

Introduzione

Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) è tradizionalmente uno dei disturbi d'ansia più difficili da trattare, tanto che, fino ad una trentina di anni fa, era considerato pressoché cronico.

L'avvento della psicoterapia comportamentale ha reso la prognosi a lungo termine molto più ottimistica. Tale tipo di psicoterapia è basata, essenzialmente, sull'uso combinato di due tecniche: l'esposizione e la prevenzione della risposta, da cui la sigla E/RP (exposure and response prevention). L'esposizione, almeno secondo le teorie comportamentali classiche, ha lo scopo di ridurre l'ansia generata dagli stimoli usualmente evitati, proponendo al paziente di entrare gradualmente in contatto con essi, finché non si genera un'abituazione. Questa tecnica è sempre associata alla prevenzione della risposta, che consiste nella sospensione o, inizialmente, nella riduzione, modificazione o dilazione nel tempo degli abituali comportamenti ritualistici (overt o covert che siano) messi in atto per far fronte all'ansia. Il paziente, quindi, viene condotto gradualmente ad esporsi agli stimoli ansiogeni ed a sopportare l'ansia da essi generata, bloccando l'emissione dei comportamenti ritualistici.

Più recentemente, alle tecniche comportamentali si sono aggiunte quelle cognitive, che hanno lo scopo di insegnare al paziente a identificare e modificare le convinzioni disfunzionali che spesso sostengono il disturbo e che sono state recentemente descritte (Frost e Steketee 2002). In particolare tali interventi si concentrano sull'elevato senso di responsabilità, sull'eccessiva importanza attribuita ai pensieri (fusione pensiero-azione) e sull'iper-controllo dei pensieri, che sembrano essere i domini cognitivi più specifici del disturbo ossessivo-compulsivo.

Anche dal punto di vista cognitivo, d'altra parte, la E/RP costituisce una tecnica fondamentale, in quanto da una parte consente al paziente di rendersi conto dell'infondatezza dei propri timori e dell'inutilità dei rituali nel prevenire le catastrofi immaginate e dall'altra lo rende capace, pian piano, di accettare il rischio che tali catastrofi si avverino, assumendosi la responsabilità di non aver fatto tutto il possibile per prevenirle.

Inoltre, sempre dal punto cognitivo, la E/RP costituisce un valido modo per contrastare il cosiddetto "ragionamento *ex consequentia*", in base al quale il soggetto compie l'errore logico di pensare, per esempio, "mi sono lavato le mani dopo avere toccato il tavolo, quindi erano davvero sporche", invece del più corretto ragionamento "ho le mani sporche, quindi me le lavo". È noto, infatti, come tale errore di pensiero contribuisca ad aumentare la percezione soggettiva del rischio temuto e spinga ulteriormente a compiere le compulsioni preventive (Dèttore 2003).

La psicoterapia comportamentale, basata sulla E/RP, si è dimostrata almeno altrettanto efficace della terapia farmacologica nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo. I principali risultati di alcune rassegne di studi (Greist 1994, Kozak et al. 2000, Spiegel 2000), infatti, a

proposito dell'efficacia delle tecniche di esposizione e prevenzione della risposta, sono così riassunti da Dettore (2003):

- l'E/RP costituisce l'elemento fondamentale della terapia cognitivo-comportamentale del DOC;
- in 12 studi di esito (N = 330), fra quanti hanno completato il trattamento, l'83% è composto da "responders";
- in 16 studi che riferiscono l'esito a lungo termine (N = 376; intervallo medio di follow-up di 29 mesi), il 76% è costituito da "responders";
- dal 15% al 30% dei pazienti, a seconda degli studi, è costituito da drop-out o non mostra adeguata compliance terapeutica e solo un paziente su 10, fra quanti hanno completato il trattamento, non riesce a conseguire almeno una riduzione del 30% dei sintomi;
- il tasso di ricaduta, in un periodo di follow-up fino a 9 mesi, è di circa il 20%.

I dati di efficacia della E/RP, però, si riferiscono a protocolli di 15-30 sedute di una durata minima di 90 minuti, condotte quotidianamente per 5 giorni alla settimana. Tale condizione terapeutica è difficilmente applicabile in psicoterapia ambulatoriale, perché richiede un impegno quotidiano autogestito del paziente, per un tempo sufficientemente lungo.

I soggetti molto motivati e con buone risorse talvolta riescono a seguire adeguatamente un programma di esposizione e prevenzione della risposta steso in seduta e si esercitano con regolarità durante la settimana, una volta che è stata loro spiegata l'importanza della E/RP e hanno capito i vantaggi a lungo termine che possono trarne, impegnandosi al massimo e sopportando gli inevitabili disagi emotivi connessi all'esposizione.

In molti casi, tuttavia, il principale compito del terapeuta, che segua i principi cognitivo-comportamentali, è sostanzialmente motivazionale: occorre convincere il paziente a compiere un grosso sacrificio a breve termine per un vantaggio a lungo termine.

Talvolta, per ottenere la necessaria compliance, è sufficiente spiegare come le compulsioni, gli evitamenti e le richieste di rassicurazione alimentino le ossessioni, acuiscono in modo del tutto irrealistico la percezione del rischio temuto, rendano sempre più elevati l'ansia e l'impulso ad effettuare i rituali e mantengano il disturbo, tramite un'adeguata concettualizzazione del caso. Molto più spesso, però, è necessario avvalersi di alcune strategie motivazionali aggiuntive per preparare il paziente e mettere in atto, prima o poi, la E/RP, elemento centrale del trattamento.

Sebbene le tecniche cognitive da sole, per ora, non abbiano un'efficacia altrettanto dimostrata delle procedure comportamentali, anch'esse possono contribuire non poco a motivare il paziente all'esecuzione della E/RP (Dettore 2003). Vi sono evidenze che protocolli terapeutici in cui la E/RP viene preceduta da un lavoro di ristrutturazione cognitiva centrato sul senso di responsabilità eccessivo e sul timore di essere colpevoli per irresponsabilità, presentino un'elevata efficacia e, soprattutto, tassi di drop-out molto bassi (Mancini et al. in stampa), dato a favore di una buona compliance terapeutica.

Non è questa la sede per illustrare le procedure cognitive più utilizzate (per una rassegna si veda Dettore 2003). È importante sottolineare, però, che nella terapia cognitivo-comportamentale del DOC non è necessario seguire un percorso obbligato, in cui le tecniche cognitive seguano o precedano necessariamente quelle comportamentali, ma ad un certo punto della terapia è comunque opportuno e caldamente raccomandabile inserire un percorso di esposizione e prevenzione della risposta, al momento in cui si ritiene che il paziente sia motivato ed in grado di affrontarlo.

Sebbene in alcuni casi si possa iniziare la E/RP non appena completato l'assessment, più spesso è utile, per preparare adeguatamente il soggetto e far sì che si impegni al massimo nell'applicazione delle tecniche, condurre alcune sedute di stampo psico-educazionale.

La psicoeducazione

Rachman e De Silva (1978) hanno segnato una svolta nelle concettualizzazioni del DOC, dimostrando come i pensieri ossessivi si differenzino dalle normali preoccupazioni soltanto in termini di frequenza, durata, intrusività, disturbo arrecato e difficoltà di controllo, ma non in termini qualitativi. La natura dei pensieri dei soggetti ossessivo-compulsivi, quindi, non sarebbe molto diversa da quella dei pensieri che passano occasionalmente nella testa di ogni persona.

Da tali osservazioni Rachman e Hodgson (1980) hanno derivato la teoria cognitiva delle ossessioni patologiche. Stimoli interni o esterni, anche banali, attivano in tutte le persone pensieri, immagini e talvolta blandi impulsi, spesso assurdi, eccessivi, irrazionali e sproporzionati rispetto alla realtà.

Qualora tali esperienze mentali non creino conflitto con il sistema cognitivo della persona e suscitino emozioni gestibili e sopportabili, esse scompaiono spontaneamente in pochi secondi, secondo i normali processi della comune vita psicologica. Qualora invece esse siano intollerabili, vuoi perché conflittuali con il sistema cognitivo di credenze, atteggiamenti e valori morali della persona, vuoi perché ritenute segno di un pericolo concreto imminente, si hanno reazioni emozionali intense, che implicano l'emissione di cerimoniali, l'evitamento, il tentativo di scacciare i pensieri, le messe alla prova, le richieste di assicurazione, che non fanno altro che aumentare la frequenza e l'intrusività di tali esperienze, incrementando ulteriormente il senso di incontrollabilità del fenomeno. Questo perché, dal punto di vista comportamentale, tali azioni in grado di ridurre il disagio costituiscono un potente rinforzo negativo e perché, dal punto di vista cognitivo, impediscono al soggetto di imparare a convivere con tali eventi mentali, in cui si prefigurano eventi negativi spesso molto improbabili, ma teoricamente possibili.

Discutere tali processi col paziente è utile a chiarire che l'obiettivo della terapia, e di conseguenza delle procedure di esposizione e prevenzione della risposta, non è quello di dimostrare loro l'inutilità dei rituali o degli evitamenti, bensì di renderli capaci di tollerare i pensieri negativi e di correre i rischi che si rappresentano mentalmente.

I pazienti devono rendersi conto di come le strategie di gestione del disagio che mettono in atto (rituali, richieste di assicurazione, messe alla prova ecc.), volte ad assicurarsi che ciò che hanno pensato non possa essere vero, così come gli evitamenti strutturati al fine di impedire la comparsa delle preoccupazioni, non facciano altro che alimentare il disturbo, rendendoli sempre più incapaci di tollerare la comparsa dei dubbi di natura ossessiva, allargando a macchia d'olio il numero di stimoli in grado di innescarli, incrementando la percezione del rischio temuto, l'ansia ad esso connessa e l'intensità dell'impulso ad emettere i cerimoniali.

A tale scopo troviamo utile rappresentare metaforicamente il DOC come un perfido e subdolo ricattatore, alle cui richieste iniziali è facile cedere, dal momento che, per concedere la tranquillità, esige solo pochi euro. Ma se la persona inizia a versare, con timoroso rispetto, i suoi pochi euro ogni settimana, non c'è alcun motivo per cui il ricattatore non debba gradualmente alzare la posta e chiederle una cifra sempre maggiore. Dobbiamo incoraggiare i nostri pazienti ad ignorare le sue richieste, a non dargli ascolto, né tantomeno importanza, cominciando a considerare le sue minacce infondate. È scontato che, se fino ad ora hanno sempre pagato diligentemente e decidono di provare a smettere, il ricattatore, almeno all'inizio, reagirà alzando il tono della minaccia. Quanto più riusciranno a non farsi intimorire ed a continuare la propria vita come se non esistesse, tanto più gli toglieranno potere e pian piano capirà che sono più forti di lui, rassegnandosi a lasciarli in pace.

In pratica, prepariamo fin da subito il paziente all'inevitabile aumento della frequenza di ossessioni e dell'ansia ad esse connessa che consegue inevitabilmente ai primi tentativi di esposizione e prevenzione, modificazione o dilazione della risposta. È il prezzo da pagare a breve termine, per ottenere il successo a lungo termine.

A questo possiamo aggiungere che qualunque percorso di terapia comportamentale non sarà mai tutto in discesa, nonostante il massimo impegno del paziente. Nessuno si aspetta che la prevenzione della risposta possa essere totale e generalizzata. Ogni situazione è diversa dall'altra, ogni momento della giornata è differente dall'altro, gli stati emotivi ed il tono dell'umore influenzano la capacità di autocontrollo e contenimento dell'ansia, per cui i successi possono essere altalenanti e i passi indietro sono una regola, piuttosto che un'eccezione. Anticipare anche questo, aiuta i pazienti a tenere alta la motivazione, a combattere la propria "guerra" contro il DOC, una guerra che può essere vinta anche se ci saranno molte singole battaglie perse, come un campionato di calcio che può essere vinto anche perdendo svariate partite.

Sebbene si tenti in ogni modo di ottenere la spontanea disponibilità del soggetto a tentare di astenersi dal fare certi rituali, o quantomeno di modificarli o rimandarli, spesso è necessario forzare un po' la mano nella direzione terapeutica, altrimenti, limitandosi a ciò che egli se la sente di poter fare, la progressione sarebbe troppo lenta. Ciò si scontra per alcuni pazienti DOC, con la difficoltà ad accettare che qualcun altro (il terapeuta) decida al posto loro cosa devono o non devono fare nelle situazioni critiche, perché sentono forte la necessità di mantenere il controllo e di regolare il proprio comportamento in base alle proprie sensazioni del momento ("se mi sento sporco, non posso non lavarmi...").

In tali casi può essere utile chiedere al paziente di immaginare di essere una giovane donna, affetta da una grave forma di anoressia nervosa, in cui è noto come le sensazioni di fame e sazietà, che normalmente utilizziamo per decidere quando iniziare a mangiare e quando smettere, sono alterate a tal punto che l'anoressica si sente sazia e si vede la pancia gonfia dopo aver mangiato tre foglie d'insalata. Se continua a fidarsi di tale sensazione, come farebbe una persona non ammalata, introdurrà sempre meno cibo nello stomaco, perderà ancora peso e le sensazioni si altereranno ulteriormente, in un tremendo circolo vizioso che potrebbe portarla fino alla morte.

Il DOC non è molto diverso e chi ne soffre deve accettare di smettere di lavarsi, pulire, controllare, contare, e così via, tollerando l'assillante sensazione di non aver fatto le cose "nel modo giusto", esattamente come la ragazza anoressica deve accettare, per tutto il tempo necessario affinché si ristabiliscano i normali processi di auto-regolazione, di mangiare ciò che le viene messo nel piatto secondo i principi stabiliti dallo specialista, ignorando la sua sensazione di sazietà o di gonfiore (Melli 2003).

Poiché le compulsioni, gli evitamenti e le richieste di rassicurazione nascono, almeno le prime volte, come mezzi rapidi ed efficaci per liberarsi dall'ansia connessa alle preoccupazioni negative, è naturale che l'interruzione di questi meccanismi automatizzati provocherà, inizialmente, un notevole aumento dell'ansia. È importante, quindi, che i pazienti siano adeguatamente informati sulla natura di questa emozione, per essere più motivati ad affrontarla.

Dobbiamo condividere come essa sia un'emozione normale, che tutti sperimentiamo e che, entro certi limiti, è estremamente utile; senza ansia non vivremmo più di una settimana e la nostra specie, a quest'ora, si sarebbe già estinta. Esiste anche negli animali ed è un utilissimo sistema d'allarme che predispose l'organismo ad una reazione al pericolo imminente, che generalmente è l'attacco o la fuga. Per svolgere la sua funzione, un allarme deve essere molto forte e rapido, ma non serve che duri nel tempo. L'ansia, infatti, aumenta in modo improvviso e dirompente ma, dopo un po' di tempo, sia per la sua natura, sia perché l'organismo non ha le energie per rimanere a lungo iperattivato, tende ad attenuarsi spontaneamente, anche se non interveniamo in alcun modo.

Ai fini del trattamento del DOC, è importante che sia chiaro questo principio: anche se non viene messo in atto il rituale che normalmente libera prontamente dall'ansia, questa raggiungerà un picco, ma poi calerà comunque. Si tratta solo di aspettare qualche minuto o, al massimo, poco più di un'ora.

Infine, come suggerito da Dettore (2003) e da Mancini e Gragnani (2005, in questo volume), possiamo preparare il paziente alla E/RP, chiarendogli che è impossibile eliminare dalla vita il rischio, soprattutto quello a più bassa probabilità, e che occorre e conviene imparare ad “accettare” l’ineliminabile presenza di minimi pericoli.

Per esempio, a soggetti con DOC da contaminazione da germi e microrganismi è possibile spiegare che l’atmosfera è sempre ricca di tali agenti patogeni e che non esiste una situazione reale in cui essi non siano presenti. Per cui, anche immaginando che sia possibile (e non lo è) disinfettarsi completamente, non appena abbiamo finito di farlo i germi presenti nell’aria ci avranno di nuovo “contaminato”. Sarà compito del nostro competente sistema immunitario contrastare l’opera patogenetica di tali agenti microscopici e la maggior parte della volte ciò avviene con pieno successo. Rimane, tuttavia, il minimo pericolo che il sistema immunitario non riesca a combattere tali microrganismi e che ci ammaliamo di conseguenza. Si tratta di un rischio insito nell’esistenza, non evitabile; quindi non si può fare altro che accettarlo. Esattamente come il paziente quotidianamente accetta senza preoccuparsene decine di altri rischi (talora anche più probabili di quelli che lui teme), quali quello di inciampare camminando e farsi male, di avere un incidente automobilistico più o meno grave, di rimanere vittima della caduta di oggetti, eccetera.

Non si deve temere di innescare in tal modo altre ossessioni con le relative compulsioni, esattamente come non ci si deve preoccupare che interrogando un paziente depresso circa suoi eventuali progetti di suicidio gli si insinui nella mente l’idea di farlo, se prima non ci ha pensato. Si tratta invece di due procedure terapeutiche efficaci e assolutamente necessarie.

Tutti questi concetti possono essere discussi in seduta, ma per far sì che vengano ben assimilati dai pazienti, è utile suggerire loro la lettura di un buon testo di auto-aiuto sull’argomento, anche perché veder scritte certe informazioni spesso le rende maggiormente credibili e universali rispetto a sentirle dire dal terapeuta (Dorz et al. 1999, Sauteraud 2000, Melli 2003).

Strategie di distanziamento dai pensieri ossessivi

Come sostiene Schwartz (1996), il primo passo per fronteggiare il DOC è imparare a riconoscere i pensieri ossessivi e gli impulsi ad essi connessi, chiamandoli con il loro nome, “ossessioni” e “compulsioni”, senza confonderli con i propri desideri o le proprie intenzioni.

Non concordiamo totalmente con la “procedura dei 4 gradini” proposta dall’autore, in quanto, allo scopo di ottenere tale presa di distanza dai pensieri ossessivi, in modo che i pazienti imparino a riconoscerli, chiamarli col loro nome, attribuirli al disturbo ed ignorarli, offre ai pazienti una concettualizzazione biologistica del DOC, espressione di un presunto malfunzionamento temporaneo in alcune aree cerebrali, che innescherebbero una serie di falsi segnali d’allarme di natura emozionale.

Tale concettualizzazione, oltre a non essere scientificamente abbastanza dimostrata, ha il difetto di spaventare alcuni pazienti, che rischiano di viver male tali implicazioni biologiche del loro disturbo, con le inevitabili conseguenze emotive e con una perdita di motivazione al trattamento psicoterapeutico.

Ciò nonostante, per ottenere una buona aderenza alle procedure di esposizione e prevenzione della risposta, è utile che i pazienti DOC riescano a ridefinire le loro preoccupazioni ricorrenti come dei pensieri ossessivi, privi di significato, che generano ansia e impulso ad emettere le compulsioni, ma che non sono indice di un reale pericolo imminente.

Tale distanziamento dai pensieri ossessivi, almeno nei pazienti con buon insight, è sempre presente “a freddo”, durante la seduta di psicoterapia, ma questi soggetti hanno grosse difficoltà a riconoscere i pensieri ossessivi come tali durante le esposizioni, perché l’elevata attivazione

emozionale in atto li porta ad applicare un ragionamento emotivo del tipo “se mi sento così agitato, significa che sta per succedere qualcosa...”, “se mi sento così sporco, significa che devo lavarmi...”.

Nella nostra esperienza, tale distanziamento lo si può ottenere in modo meno traumatico fornendo una valida concettualizzazione psicologica, secondo il modello cognitivo-comportamentale di mantenimento del DOC, in grado di spiegare la frequenza così elevata di intrusioni ossessive ed il grado di disagio ad esse connesso, meglio se avvalendosi di un supporto psicoeducazionale bibliografico (Dorz et al. 1999, Sauteraud 2000, Melli 2003).

È utile sottolineare come anche le sensazioni fisiche, al pari dei pensieri, siano da considerarsi implicate nel meccanismo ossessivo e quindi frutto del disturbo, almeno nelle situazioni problematiche, perché molto spesso i pazienti DOC riferiscono di “sentirsi” sporchi, non solo di pensare di essersi contaminati, solo per fare un esempio. Ciò aiuta a contrastare il ragionamento emotivo sopra discusso, che tende a far perdere momentaneamente ai soggetti la capacità di differenziare tra rappresentazione mentale e realtà, probabilmente anche in relazione al fatto che l'alta attivazione emozionale riduce tale preziosa abilità metacognitiva.

Alcune strategie aggiuntive possono aiutare in questo processo di identificazione dei pensieri ossessivi e distanziamento da essi.

Ad esempio, è utile addestrare il paziente ad usare un linguaggio diverso dal solito, in cui vengano sistematicamente sostituite frasi quali: “mi sono contaminato e devo lavarmi le mani”, “posso avere investito qualcuno e devo tornare a controllare” o “ho visto un sette e la mia giornata sarà un disastro, devo quindi trovare almeno tre numeri pari”, con frasi più realistiche e funzionali quali: “poiché soffro di DOC, penso sempre di essermi contaminato e non lavarmi le mani adesso mi farebbe provare un gran malessere”, “come ogni volta, in queste situazioni, penso di poter avere investito qualcuno e non tornare indietro a controllare mi lascia addosso un senso di tensione insopportabile” o “ho visto un sette e si insinua in me il pensiero ossessivo che ciò faccia andar male la mia giornata; non cercare tre numeri pari mi fa sentire molto a disagio e in pericolo”.

Esprimersi nel modo corretto e, soprattutto, parlare a sé stessi in modo funzionale, è utile per prendere distanza dai pensieri ossessivi, considerandoli per quello che sono, ovvero dei messaggi falsi e terrorizzanti che invadono la mente, pur non avendo alcun significato reale. Ciò motiva a fare il massimo sforzo per controllare i sintomi del DOC, almeno quando è possibile.

Può facilitare il distanziamento anche rappresentare metaforicamente il nostro flusso di pensieri e immagini come il contenuto di un film. Esso può includere anche scene molto spaventose o raccapriccianti, ma normalmente le persone gestiscono la loro attivazione emozionale e le conseguenti reazioni comportamentali ricordandosi che si tratta di un film, in cui domina la finzione a vantaggio dello spettacolo. Se assistiamo ad un documentario o un telegiornale, invece, siamo ben consapevoli di come le scene abbiano almeno un fondo di verità e, nel caso in cui esse siano forti, ci coinvolgono emozionalmente molto di più. Discutere con i pazienti di come talvolta tendano a dar valore alle proprie rappresentazioni mentali come se si trattasse di un documentario, anziché di un film, li aiuta a prendere consapevolezza del fenomeno e ad assumere, gradualmente, una prospettiva di meta-valutazione dei propri contenuti mentali più decentrata e funzionale, facilitando le pratiche comportamentali di prevenzione della risposta.

Prima ancora di programmare una riduzione o sospensione dei rituali, che soprattutto all'inizio rischia di fallire, ingenerando soltanto un gran senso di frustrazione e ulteriori problemi secondari legati all'autovalutazione negativa che ne consegue, possiamo chiedere a questi pazienti di provare a fermarsi un attimo, prima di correre a mettere in atto i propri rituali, e a ridefinire la paura che li ha assaliti come una delle solite paure ossessive e l'impulso a compiere qualche gesto o azione mentale come un atto compulsivo automatizzato, da cui ormai sono dipendenti, ma che potrebbero anche non fare.

Lo scopo è quello di interrompere la catena automatizzata ossessione-compulsione, introducendo, ogni sacrosanta volta che si presenta un dubbio ossessivo, un momento di riflessione in cui il paziente avvia un auto-dialogo funzionale e decide volta per volta se, alla luce di tutti gli svantaggi che gli sono stati illustrati del ricorrere ad una strategia di riduzione dell'ansia a breve termine, può rinunciare ad emettere il cerimoniale o pensa di non poter sopportare il disagio che ne conseguirebbe, per cui preferisce comportarsi come al solito e godere dei vantaggi del comportamento ritualistico (Gragnani e Mancini 2002, Mancini in stampa).

Per aiutare il paziente in questo percorso, possiamo fargli preparare in seduta dei piccoli bigliettini (flash cards), da portare sempre con sé ed estrarre al momento opportuno, in cui riportare i punti essenziali del modello di mantenimento del disturbo discussi durante la fase psico-educazionale e frasi incoraggianti al distanziamento dai pensieri ossessivi, al loro corretto etichettamento ed all'astensione dal comportamento ritualistico.

In pratica, dovremmo portare il paziente al punto che "sebbene le sensazioni ossessivo-compulsive siano sempre lì, non riescano più ad avere il controllo su ciò che fa, ma sia lui a decidere quali azioni compiere, invece di rispondere a pensieri e impulsi prodotti dal DOC come potrebbe fare un automa" (Schwartz 1996).

Strategie comportamentali

Le procedure di esposizione e prevenzione della risposta, come già detto, sono molto efficaci, soprattutto nei pazienti che presentano compulsioni overt, ma sono spesso difficili da mettere in atto, perché i pazienti, sebbene adeguatamente preparati, avvalendosi di tutte le strategie sopra discusse, e sottoposti a interventi cognitivi specifici corretti, possono temerle troppo e rifiutarsi di metterle in atto o sabotarle in ogni modo.

Per ovviare a tali inconvenienti e rendere il percorso più accettabile è possibile utilizzare tecniche di esposizione e prevenzione della risposta in immaginazione, ma è dimostrato (Emmelkamp 1982, Steketee 1993) che la E/RP in immaginazione non è efficace quanto quella in vivo e non garantisce un'adeguata generalizzazione della diminuzione della risposta d'ansia alle situazioni naturali.

Per aumentare la compliance e garantire un buon livello di controllo sull'esecuzione degli esercizi di E/RP, può essere raccomandabile avvalersi di una persona di fiducia, individuata fra i familiari o gli amici del paziente o proposta dal terapeuta stesso, che lo aiuti ad eseguirli, sotto supervisione del professionista che ha in carico il paziente. Nella nostra esperienza, se le risorse lo consentono, è più semplice ed efficace che l'assistente sia un soggetto esterno, meglio se uno psicologo tirocinante o in formazione cognitivo-comportamentale, che possa vedersi col paziente negli ambienti in cui più spesso si presentano le problematiche ossessive almeno due volte alla settimana, per un minimo di un'ora e mezzo. Idealmente, le sedute di esposizione e prevenzione della risposta dovrebbero essere condotte quotidianamente, ma studi recenti evidenziano come un trattamento articolato in due sedute di esercitazione settimanale sia altrettanto efficace e consenta una maggior stabilizzazione dei risultati a lungo termine, rispetto ad un trattamento intensivo (Abramowitz et al. 2003).

Tale tipo di organizzazione è certamente, ove applicabile, una delle più valide ed utilizzabili alternative al trattamento classico ambulatoriale, in cui è il paziente stesso a dover svolgere i compiti a casa di E/RP, anche se è dimostrato che la prevenzione della risposta "autocontrollata" porta a maggiori miglioramenti a lungo termine rispetto a quella "eterocontrollata" (Emmelkamp e Kraanen 1977). Per ovviare a questo fatto e non correre il rischio che il paziente riesca ad astenersi dal compiere i suoi rituali soltanto in presenza dell'assistente, generalmente è utile

organizzare un percorso di graduale sospensione dell'assistenza, in cui egli viene lasciato sempre più da solo ad esporsi alle situazioni ansiogene, impegnandosi a non emettere i cerimoniali.

Come in ogni procedura comportamentale, le gerarchie di esposizione devono essere stese con cura e valutando attentamente il grado di ansia che ogni stimolo è in grado di generare, dando per scontato che all'esposizione debba seguire la prevenzione della risposta totale. Molto spesso, però, è difficile trovare una reale gradualità, sia perché il paziente può avere difficoltà ad individuare stimoli collocabili sui gradini più bassi della gerarchia, sovrastimando il livello di ansiogenità di ogni stimolo e tendendo ad attribuire punteggi massimi ad ognuno, sia perché è effettivamente impossibile diluire e gerarchizzare gli stimoli, in base alla specificità delle ossessioni.

In tali casi, può essere utile organizzare un percorso di E/RP graduando la modificazione della risposta compulsiva, anziché lo stimolo attivante le ossessioni.

Possiamo utilizzare la tecnica della dilazione della risposta, chiedendo ai pazienti di esporsi e di rimandare l'emissione del cerimoniale per tempi gradualmente crescenti, fino ad arrivare al punto in cui si è rimandato così tanto che l'ansia è calata ed è possibile astenersi del tutto.

Più spesso, si utilizzano le tecniche di modificazione del rituale, in cui si può chiedere al soggetto di impegnarsi a ridurre gradualmente la durata totale del rituale (es. lavaggio di denti), magari avvalendosi di un marcatore temporale esterno, come una sveglia. In alternativa possiamo chiedergli di modificare gradualmente l'ordine con cui effettua certe parti del rituale, di lavaggio, controllo o qualunque altro tipo sia, ad esempio invertendo la sequenza di parti del corpo che insapona e risciacqua quando fa la doccia (partendo dai piedi e salendo verso la testa, invece del contrario). Anche il numero di ripetizioni di ogni singolo gesto può essere oggetto di graduale riduzione, perché controllare una porta due volte invece di tre o effettuare un numero di risciacqui diverso da quello abitudinario può costituire già uno sforzo notevole per il paziente DOC. Possiamo, infine, modificare il mezzo con cui viene effettuato il cerimoniale (es. saponetta anziché sapone liquido, soltanto acqua invece del disinfettante, e così via) o il momento della giornata in cui viene svolto, nel caso in cui vi sia una valenza ritualistica anche di questo tipo, come certi cerimoniali che sono indissolubilmente legati al momento prima di andare a letto o precedente i pasti.

Nonostante tutti questi accorgimenti, comunque, il paziente può non aderire alle prescrizioni terapeutiche, perché scarsamente motivato ad esporsi, in quanto ciò che deve evitare non gli crea problemi troppo grossi, e ad astenersi dall'emissione dei cerimoniali, magari per il fatto che essi non sono così invalidanti e non occupano troppo tempo.

Per cercare di ovviare a questi inconvenienti, può essere d'aiuto valutare quali siano gli stimoli cui il paziente è più motivato ad esporsi, in quanto l'evitamento degli stessi comporta il sacrificio di interessi personali forti. Se, ad esempio, un disturbo da contaminazione legato alla preoccupazione di entrare in contatto con tracce di feci impedisce al nostro paziente di giocare a calcio, attività che prima dell'esordio svolgeva con passione, è più probabile che egli accetti di esporsi gradualmente, senza poi lavarsi, al contatto con cose cadute in terra, fino a riuscire a maneggiare un pallone, piuttosto che a stimoli magari molto meno ansiogeni, ma rispetto ai quali non intraveda un'utilità rispetto alla riconquista delle proprie attività desiderate.

Sebbene, quindi, sia buona norma elaborare le gerarchie di esposizione partendo dagli stimoli meno ansiogeni, può essere più facile trovare aderenza al trattamento se ci concentriamo su stimoli magari un po' più ansiogeni, ma soggettivamente considerati come invalidanti.

Un altro accorgimento da adottare, nel caso in cui non si utilizzino assistenti per la E/RP, ma la si lasci alla totale auto-gestione del paziente, è di organizzare due gerarchie di esposizione e prevenzione della risposta da portare avanti parallelamente; la prima da mettere in atto alla presenza del terapeuta, se necessario uscendo dallo studio, in cui si affrontino insieme i passi più difficili; la seconda strutturata in modo specifico per l'ambiente naturale in cui si muove quoti-

dianamente il paziente, ma che lo esponga a livelli di ansia sempre un po' minori rispetto a quelli della prima gerarchia.

Sempre nel caso in cui la E/RP venga assegnata come compito a casa, può essere utile concordare con il paziente alcune telefonate durante gli esercizi di esposizione. Ciò gli rende più facile affrontare tali esercizi e crea una condizione motivante, in quanto l'impegno preso relativo alla telefonata obbliga moralmente il paziente a condurre la E/RP quando previsto, contrastando la tendenza spontanea ad evitarla o rimandarla.

Un aspetto da tenere sempre presente è che l'esposizione, per essere efficace, deve durare il più possibile nel tempo, possibilmente fino alla scomparsa spontanea dell'ansia senza aver effettuato il rituale. Questa condizione, talvolta, è di difficile realizzazione, perché i pazienti possono essere in grado di dilazionare a lungo i cerimoniali, perché sanno che prima o poi possono effettuarli, ma ciò non comporta una reale prevenzione della risposta ed accettazione del rischio di non averli svolti.

È importante, di conseguenza, organizzare le esposizioni in modo che l'esposizione non sia intensa ma breve, bensì duri nel tempo. A tale scopo, troviamo utile spesso, ad esempio nei disturbi da contaminazione, non limitarsi a far toccare ai pazienti gli stimoli "contaminanti", ma chiedere loro di "sporcare" il proprio corpo, i propri abiti ed i propri accessori (orologio, occhiali, borsa ecc.), ovviamente senza poi lavarli, in modo da porsi più facilmente nella condizione che, anche se si lavano le mani, mantengano più a lungo possibile una sensazione di essersi sporcati e di star correndo il rischio di contaminarsi o contaminare gli altri. Inoltre, dato che alcuni pazienti obiettano, giustamente, che non possono non lavarsi le mani, il corpo o gli abiti troppo a lungo, per rispettare le comuni norme igieniche, indipendentemente dalle loro ossessioni, uno stratagemma da attuare può essere quello di concedere loro di lavarsi e di lavare i propri vestiti, purché, immediatamente dopo, accettino di "ricontaminarsi" entrando in contatto con lo stimolo della gerarchia su cui si sta lavorando.

Nonostante tutti questi accorgimenti, dobbiamo riconoscere sempre e comunque ai pazienti il fatto che la E/RP è una procedura molto difficile e faticosa, che richiede una grossa motivazione ed un grosso impegno, che prevede successi ed insuccessi e per la quale non è sufficiente la "forza di volontà".

Può costituire, quindi, un'ulteriore valido stratagemma creare un piccolo sistema di contingenze che aiuti il paziente a trovare la motivazione necessaria, insegnandogli ad auto-rinforzarsi adeguatamente ogni volta che riesce ad astenersi dall'effettuare un rituale, senza svalutare il suo successo, ed a crearsi dei costi della risposta significativi, sebbene auto-imposti, nel caso in cui ceda alla tentazione di emettere il cerimoniale, ovviamente regolandosi sul sistema di scopi individuali.

Bibliografia

- Abramowitz J. S., Jonathan S., Foa E. B., Franklin M. E. (2003). Exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: effects of intensive versus twice-weekly sessions. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 71, 2, 394-398.
- Dettore D. (2003) *Il disturbo ossessivo-compulsivo. Caratteristiche cliniche e tecniche di intervento.* (II ed.). McGraw-Hill, Milano.
- Dorz S., Novara C., Sanavio E. (1999). *Il chiodo fisso. Come comprendere e sopravvivere alle ossessioni.* Franco Angeli, Milano.
- 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.
- Emmelkamp P. M. G. (1982). *Phobic and obsessive-compulsive disorders: theory, research and practice*. Plenum Press, New York.
- Frost R. O. & Steketee G. S. (2002). *Cognitive approaches to obsession and compulsion. Theory, assessment, and treatment*. Pergamon, New York.
- Gragnani 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.
- Greist JH. (1994). Behavior therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 55, Suppl, 60-68.
- Kozak M.J., Liebowitz M.R., Foa E.B. (2000). Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder: The NIMH-Sponsored Collaborative Study. In: Goodman W.K., Rudorfer M.V. & Maser J.D. (eds), *Obsessive-Compulsive Disorder. Contemporary issues in treatment*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwan, NJ.
- Mancini F. & Gragnani A. (2005). Esposizione e Prevenzione della Risposta come pratica dell'accettazione. *Cognitivismo Clinico* 2, 1, in questo volume.
- Mancini F. (in stampa). Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo. In B. Bara (ed.) *Manuale di Psicoterapia Cognitiva* (II ed.). Bollati Boringhieri Editore, Torino.
- Mancini F., Barcaccia B., Capo R., Gangemi A., Gragnani A., Perdighe C., Rainone A., Romano G. (in stampa). Protocollo d'intervento sul Disturbo Ossessivo-Compulsivo: i risultati di una ricerca di esito in un setting non controllato. *Rivista di Psichiatria*.
- Melli G. (2003). *Vincere le ossessioni. Capire e affrontare il disturbo ossessivo-compulsivo*. Ecomind, Salerno.
- Rachman S. & De Silva P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy* 16, 233-248.
- Rachman S. & Hodgson R. (1980). *Obsessions and compulsions*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Sauteraud A. (2000). *Je ne peux pas m'arreter del laver, vérifier, compter. Mieux vivre avec un TOC*. Edition Odile Jacob. Tr. It. *Non riesco a fare a meno di... verificare, lavare, controllare*. Tea, Milano 2004.
- Schwartz J.M. (1996). *Brain Lock. Free yourself from obsessive-compulsive behavior*. ReganBooks, New York. Tr. it. *Il cervello bloccato. Come liberarsi del disturbo ossessivo-compulsivo*. Longanesi & C., Milano 1997.
- Spiegel D.A. (2000). Combined drug and behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: early findings. In: Goodman W.K., Rudorfer M.V. & Maser J.D. (eds), *Obsessive-Compulsive Disorder. Contemporary issues in treatment*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Mahwah, NJ.
- Steketee G.S. (1993). *Treatment of obsessive-compulsive disorder*. The Guilford Press, London.