

L'ESPOSIZIONE CON PREVENZIONE DELLA RISPOSTA COME PRATICA DELLA ACCETTAZIONE

Francesco Mancini e Andrea Gragnani

Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC).

Associazione di Psicologia Cognitiva (APC) Roma.

Unità Operativa per il Trattamento dei Disturbi d'Ansia e per la Ricerca Clinica della Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) di Roma.

Associazione Italiana Disturbo Ossessivo-Compulsivo (AIDOC).

Riassunto

L'esposizione con prevenzione della risposta è la tecnica con maggior efficacia misurata nella terapia del Disturbo Ossessivo-Compulsivo e di altri disturbi d'ansia (ad esempio, nel Disturbo di Panico). Esistono, tuttavia, delle difficoltà di ordine pratico come la difficoltà di accettazione da parte di molti pazienti ad intraprendere il trattamento e un numero elevato di drop out, e delle difficoltà tecniche in pazienti affetti da DOC caratterizzati da una sintomatologia *covert*. Queste difficoltà riducono l'applicabilità e quindi l'efficacia dell'intervento. Dalla necessità di superare i limiti tecnici ora descritti, deriva l'opportunità di comprendere meglio il meccanismo di funzionamento dell'E/RP. La speranza infatti è che comprendendo meglio il meccanismo di azione sia possibile organizzare l'E/RP in un modo più consono alle difficoltà e alle esigenze del paziente.

L'obiettivo del nostro lavoro è duplice.

Il primo obiettivo è esaminare in maniera critica le spiegazioni (alcune comportamentali quali l'abituazione, l'estinzione, il controcondizionamento; ed altre relative a cambiamenti cognitivi: l'autoefficacia, l'aspettativa e la ristrutturazione cognitiva) proposte per il meccanismo d'azione dell'E/RP annoverando le critiche che via via sono state mosse dalla letteratura sperimentale per ciascuna di queste spiegazioni.

Il secondo obiettivo è presentare un'interpretazione dell'efficacia dell'E/RP basandoci sulla considerazione che il meccanismo d'azione dell'E/RP consista in un processo cognitivo che conduce all'accettazione di livelli di minaccia via via più elevati, in sostanza considereremo la E/RP come la pratica dell'accettazione.

Parole chiave: *Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) - Esposizione - Prevenzione della Risposta (E/RP) - Accettazione della Minaccia*

EXPOSURE WITH RESPONSE PREVENTION IS PRACTICE OF ACCEPTANCE

Summary

Exposure with response-prevention is the most effective technique in the treatment of Obsessive-Compulsive Disorder and of other anxiety disorders (e.g., in the Panic Disorder). Nevertheless some problems arise in practice, as the difficulty for the patients to accept undergoing this kind of treatment, the high number of drop-outs, the technical difficulties in patients whose symptomatology is covert. These problems reduce the applicability and therefore the effectiveness of this intervention. It is necessary to overcome the

L'esposizione con prevenzione della risposta come pratica della accettazione

above-mentioned technical limits, and to understand better the functioning of E/RP. It is hoped that through a better understanding of the mechanism of action it will be possible to organize E/RP in a way more consonant with the patient's difficulties and demands. The aim of our work is twofold: the first one is to examine from a critical perspective the explanations (some behavioural ones, as habituation, extinction, counter-conditioning; some others concerning the cognitive changes, as self-efficacy, expectation, cognitive restructuring) available for the E/RP's mechanism of action, including criticisms put forward by experimental literature for each and everyone of these explanations. The second aim is to present an interpretation of the E/RP's effectiveness based on the hypothesis that its mechanism of action is founded on a cognitive process that leads to acceptance of threat's levels increasingly high: for all intents and purposes we shall consider E/RP as the practice of acceptance.

Key Words: *Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) - Exposure - Response Prevention (ER/P) - Acceptance of Threat*

Ringraziamenti

Si ringraziano la dott.ssa Barbara Barcaccia e la dott.ssa Claudia Perdighe per le lunghe e proficue discussioni sul tema dell'accettazione delle perdite e delle minacce.

Introduzione

L'esposizione con prevenzione della risposta (E/RP) è un intervento di dimostrata efficacia per il trattamento dei disturbi d'ansia, in particolare per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) e per il Disturbo di Panico (per una descrizione più approfondita vedi in questo volume, Barcaccia e Perdighe 2005). Molti studi (Foa et al. 1984, Rasmussen e Tsuang 1986, Marks 1997, Foa e Franklin 2001) evidenziano come l'efficacia della E/RP nella riduzione o scomparsa dei sintomi, si mantenga stabile nel tempo (da 3 mesi fino a 6 anni dalla fine della terapia) per la maggior parte dei pazienti che completano con successo il trattamento. Inoltre, il cambiamento sintomatologico non si risolve semplicemente in uno spostamento del sintomo ma esita in un cambiamento esteso e stabile (Lakatos e Reinecker 1999).

Nel DOC tali dati relativi alla efficacia a lungo termine della E/RP sono sostenuti da un maggior ricorso a meccanismi di difesa più sani e adattivi quali l'umorismo, la soppressione e la sublimazione, e alla riduzione dell'utilizzo di difese maladattive, come ad esempio l'annullamento (Albucher et al. 1998). La riorganizzazione delle difese in seguito al trattamento con E/RP insieme alla modifica stabile, perlomeno nel DOC, del metabolismo cerebrale come evidenziato da ricerche di *brain imaging* (Schwartz et al. 1996), inducono a ritenere che il cambiamento implicato nella E/RP sia un cambiamento che modifica profondamente e stabilmente l'organizzazione dell'individuo.

Infine, in nessuno degli innumerevoli studi che ha indagato l'efficacia della E/RP, anche a lungo termine, è stato riscontrato un solo caso di scompenso psicotico in seguito alla riduzione o alla remissione completa della sintomatologia ossessivo-compulsiva (Lakatos e Reinecker 1999).

D'altra parte l'E/RP ha dei limiti di applicabilità non indifferenti che ne limitano l'efficacia. Circa il 20%-30% di pazienti affetti da DOC si rifiuta di intraprendere questo intervento o interrompe il trattamento (vedi Foa e Franklin 2001). L'E/RP risulta di difficile applicabilità in pazienti caratterizzati da una sintomatologia *covert*, come nel caso dei rituali mentali o delle rimuginazioni nel DOC. Infine, sempre nel DOC, circa il 20-25% dei pazienti non migliora dopo il trattamento

(vedi Foa et al. 1984, Dèttore 2003); i miglioramenti sono spesso limitati e rare le remissioni complete (ricordiamo che spesso gli interventi sia farmacologici che psicoterapici vengono considerati efficaci se si ottiene una riduzione di almeno il 30 % dei sintomi).

Posto il problema di verificare l'efficacia dell'E/RP e fermo restando che questo trattamento è sempre accompagnato da interventi cognitivi (di incoraggiamento, di rassicurazione sulle conseguenze temute, di motivazione, oppure di accettazione della minaccia e della sofferenza emotiva) come si evince dall'esperienza e dai *trials* clinici (ad es. Foa e Franklin 2001, Foa e Kozak 1986, Foa et al. 1992), si pone il problema di comprendere quali siano gli interventi cognitivi più adeguati da mettere in atto durante tale procedura al fine di migliorarne l'applicabilità e l'efficacia.

Alla luce di quanto detto deriva l'importanza di comprendere il meccanismo d'azione dell'E/RP; in sostanza di rispondere alla domanda, perché l'E/RP funziona, e perché funziona solo in alcuni casi e non in altri?

Come funziona l'E/PR?

La E/RP è nata in ambito comportamentista e dunque si tende a dare per scontato che essa agisca a livello comportamentale o per meglio dire a livello delle associazioni neurali che sottendono le relazioni funzionali tra stimoli, risposte e rinforzi.

Alla luce delle prove sperimentali, in realtà, una tale concezione della E/RP, e soprattutto del suo meccanismo d'azione, si rivela un luogo comune molto poco sostenibile.

La verità è che a tutt'oggi non sappiamo esattamente come e perché la E/RP sia efficace, vi sono diverse spiegazioni, accanto a quelle di matrice comportamentista troviamo diverse interpretazioni cognitiviste, ma anche integrazioni fra spiegazioni di natura differente e, piuttosto recentemente, Tryon (2005) ha fatto ricorso alle reti neurali suggerendo che il più adeguato livello esplicativo possa essere quello connessionista.

Per introdurre la questione conviene innanzitutto chiarire che la esposizione e prevenzione della risposta è una tecnica di intervento in cui sono definiti i passi necessari e sufficienti per produrre un effetto terapeutico ma definire gli ingredienti procedurali di un intervento terapeutico non risolve il problema di spiegare perché tale procedura abbia tali effetti. Sappiamo (Barcaccia e Perdighe 2005, in questo volume) che la E/RP è efficace ma non sappiamo perché.

Esamineremo ora alcune spiegazioni della efficacia della E/RP che sono state avanzate nella letteratura e ne vedremo i limiti. Ci rifaremo prevalentemente alla recente rassegna critica di Tyron (2005).

L'abituazione

Harris (1943) tenendo conto dei dati emersi dalla sua review della prima letteratura sull'abituazione ha coniato la seguente definizione operativa di abituazione: "*un decremento della risposta dovuto alla stimolazione ripetuta*".

Van Egeren (1971) evidenzia dei supporti empirici a sostegno di tale tesi, tuttavia, il fatto che in pazienti con fobie specifiche (Emmelkamp e Felten 1985) il livello di ansia e l'attivazione fisiologica diminuiscano nel corso della esposizione, non è un dato sufficiente per poter sostenere che l'abituazione spieghi gli effetti terapeutici della E/RP, infatti la abituazione ha due caratteristiche almeno che non si riscontano tra gli effetti della E/RP. In primo luogo l'abituazione è un fenomeno di breve durata, vale a dire che ci si abitua allo stimolo in conseguenza di ripetute esposizioni ma per periodi di tempo piuttosto brevi (Hergenhahn e Olson 1993, Harris 1943, Van

L'esposizione con prevenzione della risposta come pratica della accettazione

Egeren 1971, Yates 1975), contrariamente agli effetti della E/RP. È pur vero che trials di abituação massiva possono produrre effetti discretamente a lungo tempo ma comunque per non più di tre settimane (Kandel 1991) e gli effetti della E/RP sono senz'altro più duraturi. In secondo luogo, la ripresentazione di un nuovo stimolo, soprattutto se intenso, causa disabituação producendo un aumento della forza della risposta, dunque la sensibilizzazione, ripristina le risposte difensive e inverte gli effetti della abituação (Hergenhahn e Olson 1993, Kandel 1991). È del tutto evidente che ai pazienti inseriti in un programma di E/RP vengano sistematicamente riproposti stimoli ansiogeni, anche molto forti e senza rispettare alcuna gerarchia, ad esempio nel flooding, e tuttavia, almeno di solito, non si osservano risensibilizzazioni.

Se la E/RP funzionasse per abituação allora dovremmo trovare effetti di durata molto limitata e frequenti sensibilizzazioni, di fatto non si osserva né un fenomeno né l'altro.

L'estinzione

L'estinzione implica la mancanza della attivazione o disattivazione di stimoli che hanno il potere, contingente, di rinforzare positivamente o negativamente l'emissione o l'omissione di una risposta. La diminuzione della risposta è spiegata in termini di mancanza di rinforzo. In pratica, ad esempio, la tendenza a rispondere con l'evitamento ad uno stimolo ansiogeno può diminuire se si fa in modo che a tale risposta non segua il rinforzo costituito dalla riduzione dell'ansia e questa riduzione invece segua alla mancata emissione dell'evitamento.

Affinché l'efficacia dell'esposizione con o senza blocco della risposta di evitamento sia spiegabile in termini di estinzione serve che sia definito il comportamento bersaglio, il rinforzo, e bisogna dimostrare che nessuna attivazione o disattivazione del rinforzo avvenga contingentemente alla emissione o alla omissione del comportamento bersaglio (Emmelkamp 1994). La letteratura sperimentale, tuttavia, non sostiene la possibilità che nella E/RP si realizzi una sistematica riduzione della relazione tra comportamento protettivo e rinforzo.

Una seconda obiezione tuttavia è più importante. Il fenomeno dell'estinzione si riferisce ad una relazione funzionale tra la riduzione della risposta e l'assenza del rinforzo, ma manca la spiegazione del meccanismo per cui la sistematica assenza del rinforzo implica un decremento della risposta, e del perché questa relazione si mantiene. I comportamentisti hanno intenzionalmente evitato di indagare i processi che sottendono l'estinzione perché hanno sempre privilegiato le descrizioni funzionali escludendo dall'indagine i sottostanti processi causali (Plaud e Eifert 1997).

In ultimo, Wolpe (1995) ha criticato la spiegazione della E/RP in termini di estinzione fondamentalmente perché, a suo avviso, attivare ripetutamente una risposta di paura in assenza di rinforzo, sarebbe insufficiente a ridurre permanentemente l'ansia. La storia naturale di molti pazienti fobici spesso implica frequenti esposizioni agli stimoli temuti che però non comportano alcuna riduzione dell'ansia. È possibile tuttavia che in questi casi di esposizione spontanea i pazienti mettano in atto evitamenti sottili e difficili da identificare ma tali da prevenire l'estinzione della risposta d'ansia.

Per concludere, l'incapacità di identificare il meccanismo causale dell'estinzione vanifica qualunque tentativo di spiegare l'efficacia della E/RP ricorrendo alla estinzione.

Controcondizionamento

Definizione: sostituzione di una vecchia risposta con una nuova, cioè quando il rilassamento sostituisce l'ansia.

Bandura (1969) ha osservato che "... le procedure convenzionali di estinzione spesso implicano di fatto controcondizionamenti non previsti e non voluti" perché altri stimoli co-occorrono naturalmente durante il processo di estinzione. Tuttavia l'efficacia del flooding (Miller 2002) e della terapia implosiva (Levis 2002), cioè forme massicce di esposizione e prevenzione della risposta, contraddicono la spiegazione della E/RP in termini di controcondizionamento. In queste forme di trattamento, infatti, non avviene proprio che lo stato emotivo di ansia sia sostituito con un altro, al contrario, si fa in modo che lo stato di ansia sia attivato e mantenuto. Per ragioni analoghe anche una interpretazione del meccanismo d'azione della E/RP come inibizione reciproca non appare convincente.

Cambiamenti cognitivi

Una condizione indispensabile per l'applicabilità della E/RP è che il paziente sia vigile e, quindi, attivamente coinvolto nella costruzione della propria esperienza, è ovvio che in tale procedura entrino in gioco delle componenti cognitive. Più complessa è invece la relazione che si pone tra aspetti cognitivi e E/RP; ne possiamo identificare almeno tre tipi:

- la prima, considera i cambiamenti cognitivi semplicemente una conseguenza della E/RP;
- la seconda è quella in cui gli interventi volti ai cambiamenti cognitivi sono considerati esclusivamente propedeutici alla E/RP;
- l'ultima, che ci interessa più da vicino, è quella che considera i cambiamenti cognitivi come i principali meccanismi d'azione della E/RP.

La relazione del primo tipo è stata analizzata nel precedente paragrafo e ne sono stati evidenziati i limiti esplicativi.

Nella relazione del secondo tipo ritroviamo tutti quegli interventi finalizzati all'incoraggiamento e alla motivazione del paziente. Ad esempio, Melli e Déttore (2005, in questo volume) ritengono che al fine di superare una serie di difficoltà di applicazione della E/RP siano necessari degli interventi motivazionali di carattere cognitivo, ma postulano che tali interventi siano esclusivamente propedeutici all'applicazione di questo intervento, sostenendo che la E/RP agisca primariamente attraverso un meccanismo di abituazione. Tali spiegazioni, come analizzate in precedenza, non sono considerate da tutti gli autori esaustive poiché non renderebbero ragione di una serie di fenomeni caratteristici della E/RP.

Nel terzo tipo di analisi del problema vari autori hanno cercato di spiegare il meccanismo di funzionamento della E/RP in termini di modificazioni cognitive; nel presente articolo ci limiteremo a descrivere le più conosciute e le più importanti, ovverosia le spiegazioni in termini di Aspettativa (Wilkins 1971, Taylor e Rachman 1994), di incremento della Autoefficacia (Bandura 1977, 1978, 1998) e di Ristrutturazione Cognitiva (ad esempio, Salkovskis 1985, 1996, 1999, Wells 1997). Ma come vedremo anche esse non riescono a spiegare efficacemente il meccanismo di funzionamento della E/RP.

Autoefficacia

Con il termine autoefficacia si intende una percezione positiva delle proprie capacità di padroneggiamento di situazioni problematiche (Bandura 1977).

La riduzione della paura a seguito della E/RP potrebbe essere spiegata, secondo Meichenbaum (1974) e Mahoney (1974), come il risultato dell'incremento della auto-efficacia (Bandura 1977, 1978, 1998). Il paziente grazie alla esposizione, soprattutto se graduale, si renderebbe conto di

essere capace di rimanere calmo di fronte ad eventi per lui spaventosi, e questo dovrebbe aumentare il suo senso di autoefficacia.

Molti aspetti di questa spiegazione del meccanismo di funzionamento della E/RP non sono chiari. Innanzitutto, non è chiaro come la consapevolezza di essere in grado di rimanere calmi di fronte ad un evento che suscita paura possa far diminuire la paura stessa, e come questo possa implicare una diminuzione della percezione del pericolo.

Inoltre, non si comprende come il paziente possa procedere nella gerarchia e quindi validare l'aspettativa di essere in grado di fronteggiare la situazione, e di conseguenza ottenere la riduzione della paura. Difatti, se il paziente non diventa subito meno spaventato, cosa che è logico attendersi, allora l'esposizione allo stimolo temuto dovrebbe riconfermare la sua reazione fobica e riaffermare l'aspettativa di risposta originale, cioè di essere ansioso e incapace di affrontare eventi per lui ansiogeni. Quindi, come può migliorare il senso di autoefficacia?

In sostanza la critica principale è rivolta alla mancanza di descrizione dei meccanismi causali dell'incremento del senso di autoefficacia e della riduzione sia della paura che della percezione del pericolo.

Aspettativa

Sono state proposte almeno due spiegazioni del funzionamento della E/RP in termini di variazione della aspettativa di successo da parte del paziente.

La prima la dobbiamo a Wilkins (1971) che riteneva che l'E/RP funzioni nei soggetti con disturbi d'ansia poiché durante la procedura espositiva il terapeuta favorisce una aspettativa di successo; inoltre, il procedere nella gerarchia genera un feedback confermativo sulla possibilità di successo; ed infine, e il paziente impara a gestire le immagini spaventanti. La verifica empirica di tale ipotesi di funzionamento ha prodotto risultati contrastanti, ma il limite maggiore di questa spiegazione del meccanismo di funzionamento della E/RP risiede nella mancanza di spiegazione di tale funzionamento. Quindi si può concludere che la terapia espositiva possa funzionare anche grazie a processi di persuasione, ma quali siano, e in quale modo essi funzionino non è ancora chiaro (Tryon 2005).

La seconda ipotesi esplicativa, denominata teoria della congruenza-incongruenza (Taylor e Rachman 1994), si fonda su una review della letteratura che evidenzia come i soggetti con disturbi d'ansia tendano ad immaginarsi maggiormente spaventati di quello che in realtà sono quando vengono esposti allo stimolo fobico (Rachman e Bichard 1988). Secondo Taylor e Rachman tale fenomeno si potrebbe spiegare come dovuto alla sovrastima dei segnali di pericolo ed alla sotto stima dei segnali di sicurezza. Durante la terapia espositiva il paziente si accorgerebbe che la realtà, al contrario delle proprie aspettative, non è così pericolosa, ottenendo delle evidenze correttive alle proprie aspettative.

Wright et al. (2002) hanno sottoposto un gruppo di soggetti con fobia dei serpenti ad un compito di esposizione; manipolando le previsioni di pericolo e di sicurezza, ottenute in precedenza dagli stessi soggetti, hanno riscontrato che l'esposizione potrebbe funzionare per un meccanismo di adeguamento delle aspettative di pericolo e di sicurezza in base alle esperienze di esposizione cui erano stati sottoposti. Lo studio però non spiega come si ottenga questo apprendimento; ne come si possa passare da un livello maggiore di paura ad un livello minore; ne perché talvolta non si arrivi a ridurre tali aspettative sotto un livello critico in presenza dello stimolo emotigeno (Tryon 2005). Tali mancanze riducono il potere esplicativo di questa teoria.

Ristrutturazione Cognitiva

L'assunto di base della ristrutturazione cognitiva risiede nel fatto che le emozioni ed i comportamenti siano la conseguenza di ciò che si pensa. Si ritiene, quindi, che modificando le cognizioni si ottenga necessariamente una modifica dei comportamenti e delle emozioni (Beck 1976, Ellis 1961). L'obiettivo della ristrutturazione cognitiva è quello di aiutare le persone a comprendere che gli oggetti o le situazioni fobiche in realtà non sono pericolose, e che i comportamenti di ricerca di sicurezza (evitamenti, fughe, assicurazioni, controlli, lavaggi ecc.) messi in atto per impedire l'accadimento degli eventi temuti, producono un effetto di conferma delle cognizioni catastrofiche impedendo la falsificazione delle credenze stesse.

Alcuni autori anglosassoni, in particolare Salkovskis (1985, 1996, 1999) e Wells (1997) sostengono che l'E/RP funzioni fondamentalmente perché l'esposizione del paziente alla situazione avversiva e il contemporaneo blocco dei comportamenti di ricerca di sicurezza porterà il paziente a confrontarsi con lo stimolo fobigeno sperimentando una realtà diversa e meno spaventante rispetto alle proprie previsioni di pericolo. Il paziente potrà così effettuare una esperienza correttiva all'interno della quale si confronterà con dati dirimenti, ottenendo una riduzione dell'ansia e falsificando le proprie credenze catastrofiche. Successivamente tali controesempi condurranno il paziente, tramite un meccanismo a feed-back positivo, a ridurre l'utilizzo dei comportamenti di ricerca di sicurezza, e così via.

Prendiamo il caso di un paziente con fobia sociale esposto ad una situazione sociale temuta senza poter mettere in atto alcun comportamento di ricerca di sicurezza. Si accorgerà che non accadrà nulla di così catastrofico. Attraverso questa esperienza correttiva considererà le proprie previsioni errate, e sperimenterà una riduzione dell'ansia. Ad esempio, un paziente, durante una cena galante, teme di versare il vino perché potrebbe tremargli la mano. La credenza catastrofica è quella di poter essere giudicato un *inetto* ed essere lasciato seduto stante dalla ragazza, disgustata dal suo comportamento. Il paziente metterà in atto una serie di comportamenti di ricerca di sicurezza: proverà a far versare il vino al *maitre*, oppure cercherà di versarlo quando la ragazza si allontanerà per recarsi alla toilette, berrà poco per non doverlo riversare e così via. Alla fine la goccia non cadrà e lui si sentirà salvo, per ora! L'E/RP consisterebbe nell'andare alla cena e versare volontariamente un poco di vino sulla tovaglia, senza mettere in atto alcun comportamento di ricerca di sicurezza, al fine di poter fare una esperienza correttiva che consenta di mettere in discussione, attraverso un diverso epilogo (ad esempio, la ragazza non dirà nulla riguardo la goccia di vino caduta sulla tovaglia, l'ansia diminuirà e la serata proseguirà con soddisfazione), l'assurdità della sua previsione catastrofica. Questo aprirà la strada a credenze più realistiche.

Una prima obiezione a tale ipotesi di funzionamento della E/RP è data dal fatto che si riesce ad ottenere una E/RP efficace anche nei casi in cui non sono evidenti le falsificazioni delle credenze di pericolo, cioè, quando non ci sono controesempi. Difatti, si utilizzano con successo anche programmi di esposizione nei quali non è contemplata la comparsa di alcun controesempio: in pazienti ossessivi con timore di contagio da HIV, si può costruire una gerarchia di E/RP che comporti il toccare una siringa piena di sangue senza poter constatare nei tempi della esposizione che il contagio da HIV sia occorso o meno; in pazienti con Fobia Sociale che temono il giudizio degli altri non è quasi mai possibile, durante la terapia espositiva, verificare ciò che l'altro sta pensando e mettere, quindi, in discussione la propria previsione catastrofica.

Una seconda obiezione è che in altri casi si ottengono dei controesempi alle proprie credenze di pericolo, ma queste non vengono considerate sufficienti dal paziente per mettere in discussione le credenze stesse. Ad esempio, non è infrequente confrontarsi con un paziente con Disturbo di Panico e sentirsi dire, in seguito ad una esposizione volontaria o occasionale seguita da

falsificazione delle previsioni delle conseguenze (ad esempio, morte, impazzimento o svenimento) dell'attacco di panico: "questa volta non sono impazzito (morto o svenuto) perché mi è andata bene, non era uno di quelli forti". La volta successiva che il paziente si confronterà con il panico si ritroverà nella situazione di partenza.

Detto tutto ciò appare difficile sostenere che l'E/RP possa funzionare solo attraverso la falsificazione delle credenze di pericolo in seguito ad esperienze correttive.

Conclusioni

Abbiamo analizzato una serie di possibili spiegazioni (l'abituazione, l'estinzione, il controcondizionamento, l'autoefficacia, l'aspettativa e la ristrutturazione cognitiva) di come funziona l'E/RP presenti in letteratura, abbiamo evidenziato come per molti autori nessuno di essi sia in grado di rendere ragione di questo fenomeno in maniera esauriente. In questa sede, non abbiamo la pretesa di escludere che qualcuno di questi processi intervenga durante la procedura di esposizione con prevenzione della risposta, ma semplicemente che probabilmente il meccanismo principale del funzionamento della E/RP debba ancora essere chiarito.

Quale è dunque il meccanismo d'azione della E/RP?

Per trovare una risposta a questa domanda suggeriamo alcune osservazioni cliniche piuttosto comuni nella pratica clinica.

Un paziente era ossessionato dall'idea di poter essere contaminato da sostanze disgustose provenienti da altre persone, al fine di evitare tale possibilità si impegnava in evitamenti e in rituali di lavaggio. All'incirca ogni mese, però, nei cosiddetti "giorni sporchi", decideva di lasciarsi andare alla contaminazione. In questi giorni riduceva drasticamente i lavaggi, si muoveva liberamente e poteva avere rapporti sessuali. Finiti i "giorni sporchi", faceva lunghi lavaggi, gettava via gli oggetti contaminati che non valeva la pena di purificare e iniziava la serie dei "giorni puliti" (Romano e Perdighe 2005, in questo volume). I "giorni sporchi" dunque erano caratterizzati da una esposizione massiccia senza precauzioni o neutralizzazioni particolari. L'esperienza massiccia, prolungata e sistematica della esposizione senza precauzioni né neutralizzazioni non sortiva alcun effetto terapeutico, la sua ipersensibilità allo sporco rimaneva del tutto inalterata. Nei giorni puliti, infatti, ritornava ad essere nuovamente ossessionato dall'idea della contaminazione e impegnato negli evitamenti e nei rituali di lavaggio. Sembra dunque che la pratica meccanica della esposizione e prevenzione della risposta possa non avere alcun effetto terapeutico. Esporsi e prevenire la risposta non sembra essere una condizione sufficiente affinché si producano gli effetti terapeutici della E/RP.

Un caso simile al precedente è Manuela. Era ossessionata dal sospetto di essere una pedofila. Per cercare di gestire la sua preoccupazione evitava il contatto con i bambini e se questo provvedimento non le riusciva allora si impegnava in lunghe ruminazioni tese a dimostrarsi, al di là di ogni ragionevole dubbio, di non avere toccato il bambino con intenzioni erotiche. A volte, quando non poteva fare a meno di occuparsi della nipotina di tre anni, si esponeva al contatto fisico e rinunciava, anche per mezza giornata, alle ruminazioni rassicuranti che rimandava a quando sarebbe stata sola. In questo caso come nel precedente, l'esposizione senza precauzioni alla minaccia temuta effettuata almeno un paio di volte a settimana e per un periodo di alcune ore, non sortiva alcun effetto terapeutico.

Durante la pratica della E/RP è frequente che i pazienti abbiano una sorta di riserva mentale,

vale a dire che mentre si espongono e rinunciano ai rituali, si ripromettono di svolgere i rituali più tardi “poi, quando sarò a casa, sistemo di nuovo tutto”.

In questi casi, pur se lo svolgimento della E/RP e l'andamento delle reazioni del paziente è quello consueto, l'efficacia della E/RP può risultare gravemente ridotta se non vanificata del tutto. Anche in questo la pura e semplice esecuzione della procedura non è sufficiente per garantirne l'efficacia. Come nel caso dei giorni puliti e sporchi, sembra che abbia un peso rilevante lo stato mentale con cui il paziente si pone di fronte alle situazioni critiche, vale a dire il significato ed il valore che attribuisce alla esposizione e alla rinuncia ai provvedimenti. La differenza fra lo stato mentale che caratterizza le E/RP efficaci da quelle inefficaci sembra essere il livello di minaccia che il paziente è disposto ad accettare, minimo in quelle inefficaci, alto in quelle efficaci.

A conferma di questa ipotesi vi sono altre osservazioni piuttosto comuni. Spesso i rituali dei pazienti ossessivi, e in generale le soluzioni che i pazienti mettono in atto, non sono affatto efficaci nel ridurre la minaccia percepita. Dal punto di vista del paziente sembra che la situazione sia identica a quella in cui egli rinuncia alle soluzioni, in entrambi i casi egli si trova indifeso di fronte alla minaccia. Dal punto di vista terapeutico invece fa una grande differenza se il paziente accetta di rinunciare alla difesa piuttosto che se continua a cercare di difendersi e non ci riesce.

Che cos'è e come funziona l'accettazione

Larga parte della psicopatologia consiste nella percezione di minacce, nelle conseguenze emotive di tali percezioni e nei tentativi di evitare, prevenire o sottrarsi alla minaccia. Per tale motivo la psicoterapia cognitiva si pone come meta proprio il cambiamento della percezione di minaccia. Per raggiungere questo obiettivo si procede usualmente tentando di modificare le assunzioni di pericolo attraverso procedure ben note come il dialogo socratico, la scoperta guidata, la identificazione di ipotesi alternative e gli esperimenti comportamentali. In pratica si coinvolge il paziente in una relazione terapeutica caratterizzata dall'empirismo collaborativo e lo si impegna a rintracciare esempi di ipotesi di sicurezza e controesempi di quelle di pericolo. Questa strada è ostacolata, però, dalle resistenze cognitive del paziente e non raramente risulta di scarsa efficacia. Da qui l'esigenza di identificare una strada alternativa che proceda verso lo stesso obiettivo, la riduzione della percezione di minaccia, ma attraverso un percorso capace di aggirare le resistenze del paziente. Si tratta della accettazione della minaccia (Mancini e Barcaccia 2004). L'osservazione di ciò che accade nei pazienti suggerisce che l'accettazione effettivamente possa essere un momento cruciale dell'intervento terapeutico.

Maria era una paziente ossessiva la cui sintomatologia ruotava intorno al timore di potersi contagiare il cancro. Soprattutto temeva di abbassare la guardia nei confronti di un possibile contagio per superficialità, sbadataggine e disattenzione. Sentiva infatti molto forte il timore di doversi rimproverare un domani di essersi contagiata il cancro. Le informazioni che le davano i medici si infrangevano contro il modo iper/prudenziale con cui Maria le elaborava. “E se i medici si sbagliassero?”, “mi dicono che non ci sono prove della contagiosità del cancro, ma non mi danno prove certe della sua non contagiosità, mica mi dimostrano con certezza che è impossibile!”, “e se mi fido di loro e abbasso la guardia e poi magari si scopre che ho ragione io?”, “è chiaro che molto probabilmente hanno ragione i medici ed io mi sbaglio, ma come possono esserne sicura?”. Non c'era modo di superare la resistenza al cambiamento della sua idea di contagiosità del cancro. Un giorno, purtroppo, al marito fu diagnosticato un tumore metastatico.

Nell'arco di poche ore, superato lo sconcerto iniziale, Maria cessò di considerare il cancro contagioso.

Da notare che in quella tragica circostanza non ricevette alcuna informazione nuova riguardo la contagiosità del cancro, semplicemente rielaborò diversamente dal solito le informazioni ricevute.

Come mai? Attraverso quale meccanismo?

Una seconda osservazione clinica. Il paziente, Marco, aveva una grave forma di agorafobia con massicci evitamenti che implicavano l'impossibilità di allontanarsi da casa se non accompagnato dalla moglie ma soprattutto una grave limitazione delle sue possibilità di realizzazione esistenziale. La minaccia che cercava di evitare era l'impazzimento che, a suo avviso, poteva seguire l'attacco di panico. A nulla valevano i tentativi dei medici di convincerlo della sostanziale innocuità delle sensazioni del panico e della impossibilità di diventare pazzo in conseguenza del panico. Un giorno, esasperato dalle limitazioni agorafobiche, decise che era preferibile rischiare l'attacco di panico e la follia piuttosto che continuare quel tipo di vita. Uscì dunque senza accompagnatore e non solo non ebbe alcun attacco di panico ma soprattutto cambiò idea circa la possibilità di impazzire a seguito delle sensazioni del panico. Non era certo la prima volta che gli capitava di non avere il panico in una circostanza critica, perché, dunque, non aggiunse la solita considerazione "stavolta è andata bene ma chissà la prossima?" ma, al contrario, cambiò idea?

Una terza osservazione. Il paziente Roberto, era affetto da una grave forma di ansia sociale legata al timore che gli altri, vedendolo diventare rosso di vergogna, avrebbero potuto giudicarlo una persona debole di carattere e disposta ad essere sottomessa. A nulla valsero i tentativi di fargli considerare altre possibilità, ad esempio che gli altri poco badavano al suo rossore e che ne potevano dare giudizi completamente diversi. Anche l'esposizione, proposta come esperimento comportamentale, non lo aiutò minimamente a modulare la sua aspettativa. Essere giudicato debole di carattere e, soprattutto, disposto alla sottomissione, aveva per lui gravissime risonanze con episodi di quando, adolescente, si era lasciato sottomettere, sentimentalmente e sessualmente, da un ragazzo di alcuni anni più grande di lui. Di questi episodi si vergognava e si rimproverava moltissimo tanto che si era giurato che non avrebbe mai più consentito a nessuno di sottometterlo. Con la terapia si rese conto che era inevitabile arrossire e che era molto difficile, se non impossibile, azzerare il rischio che gli altri lo considerassero disposto alla sottomissione. A seguito di ciò cominciò a considerare sempre meno probabile che diventare rosso potesse implicare un giudizio da parte degli altri di persona debole e sottomessa. Perché riflessioni ed esperimenti comportamentali tesi a dimostrare l'inconsistenza delle assunzioni di pericolo fallirono e invece considerazioni tutto sommato pessimistiche ne determinarono il cambiamento?

Per rispondere alle domande sollevate è opportuno riconsiderare i tre esempi riportati e interrogarsi su ciò che li accomuna. In tutti e tre i casi si intuisce che il cambiamento delle idee di pericolo avvenne, anche se in modi e per ragioni diversi, dopo che i pazienti avevano accettato di ridurre l'impegno preventivo e di esporsi ad un livello di rischio maggiore di quanto fossero disposti precedentemente.

Maria, infatti, a seguito della diagnosi subita dal marito aveva realizzato che la responsabilità per un eventuale contagio del cancro era ben poca cosa a fronte della colpa e del dispiacere di non stare accanto al marito malato di cancro, Marco si era reso conto che tutto sommato era più conveniente affrontare il rischio di impazzire rispetto alla certezza di continuare a limitare la propria vita a causa degli evitamenti. Roberto aveva compreso l'impossibilità di ridurre il rischio di essere giudicato una persona disposta a sottomettersi.

Per Maria il peso morale si era spostato dal dovere di prevenire il rischio di cancro al dovere di accudire il marito, per Marco il costo del rischio dell'attacco di panico e dell'impazzimento si era rivelato più conveniente del costo degli evitamenti, Roberto aveva compreso che i tentativi di sottrarsi al rischio erano inutili, quanto più si sforzava di non diventare rosso tanto più arrossiva

e comunque nulla lo avrebbe potuto mettere al riparo da un rischio che tutti corrono, e cioè di essere giudicati deboli di carattere e perciò passibili di sottomissione.

Tutti e tre i pazienti quindi avevano accettato un livello di rischio maggiore di quello che erano disposti inizialmente a correre e, di conseguenza, era diminuito il rischio al quale si sentivano esposti.

Si pongono, dunque, alcune questioni:

- quali fattori intervengono nel modulare l'impegno profuso nella prevenzione di una minaccia e nel definire il livello di minaccia accettabile?
- Perché la diminuzione dell'impegno e il parallelo aumento del livello di minaccia accettabile implica un cambiamento delle idee di pericolo?
- Come si può aiutare il paziente ad aumentare il livello di minaccia che è disposto ad accettare?

Accettazione, impegno e valutazione del pericolo

L'impegno verso la riduzione della minaccia dipende innanzitutto dalla entità della minaccia percepita. Per cui, prima e durante un viaggio in autostrada prendiamo delle precauzioni finalizzate a ridurre il rischio di un incidente, come, ad esempio, il controllo dei pneumatici e dei freni, il rispetto delle distanze di sicurezza e dei limiti di velocità. Prendiamo questi provvedimenti in grado diverso a seconda del livello di rischio di incidente che percepiamo.

Si possono (Mancini e Barcaccia 2004, Mancini in stampa) riassumere in una formula i fattori che determinano l'entità della minaccia percepita e le loro relazioni.

$$M = \frac{p \times V \times I}{PI + PE}$$

In questa formula il significato dei simboli utilizzati è:

- M è l'entità della minaccia dell'incidente;
- p è la probabilità attribuita alla possibilità di avere un incidente;
- V è la gravità dell'incidente previsto, lesioni gravi e permanenti, la morte, la morte dei cari che stanno con noi;
- I è l'imminenza attribuita all'incidente, il giorno prima quando si è ancora a casa, la minaccia appare ben diversa di quando ci troviamo in autostrada a 140 km/h, con un TIR che ci supera a destra ondeggiando per la grande velocità e una BMW che ci lampeggia dietro tallonandoci a pochi centimetri;
- PI è il potere che ci attribuiamo di saper fronteggiare l'incidente e le sue conseguenze, ad esempio la nostra abilità di guida la capacità di compiere manovre di emergenza;
- PE è l'insieme dei poteri esterni cioè di quei fattori, non direttamente sotto il nostro controllo, che possono aiutare a fronteggiare l'incidente, ad esempio l'ABS e l'airbag.
- Il segno di moltiplicazione rappresenta il fatto che l'azzeramento di una delle variabili al numeratore annulla la minaccia; il segno di divisione rappresenta il fatto che l'aumento del denominatore non annulla mai del tutto la minaccia pur potendola ridurre grandemente; e il segno di addizione indica che fra i poteri interni e quelli esterni vi è una relazione semplicemente cumulativa.

È intuitivo che l'entità della minaccia percepita determina il livello di prudenza con cui si affronta il viaggio in autostrada, vale a dire la quantità di risorse che si investono per abbassare il

rischio di incidente. Quanto maggiore è la probabilità attribuita all'incidente, la gravità dell'eventuale incidente, l'impressione che sia incombente e quanto minore è la fiducia che si ha nella propria capacità di guida e nella propria auto, tanto maggiore è la prudenza con cui si affronta il viaggio.

Seguendo questa strada di riflessione, tuttavia, si arriva facilmente ad intuire un possibile paradosso: siccome le conseguenze dell'incidente sono potenzialmente catastrofiche, vale a dire la morte o l'invalidità permanente cioè beni enormi per chiunque, allora non ci dovrebbe essere nessuno, o quasi, disposto a entrare in autostrada, se non dopo innumerevoli controlli e con infinite precauzioni. La grandezza *V*, nel caso dell'esempio autostradale, infatti, è facilmente molto elevata (morte e invalidità permanenti per se e per altri), dunque la percezione di minaccia, a meno di non sentirsi Schumacher e di guidare un blindato, dovrebbe essere molto elevata e di conseguenza l'impegno prudenziale dovrebbe essere talmente alto da implicare se non l'evitamento del viaggio e innumerevoli controlli dell'auto, almeno una guida super attenta. Di fatto non osserviamo ciò. Di solito le persone sono sì prudenti, infatti si rendono conto dei rischi che corrono e prendono provvedimenti, ma non al punto di evitare le autostrade o di procedere a passo di lumaca, piuttosto accettano un certo livello di minaccia e si dispongono normalmente a correre un certo grado di pericolo.

Come dire che il livello di impegno prudenziale e il livello di rischio che si è disposti a correre, non dipendono solo dalla entità del rischio stesso ma intervengono altri fattori. Del resto è osservazione comune che pur rimanendo sostanzialmente simile la valutazione di un pericolo, può cambiare la nostra disposizione ad accettare di esporci ad esso piuttosto che a investire in prudenza. Ad esempio, immaginiamo di avere un figlio che vive in una città lontana e che ci telefona perché ha un grave ed urgente bisogno della nostra presenza, a queste condizioni è evidente che siamo disposti ad accettare un livello di rischio maggiore, e quindi, tra l'altro, guidiamo più veloci di quanto accade se dobbiamo affrontare il viaggio per ragioni turistiche.

Non abbiamo alcuna pretesa di essere esaustivi ma considerando la letteratura psicologica di base (vedi Weiner 1992) e cognitiva (Miceli e Castelfranchi 1995), ci sembra di poter isolare almeno tre fattori, oltre la grandezza della minaccia percepita (determinabile con la formula di cui sopra), che intervengono nel modulare il livello di rischio considerato accettabile e dunque il grado di impegno investito nella prevenzione della minaccia (Mancini e Barcaccia 2004).

1) Una breve premessa: è intuitivo che per ridurre la minaccia percepita si possa agire in diverse direzioni.

- Si può cercare di ridurre la probabilità dell'evento dannoso, nell'esempio autostradale, si può guidare più piano o si possono rispettare distanze di sicurezza maggiori;
- si può cercare di ridurre la gravità potenziale, ad esempio, rinunciando alla autostrada e prendendo una strada statale, con meno camion e traffico più lento dove, anche se la probabilità dell'incidente forse addirittura aumenta, diminuisce però la gravità dell'eventuale incidente;
- allontanandolo nel tempo, ad esempio rimandando il viaggio;
- rendendosi più capaci di fronteggiarlo, ad esempio addestrandosi alla guida in condizioni di emergenza;
- migliorando i poteri esterni di fronteggiamento dell'incidente, ad esempio procurandosi un airbag migliore.

In questo esempio tutti i provvedimenti suggeriti sembrano di una certa efficacia ma chiaramente non tutti sono sempre utilizzabili. Ad esempio, se è domenica allora è difficile procurarsi un airbag migliore, se già siamo in autostrada allora non abbiamo la possibilità di imboccare subito una strada statale, non è detto poi che sia possibile rimandare il viaggio, se il traffico è molto intenso allora è difficile, o impossibile, riuscire a tenere le distanze di sicurezza. In tutti

questi casi, dove non è possibile abbassare il rischio, si tende ad accettare un livello di rischio maggiore di quello che si farebbe se si tenesse conto soltanto della minaccia percepita.

Banalmente, a volte la prudenza non è praticabile, almeno non tanto quanto desidereremmo, e dunque ci rassegniamo a correre dei rischi e non insistiamo nel tentativo di ridurre la minaccia per la semplice ragione che ci appare inutile.

Considerazioni circa la possibilità/impossibilità o facilità/difficoltà di ridurre i rischi intervengono nel modulare l'impegno prudenziale e, dunque, il livello di rischio accettato.

2) A ben vedere, il quanto ci impegniamo a ridurre il rischio e quanto invece siamo disposti a correrlo dipende, plausibilmente, anche dal grado di convenienza dell'impegno stesso che non è dato soltanto dalla gravità della minaccia percepita e dai risultati che si ritiene di poter ottenere, ma anche dai costi percepiti della attività protettiva. È evidente che sarò disposto a prendere più provvedimenti prudenziali quanto meno mi costano e viceversa accetterò di correre un rischio maggiore se il costo della prudenza è molto elevato. Ad esempio se il costo dei controlli dei sistemi di sicurezza dell'automobile è molto alto, cioè il meccanico mi chiede 1000 euro e una settimana di tempo per controllare la pressione dei pneumatici, allora tenderò a rinunciare al controllo preventivo e dunque accetterò di viaggiare con un rischio maggiore. All'inverso se una fabbrica di auto organizza una campagna promozionale offrendo la possibilità di controllare i freni gratuitamente e nel tempo che si fa il pieno di benzina allora facilmente ne approfitterò per darmi una sicurezza in più.

3) Non si deve trascurare l'intervento di fattori etici nella determinazione dell'impegno e dunque nella accettazione. Se si ritiene di avere il dovere o il diritto di ridurre una minaccia allora si tende, comprensibilmente e a parità delle altre condizioni, ad aumentare l'impegno. E, inversamente, è più difficile accettare di abbassare la guardia se ciò implica il venir meno ad una propria responsabilità, cioè una colpa. Ad esempio, decido il livello dei controlli di sicurezza della mia auto facendo anche riferimento a ciò che prescrive il codice della strada, il manuale dell'auto e, in mancanza di norme chiare, farò riferimento alla prudenza del buon padre di famiglia, cioè ai doveri rappresentati dalla linea di condotta morale, quella seguita dalla maggior parte delle persone.

In conclusione, nella vita di tutti i giorni ci rendiamo conto di numerose e diverse minacce dirette contro di noi e contro le persone, gli ideali o le cose a cui teniamo. L'atteggiamento che abbiamo di fronte alle minacce, tuttavia, può essere molto differente, nel senso che l'investimento nel tentativo di allontanare o ridurre la minaccia può variare grandemente, si va infatti da un massimo di impegno preventivo alla accettazione totale del rischio con conseguente rinuncia a qualunque protezione. Nella maggior parte dei casi della nostra vita quotidiana tendiamo a contenere l'impegno preventivo e ad accettare un certo grado di minaccia. Ciò non dipende solo dalla entità della minaccia percepita, ma anche dalle possibilità di successo attribuite alle attività preventive, al loro costo e alla loro opportunità morale ed etica.

Da notare un particolare, accettare il rischio di morte o di invalidità connesso ad un viaggio in autostrada evidentemente non equivale ad accettare la propria morte o la propria invalidità (Mancini e Barcaccia 2004).

Come l'accettazione si riflette sulla valutazione dei pericoli

L'impegno nella prevenzione di un pericolo e, per converso, il livello di accettazione di una minaccia, influenzano non solo l'attività pratica ma anche il modo in cui si valuta la minaccia

stessa, in particolare l'orientamento cognitivo con cui si controllano le ipotesi di sicurezza e quelle di pericolo.

Numerosi esperimenti di psicologia cognitiva (vedi rassegna in Mancini e Gangemi 2002) dimostrano che i processi cognitivi sono influenzati dagli investimenti della persona e tale influenza tende ad avere, tra i suoi effetti, l'aumento della resistenza al cambiamento delle assunzioni che sostengono l'investimento stesso. Se ci si sente minacciati e se si investe nella prevenzione della minaccia allora si diventa più prudenti sul piano comportamentale ma anche sul piano cognitivo, con il risultato che le assunzioni di minaccia tenderanno ad essere confermate. L'investimento prudentiale influenza l'attenzione selettiva orientandola verso i segnali e le informazioni di pericolo rendendole più disponibili e, per l'euristica della disponibilità, sappiamo che le informazioni più disponibili sono anche ritenute più probabili. La prudenza implica anche che l'attività mentale si concentri sulla possibilità di pericolo e, dunque, la ruminazione, di nuovo attraverso la euristica della disponibilità, implica un aumento della probabilità attribuita al danno e, spesso, anche al danno peggiore. La persona che investe nella prevenzione di un pericolo tende a costruire una rappresentazione della realtà in cui vengono selettivamente privilegiate le possibilità del pericolo a discapito di quelle di sicurezza, e questa attitudine si riflette anche sul processo ingenuo di controllo delle ipotesi, che sarà focalizzato sulle ipotesi di pericolo, mentre quelle di sicurezza saranno defocalizzate, la raccolta dei dati privilegerà quelli congrui con l'ipotesi minacciosa, e si tenderà alla conferma prudentiale dell'ipotesi di pericolo. Tutto ciò in base al principio del PEDMIN vale a dire al principio che secondo alcuni (Frisch 1993) regola i processi cognitivi e che prescrive la minimizzazione degli errori fatali. È evolutivamente premiante essere attrezzati in modo da privilegiare gli errori dovuti ad eccesso di prudenza a discapito di quelli contrari, cioè imprudenti. È meglio sbagliare cento volte considerando pericoloso qualcosa che non lo è piuttosto che sottovalutare anche una sola volta un segnale di pericolo, quest'ultimo errore, infatti, rischia di essere fatale. Per dirla con De Jong (de Jong et al. 1997, 1998; Smeets et al. 2000), "*better safe than sorry*".

Il fallimento dei tentativi di ristrutturare le idee di pericolo in Maria, Marco e Roberto è dipeso, principalmente, dal loro investimento prudentiale che ha avuto riflessi non solo sulla condotta, e dunque ad esempio sugli evitamenti, ma anche sui processi cognitivi e quindi, in definitiva, sul modo con cui controllavano le ipotesi di sicurezza e di pericolo. L'impossibilità di dismettere le idee di pericolo a fronte di esempi e controesempi dipendeva da come questi erano elaborati nella loro mente, massimamente orientata in senso prudentiale.

In tutti e tre i casi il cambiamento delle assunzioni di pericolo è dipeso da una riduzione dell'investimento prudentiale, cioè dalla accettazione di un livello di pericolo maggiore. Tale accettazione è stata conseguente alla variazione di uno dei tre fattori che, oltre alla minaccia percepita, regolano l'investimento difensivo. Nel caso di Maria è intervenuto un cambiamento nella rappresentazione dei suoi doveri: il dovere di accudire il marito ha sopravanzato il dovere di proteggersi dal cancro, di conseguenza l'investimento prudentiale nei confronti del cancro è diminuito permettendo a Maria di elaborare diversamente le informazioni circa la non contagiosità del cancro.

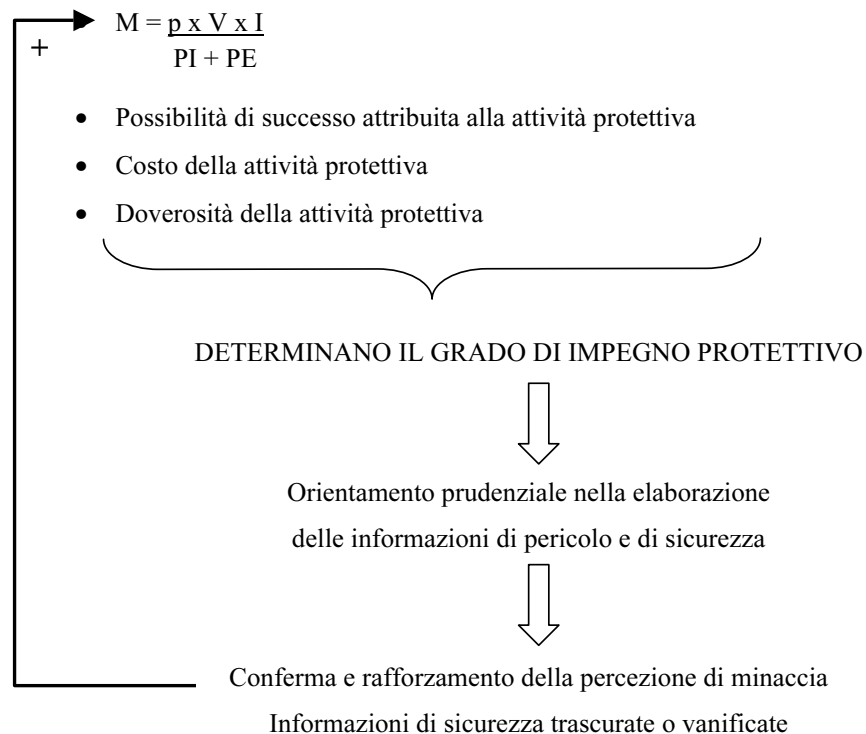
Marco ad un certo punto si è reso conto che il costo della prudenza era diventato esagerato e che dunque conveniva disinvestire dalla protezione nei confronti degli attacchi di panico e dei rischi di impazzimento. In questo modo non solo non ha avuto attacchi di panico ma soprattutto ha elaborato in modo diverso le informazioni rassicuranti avute in precedenza dai medici. Il risultato è stato, appunto, un cambiamento dell'idea che, a seguito delle sensazioni del panico, sarebbe potuto impazzire.

Roberto, infine, si è reso conto di non avere il potere di prevenire ciò che temeva, essere giudicato debole e disposto a sottomettersi, e che dunque era inutile tentare di proteggersi. Ha

accettato di conseguenza questo rischio, aiutato anche dalla considerazione che è un rischio che tutti corrono e non solo lui. La conseguenza è che ha potuto dare maggior credito ad ipotesi alternative circa i possibili giudizi e atteggiamenti da parte degli altri nei suoi confronti, ad esempio è diventata per lui seriamente credibile la possibilità che gli altri di fronte ai suoi rossori possano essere distratti e disinteressati.

In conclusione

Proponiamo il seguente schema per riassumere quanto detto finora:



Da questo schema derivano delle indicazioni terapeutiche. Se il fine della terapia è ridurre la M (minaccia percepita) allora è evidente che è opportuno modulare l'orientamento cognitivo prudentiale, altrimenti la elaborazione delle informazioni privilegerà sistematicamente la conferma ed il rafforzamento di quelle di pericolo. Per modulare l'orientamento cognitivo prudentiale, però, è importante ridimensionare l'impegno protettivo, vale a dire aiutare il paziente ad accettare un livello maggiore di minaccia. Ciò può essere ottenuto modificando i fattori che incidono sul livello di impegno protettivo in modo relativamente indipendente dalla percezione della minac-

cia: possibilità di successo attribuita alla attività protettiva, costo della attività protettiva, doverosità della attività protettiva

Cosa si può fare per aiutare il paziente ad accettare un livello di minaccia maggiore?

- Da quanto detto finora deriva che si possono seguire tre strade (Mancini e Barcaccia 2004):
- aiutare il paziente a vedere l'impossibilità o la difficoltà a ridurre la minaccia, a realizzare, cioè, l'inutilità almeno di parte dei suoi tentativi di contenimento della minaccia;
- aiutare il paziente a considerare non solo i benefici della attività preventiva ma anche i suoi costi, e tra questi anche i costi morali;
- aiutarlo a riconsiderare se davvero sulle sue spalle pesa il dovere di ridurre la minaccia o se al contrario non è tenuto a tanto.

Se si riesce in queste direzioni, o almeno in una di esse, ci si può aspettare l'accettazione di un maggior livello di rischio e dunque un minore investimento contro la minaccia, di conseguenza un orientamento cognitivo meno sfavorevole alle ipotesi di sicurezza e quindi un ridimensionamento della percezione del pericolo. Esempi di questa trafila sono disponibili nell'osservazione naturale dei pazienti, come nel caso di Maria, Marco e Roberto.

Come si può aiutare il paziente a riconsiderare l'utilità dei tentativi di sottrarsi alla minaccia o di ridurla

Vi sono almeno due strade privilegiate per raggiungere tale obiettivo. Si può utilizzare la prima in quei casi in cui sono proprio i tentativi di controllare la minaccia che paradossalmente causano o aumentano la minaccia stessa. Ad esempio, spesso i tentativi dei fobici sociali di prevenire il giudizio negativo degli altri (vedi Wells 1997) implicano proprio ciò che il fobico sociale teme, ad esempio il fobico sociale che cerca di controllare il tono della voce e la scelta delle parole, più facilmente si esprime in modo non fluente, stentato o addirittura inizia a balbettare e in questo modo più facilmente è notato dagli altri, che possono sentirsi a loro volta messi a disagio, assumere un'aria perplessa o francamente critica. In questi casi non è difficilissimo far notare al paziente l'effetto paradossale dei suoi tentativi di contenimento della minaccia e in generale il fatto che non c'è molto scampo all'imbarazzo e alla conseguente possibilità di essere giudicati male, anzi più si cerca di sfuggire peggio si fa.

La seconda strada passa attraverso una sorta di *reductio ad absurdum*, e sembra indicata in particolare nei pazienti ossessivi (Mosticoni 1984). Dopo che il paziente ha preso una precauzione gli si può chiedere di ragionare sulla fondatezza del risultato raggiunto, "è sufficiente? Può davvero stare tranquillo? O comunque la sicurezza ottenuta in più, a ben vedere, è ben poca cosa e il pericolo è sempre in agguato?".

Come aiutare il paziente a tener in conto i costi della prudenza

La prudenza ha sempre un costo, i pazienti, nella maggioranza dei casi, se ne rendono conto, soprattutto nei disturbi d'ansia dove la sintomatologia è fortemente egodistonica. Per chi ha familiarità con le procedure di assessment tipiche della psicoterapia cognitiva, va sottolineato che i costi della prudenza, in particolare quelli a cui è più sensibile il paziente, sono rappresentati nel cosiddetto problema secondario, cioè nella valutazione negativa, da parte del paziente, della sua

percezione di minaccia e dei suoi stessi investimenti prudenziali. Anche quando il paziente si rende conto dei costi della sua prudenza, spesso non riesce a tenerne conto. A ben vedere infatti, le due serie di costi, quella legata alla minaccia e quella della prudenza, non sono integrate ma piuttosto conflittuali. Il conflitto può essere di due tipi, o pratico o akratico. Il primo “A volte (e purtroppo molto spesso) la decisione di un attore non riesce a stabilizzarsi su una linea univoca di condotta, ma oscilla alternativamente o ciclicamente fra due o più possibilità, rendendo incoerente o vanificando del tutto la capacità di agire dell’attore stesso” (Magri 1991). Il secondo è il caso di “chi agisce intenzionalmente contro il proprio migliore giudizio, cioè di chi compie una determinata azione, sapendo di poter compiere (almeno) un’altra azione, e che sarebbe per lui tutto considerato meglio compiere questa seconda azione” (id.).

In entrambi i casi il soggetto non confronta i costi della minaccia con quelli della prudenza, tuttavia può essere aiutato in questo. Supponendo, a titolo di esempio, il caso più frequente in cui la percezione di minaccia e la conseguente attività prudenziale sono egodistoniche, cioè esiste un problema secondario, vale a dire il paziente si rende conto dei costi della prudenza, si può procedere proponendogli di sedersi alternativamente su due seggiole (Perls et al. 1971, Gragnani e Mancini 2002, Mancini e Gragnani 2004, Mancini in stampa), quando sarà seduto sulla prima dovrà elencare tutti i costi connessi alla minaccia e dunque i benefici della prudenza e quando è seduto sulla seconda seggiola, invece, tutti i costi della prudenza e i benefici di una eventuale riduzione della ricerca di sicurezza. Dopo di che gli si potrà chiedere di far discutere le due posizioni così rappresentate al fine di allenarlo a compiere una integrazione fra le due serie di costi e benefici. In una fase successiva lo si può addestrare a ripetere la procedura nei momenti cruciali in cui si confronta realmente con la minaccia da lui temuta e invitarlo a compiere una scelta. L’unica accortezza è sottolineare l’importanza di scegliere sulla base di quello che gli sembra più opportuno in quel momento e, dunque, di non cercare di forzarsi a rinunciare alla prudenza. L’obiettivo della tecnica è semplicemente l’addestramento a tener presenti i costi della prudenza assieme ai suoi vantaggi, laddove normalmente il paziente considera i costi della prudenza quando è lontano dalla minaccia e viceversa i costi della minaccia quando ne è a ridosso.

Come si può aiutare il paziente a riconsiderare il dovere di sottrarsi alla minaccia o di ridurla

La tecnica del doppio standard (van Oppen e Arntz 1994) consiste nell’aiutare il paziente a riflettere su quanto lui stesso considererebbe altre persone, con le quali si identifica, colpevoli di imprudenza se usassero meno prudenza nell’affrontare minacce analoghe a quelle che lui teme. La tecnica del doppio standard modificato (Mancini 2001, Gragnani et al. 2003) aggiunge una riflessione sul giudizio che esprimerebbero altre persone.

Si può iniziare chiedendo al paziente di immaginare di esporsi all’evento temuto e che normalmente cerca di evitare. Riprendendo l’esempio del viaggio in autostrada, “prova ad immaginare di andare in autostrada avendo controllato la pressione della gomme una sola volta, quanto ti sentiresti imprudente e poco responsabile?”, poi, dopo aver appuntato la risposta, si procede “dimmi il nome di una persona che consideri a te vicina, simile a te per età, formazione, e che giudichi morale e di buon senso, ora prova ad immaginare che questa persona vada in autostrada avendo controllato solo una volta la pressione della gomme, come la giudicheresti?”. Circa l’80% dei casi il paziente giudica l’altro meno colpevole di se stesso e ciò si presta ad una riflessione, quali argomenti giocano a favore dell’amico? Non potrebbero valere anche per lui? Si può poi procedere (Doppio standard modificato) chiedendo di immaginare tre persone che conoscono sia il paziente sia l’amico citato precedentemente e si chiede “come ciascuno di loro giudicherebbe il

tuo amico per non aver controllato le gomme più di una volta?” e poi, “come giudicherebbero te?”. Anche in questo caso di solito il giudizio degli altri è immaginato più benevolo del proprio e dunque si può sfruttare questa discrepanza per una riflessione. Infine si chiede al soggetto “e ora come giudichi te stesso?”. Molto spesso il giudizio è diventato più favorevole di quello iniziale e si può consigliare al paziente di riproporre la procedura quando si confronta con la minaccia.

L'accettazione e la E/RP

Il lavoro di accettazione descritto finora si svolge nello studio dello psicoterapeuta, lontano, quindi, dalle situazioni che il paziente percepisce minacciose, ma questa lontananza, materiale e temporale, riduce drasticamente la percezione del pericolo. Non a caso nella formula della minaccia si fa riferimento all'incombenza, e numerosi studi dimostrano che la distanza temporale (vedi Ainslie 1992) modifica grandemente l'entità della minaccia percepita. Dunque l'accettazione che si riesce ad ottenere in seduta ha sostanzialmente un valore propedeutico al vero intervento terapeutico che consiste nell'addestramento ad accettare l'esposizione alle minacce quando si presentano nella vita tutti i giorni e quindi concrete ed immediate, senza prendere provvedimenti.

Il nostro suggerimento è di costruire l'accettazione in seduta lavorando sui fattori ai quali il paziente sembra più sensibile, ad esempio nel caso dei pazienti ossessivi spesso conviene insistere sulla tecnica delle due seggiole sottolineando in particolare i costi morali degli evitamenti e neutralizzazioni, “quanto ingiustamente danneggi tuo figlio quando cerchi di proteggerlo dalla contaminazione? Costringerlo a lavarsi le mani è per lui una sofferenza, non fargli lavare le mani significa però esporlo alla contaminazione, quale delle due possibilità è più grave e ti fa sentire più in colpa? Esiste un compromesso?”. Sempre con gli ossessivi, spesso è utile insistere sulla tecnica del doppio standard “se tu non prendessi questo provvedimento, quanto ti giudicheresti imprudente ed irresponsabile? E se il tuo amico, al corrente dei rischi che tu vedi, non prendesse provvedimenti, come lo giudicheresti?”.

Dopo aver costruito l'accettazione in seduta, si può chiedere al paziente di allenarsi nel corso delle sue giornate alle riflessioni svolte con il terapeuta, prescrivendogli però di non cercare di cambiare nulla delle condotte protettive.

Successivamente si può passare alla esposizione, che noi presentiamo come la realizzazione pratica e sistematica della accettazione preparata fino a quel momento.

È importante anticipare al paziente e insegnargli a notare che se lui è esposto alla minaccia l'ansia sale e se prende provvedimenti allora l'ansia scende molto rapidamente, ma la volta successiva avrà altrettanta ansia. Se al contrario si espone e non prende provvedimenti allora l'ansia si mantiene per non più di 50-60 minuti, poi scende e parallelamente diminuisce anche la percezione della minaccia, cioè vede la minaccia meno grave. Nelle esposizioni successive, a parità di altre condizioni, l'ansia salirà ogni volta di meno e si estinguerà più rapidamente.

Rispetto al problema della graduazione della esposizione, suggeriamo di discutere volta per volta con il paziente quale è il livello di minaccia che intende accettare, e la discussione riprenderà i temi già affrontati nelle sedute precedenti. È noto che il ricorso ad una gerarchia di esposizioni preordinata implica degli svantaggi come il fatto che il paziente ad ogni gradino che supera può avere l'impressione di aver preso l'impegno con il terapeuta e con i familiari ad affrontar e superare anche i gradini successivi, e di sentirsi obbligato a fare violenza a se stesso. Il che ovviamente peggiora le cose. È noto anche che se è il paziente a decidere autonomamente le esposizioni allora la procedura è più efficace. Infine addestrandolo a riflettere sulla opportunità di accettare rischi maggiori si ottiene anche la possibilità che il paziente impari più rapidamente a gestire situazioni in cui non è presente il terapeuta.

Per sostenere il paziente durante la procedura di esposizione e di blocco delle condotte protettive, è opportuno riprendere le considerazioni che lo hanno aiutato nella accettazione durante le sedute precedenti.

Bibliografia

- Ainslie G. (1992). *Pico economics: the interaction of successive motivational states within the person*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Albucher R. C., Abelson J. L., Nesse R. M. (1998). Defense mechanism changes in successfully treated patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 155, 558-559.
- Bandura A. (1969). *Principles of behavior modification*. Holt, New York.
- Bandura A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review* 84, 191-215.
- Bandura A. (1978). The self system in reciprocal determinism. *American Psychologist* 33, 344-358.
- Bandura A. (1998). *Self-Efficacy: The exercise of control*. Freeman, San Francisco.
- Baraccia B. & Perdighe C. (2005). Efficacia dell'esposizione con prevenzione della risposta nel trattamento del Disturbo Ossessivo-Compulsivo. *Cognitivismo Clinico* 3, in questo volume.
- Beck A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press, New York.
- de Jong P.J., Haenen M., Schmidt A., Mayer B. (1998). Hypochondriasis: the role of fear-confirming reasoning. *Behaviour Research and Therapy* 36, 65-74.
- de Jong P.J., Mayer B., van den Hout M. (1997). Conditional reasoning and phobic fear: evidence for a fear-confirming pattern. *Behaviour Research and Therapy* 35, 507-516.
- Dèttore D. (2003). *Il disturbo ossessivo-compulsivo: Caratteristiche cliniche e tecniche di intervento* (seconda Edizione). McGraw-Hill, Milano.
- Ellis A. (1961). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart, New York.
- Emmelkamp P. M. G. (1994). Behavior therapy with adults. In A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed.)*. Wiley, New York.
- Emmelkamp P. M. G., & Felten M. (1985). The process of exposure in vivo: Cognitive and physiological changes during treatment of acrophobia. *Behaviour Research and Therapy* 23, 219-223.
- Foa E. B., & Franklin M. E. (2001). Obsessive-Compulsive Disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders, Third Edition: A Step-by-Step Treatment Manual*. The Guilford Press, New York.
- Foa E. B., & Kozak M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin* 99, 20-35.
- Foa E. B., Kozak M.J., Steketee G., McCarthy P. R. (1992). Treatment of depressive and obsessive-compulsive symptoms in OCD by imipramine and behaviour therapy. *British Journal of Clinical Psychology* 31, 279-292.
- Foa E. B., Steketee G. S., Grayson J. B., Turner R. M., Lattimer P. R. (1984). Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals: Immediate and long-term effects. *Behavior Therapy* 15, 450-472.
- Frisch D. (1993). Reasons for framing effects. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes* 54, 399-429.
- Gragnani A. & 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.
- Gragnani A., Baraccia B., Perdighe C., Mancini F. (2003). *L'intervento sul senso di colpa nel disturbo*

L'esposizione con prevenzione della risposta come pratica della accettazione

- ossessivo-compulsivo*. Relazione presentata al "IV Congresso Nazionale della Society for Psychotherapy Research". Milano, Novembre 2003.
- Harris J. D. (1943). Habitatory response decrement in the intact organism. *Psychological Bulletin* 40, 385-422.
- Hergenhahn B. R., & Olson M. H. (1993). *An introduction to theories of learning (4th ed.)*. Englewood Cliffs, Prentice Hall, NJ.
- Kandel, E. R. (1991). Cellular mechanisms of learning and the biological basis of individuality. In E. R. Kandel, J. H. Schwartz, T. M. Jessell (Eds.), *Principles of neural science*. Appleton and Lange, Norwalk.
- Lakatos A. & Reinecker H. (1999). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen*. Ein Therapiemanual. Hogrefe-Verlag. Tr. it. *Terapia cognitivo-comportamentale nel disturbo ossessivo-compulsivo*. Fioriti, Roma 2005.
- Levis D. J. (2002). Implosive therapy. In M. Hersen, & W. Sledge (Eds.), *Encyclopedia of Psychotherapy*, vol. 2 (pp. 1-6). Elsevier Science, New York.
- Magri T. (1991). Il dilemma delle teorie filosofiche delle emozioni. In Magri T. e Mancini F. (Eds.). *Emozione e conoscenza*. Editori Riuniti, Roma.
- Mahoney M. J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Lippincott, Cambridge, MA..
- Mancini F. (2001). Un modello cognitivo del Disturbo Ossessivo-Compulsivo. *Psicoterapia* 22-23, 43-60.
- Mancini F. e Barcaccia B. (2004). *The Importance of Acceptance in Obsessive-Compulsive Disorder*. Presentazione all'Università Ludwig-Maximilians di Monaco di Baviera, 24 giugno 2004.
- Mancini F. e Gragnani A. (2004). Gli Homework Nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo. In F. Baldini (Eds.), *Homework: un'antologia di prescrizioni terapeutiche*. Mc Graw Hill, Milano.
- Mancini, F. e Gangemi, A. (2002). Ragionamento e irrazionalità. In C. Castelfranchi, F. Mancini, M. Miceli (eds.). *Fondamenti di cognitivismo clinico*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Mancini F. (in stampa). Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo. In B. Bara (ed.), *Manuale di Psicoterapia Cognitiva (Seconda Edizione)*. Bollati Boringhieri Editore, Torino.
- Marks I. (1997). Behaviour Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: A Decade of Progress. *Canadian Journal of Psychiatry* 42, 6, 1021-1026.
- Meichenbaum D. (1974). *Cognitive behavior modification*. General Learning Press, Morristown, NJ.
- Melli G. & Déttore D. (2005). Strategie motivazionali per l'esposizione e prevenzione della risposta nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo. *Cognitivismo Clinico* 3, in questo volume.
- Miceli M. e Castelfranchi C. (1995). *Le difese della mente. Profili cognitivi*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Miller C. (2002). Flooding. In M. Hersen, & W. Sledge (Eds.), *Encyclopedia of Psychotherapy*, vol. 1 (pp. 809-813). Elsevier Science, New York.
- Mosticoni R. (1984). *La ricerca nevrotica dell'equilibrio*. Bulzoni, Roma
- Perls F. S., Hefferkine R. e Goodman P. (1971). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality (New Edition)*. Gestalt Journal Press, New York.
- Plaud J. J., & Vogelantz N. D. (1997). Back to the future: The continued relevance of behavior theory to modern behavior therapy. *Behavior Therapy* 28, 403-414.
- Rachman S. & Bichard S. (1988). The over prediction of fear. *Clinical Psychology Review* 8, 303-313.
- Rasmussen S. A. & Tsuang M. T. (1986). Clinical characteristic and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 143, 317-322.
- Romano G. & Perdighe C. (2005). Quando temo di sentirmi tutto sporco: il caso di un paziente con Disturbo Ossessivo Compulsivo e timore di contaminazione dalle proprie feci. *Cognitivismo Clinico* 3, in questo volume.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research & Therapy* 23, 571-583.
- Salkovskis P. M. (1996). The cognitive approach to anxiety: Threat beliefs, safety seeking behaviour, and

- the special case of health anxiety and obsessions. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 48-74). Guilford Press, New York.
- Salkovskis P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research & Therapy* 37, suppl 1, S29-52.
- Schwartz J. M., Stoessel P. W., Baxter L. R., Martin K. M., Phelps M. E. (1996). Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behaviour modification treatment of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry* 53, 109-113.
- Smeets G., de Jong P. J., Mayer B. (2000). If you suffer from a headache, than you have a brain tumor: domain-specific reasoning "bias" and hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy* 38, 763-776.
- Taylor S. & Rachman S. (1994). Stimulus estimation and the overprediction of fear. *British Journal of Clinical Psychology* 33, 173-181.
- Tyron W.W. (2005). Possible mechanism for why desensitization and exposure therapy work. *Clinical Psychology Review* 25, 67-95
- Van Egeren L. F. (1971). Psychophysiological aspects of systematic desensitization: Some outstanding issues. *Behaviour Research and Therapy* 9, 65-77.
- van Oppen P. & Arntz A. (1994). Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 32, 79-87.
- Weiner B. (1992) *Human motivation*. Sage, Newbury Park.
- Wells A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. A Practice manual and Conceptual Guide*. John Wiley & Sons, New York.
- Wilkins W. (1971). Desensitization: Social and cognitive factors underlying the effectiveness of Wolpe's procedure. *Psychological Bulletin* 76, 311-317.
- Wolpe J. (1995). Reciprocal inhibition: Major agent of behavioral change. In W. O'Donohue & L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change* (pp. 23-57). American Psychological Association, Washington, DC.
- Wright L. M., Holborn, S. W., Rezurek, P. E. (2002). An experimental test of stimulus estimation theory: Danger and safety with snake phobic stimuli. *Behaviour Research and Therapy* 40, 911-922.
- Yates A. J. (1975). *Theory and practice in behavior therapy*. Wiley, New York.

Indirizzo per Corrispondenza: Dr. Francesco Mancini c/o Associazione di Psicologia Cognitiva,
Via Marcantonio Colonna, 60 – 00192 Roma – Italia. E-mail: mancini@apc.it