

IL DRAMMA DI POTER AVERE UNA COLPA: RUOLO E RATIONALE DELL'ERP E DELLE TECNICHE ESPERIENZIALI NELL'ACCETTAZIONE DEL RISCHIO E NELLA RIDUZIONE DEL TIMORE DI COLPA PER IRRESPONSABILITÀ

Rosario Capo

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.

Riassunto

Nel presente articolo verrà illustrato un caso clinico di DOC. La paziente presentava compulsioni di controllo, rimuginio e ricerca di rassicurazione finalizzate ad eliminare qualsiasi dubbio di aver potuto commettere, di poter commettere e di aver potuto dare adito a qualcuno di pensare di aver commesso un'anche minima appropriazione indebita di denaro altrui (volontaria o meno). La paziente temeva, non solo la colpa in sé, vissuta con estremo timore e drammaticità (elevata emotività espressa), ma anche la possibile conseguente critica altrui e il rigetto da parte delle persone care (ostracismo sociale). Per questo motivo i rituali non consistevano soltanto in attività preventive o di verifica dell'eventuale colpa già avvenuta, ma anche in pressanti richieste di rassicurazione da parte delle persone care (*"Non ti devo nulla vero?"*) e in comportamenti di riparazione ed espiazione (*"Nel dubbio voglio darti dei soldi. Prendili, ti prego!"*).

Verrà illuminato il ruolo centrale, all'interno della strategia clinica elaborata per il trattamento di questa paziente, dell'Esposizione con Prevenzione della Risposta (E/RP), finalizzata soprattutto ad indurre la paziente a rassegnarsi a correre il rischio temuto e a farle accettare l'eventualità di commettere in futuro una colpa per irresponsabilità. Inoltre, verrà mostrata anche l'importanza e il razionale del lavoro immaginativo (*Imagery With Rescripting*) condotto con la paziente sulle scene traumatiche infantili all'origine del suo drammatico timore di colpa (riduzione della vulnerabilità al DOC).

Parole chiave: *Disturbo ossessivo-compulsivo - Esposizione/Prevenzione della Risposta (E/RP) - Timore di colpa per irresponsabilità - Accettazione della minaccia - Imagery With Rescripting*

THE TRAGEDY THAT ONE MIGHT BE GUILTY: THE ROLE AND THE RATIONALE OF E/RP AND OF THE EXPERIENTIAL TECHNIQUES IN ACCEPTING RISK AND IN REDUCING FEAR OF GUILT DUE TO IRRESPONSIBILITY

Summary

In this article a clinical case of a patient affected by OCD will be illustrated. She presented checking compulsions, ruminations and search for reassurances aimed at eliminating any doubt of having committed, or being able of committing, or having given rise to anyone thinking her capable of having embezzled even a fiddling amount of money (intentionally or not). She not only dreaded guilt in itself, which she lived fearfully and dramatically (high expressed emotivity), but also the possible subsequent other people's critic and the rejection of the dear ones (social ostracism). For this reason rituals not only consisted of preventive measures or checking activities of a possible fault already committed, but were also composed of pressing

requests of reassurance from the dear ones (*I don't owe you anything, do I?*) and of reparation and expiation (*"Things being uncertain, I want to give you some money. Please, do take it!"*).

The pivotal role of Exposure with Response Prevention (E/RP), within the clinical strategy elaborated in order to treat this patient, will be shown. E/RP was mostly aimed at inducing the patient to bring herself to run the feared risk and at making her accept the possibility at a future time of committing guilt due to irresponsibility. Moreover the importance and the rationale of imaginative work (*Imagery With Rescripting*) will be illustrated; this part has been conducted regarding the traumatic childhood scenes, where her dramatic fear of guilt stemmed from (reduction of vulnerability to OCD).

Key Words: *Obsessive-compulsive disorder - Exposure/Response Prevention (E/RP) - Fear of guilt at having acted irresponsibly - Acceptance of threat - Imagery With Rescripting*

Dati relativi al paziente

Dati anagrafici e condizioni attuali di vita

La paziente è una donna di 44 anni di nome Anna, ex assistente sociale attualmente senza lavoro, dal momento che è stata costretta a lasciarlo in seguito all'esordio della sintomatologia. Anna ha una figlia di 18 anni che vive insieme a lei e al suo partner, che però non è il padre della figlia. La paziente, infatti, ha divorziato circa cinque anni.

Invio e contesto della terapia

La paziente giunge all'attenzione della nostra equipe (Unità Operativa il Trattamento dei Disturbi d'Ansia e dell'Umore e per la Ricerca Clinica della Scuola di Psicoterapia Cognitiva [SPC] di Roma) in seguito ad alcuni tentativi di cura infruttuosi. Vista l'intensità e la frequenza della sintomatologia ossessiva e il livello di esasperazione della paziente, a causa della drammaticità e della lunga presenza del disturbo, concordiamo insieme allo psichiatra per un trattamento intensivo. Più specificamente, decidiamo di iniziare la terapia con due sessioni settimanali di un'ora e trenta ciascuna.

Assessment

Colloquio clinico: risultati principali

Descrizione della sintomatologia

La paziente presentava intense, frequenti e persistenti preoccupazioni di poter essere riconosciuta colpevole di una sottrazione di denaro altrui (volontaria o meno). In particolare, Anna non solo temeva la colpa in sé ma soprattutto la conseguenza di questa eventualità, consistente nell'essere disprezzata rabbiosamente ed ostracizzata dalle persone eventualmente danneggiate (in particolare i propri cari). La paziente era assillata da dubbi ossessivi di aver potuto compiere (sia nel recente passato che in quello più remoto), senza ricordarlo, dei furti (anche involontari) per i quali temeva di poter essere accusata. Per gestire tale minaccia, vissuta con estrema drammaticità (elevata emotività espressa), la paziente ricorreva spasmodicamente a ruminazioni, richieste di rassicurazioni e controlli del proprio comportamento e dei quantitativi

Il dramma di poter avere una colpa

di denaro in proprio possesso, oltre che della sua provenienza. Inoltre, quando la paziente, nonostante i rituali di rassicurazione, non era in grado di risolvere il dubbio, propendeva per una valutazione colpevolista nei confronti di se stessa e ingaggiava in attività di riparazione ed espiazione della colpa presunta (anche per evitarne le conseguenze, ossia, il disprezzo rabbioso) offrendo dei soldi alle persone alle quali temeva di aver sottratto del denaro o chiedendo loro scusa più e più volte.

Triggers (grilletti)

Le situazioni che con maggiore probabilità erano in grado di innescare il dubbio ossessivo e la conseguente attività compulsiva erano le seguenti:

- a) rimanere sola in una stanza in prossimità di denaro e/o di portamonete altrui
- b) maneggiare soldi altrui
- c) essere in prossimità di una cassa all'interno di un'attività commerciale
- d) non ricordare con chiarezza la provenienza del denaro in suo possesso (anche pochi spiccioli)
- e) ricordare o sentir parlare di furti e sparizione di denaro (o preziosi) avvenuti a danno di conoscenti, amici o parenti, per i quali non era stato rintracciato il colpevole
- f) ricordare episodi di transazioni in denaro con parenti o amici e non avere un ricordo nitido degli eventi, ecc.

Esordio e storia del problema

L'esordio della sintomatologia risale a tre anni fa in seguito ad un particolare evento critico. Anna al tempo era in società con un'amica nella gestione di un'attività commerciale. Le due si alternavano nella gestione del negozio. Una sera, mentre facevano i conti delle entrate e delle spese insieme all'amica e al marito di quest'ultima, vennero evidenziate diverse lacune di denaro nei conteggi. Nell'impossibilità di far quadrare i conti l'amica di Anna si rivolge a lei con fare aggressivo dicendo: "Ma non li avrai presi tu?". Effettivamente la paziente ricorda di aver più volte fatto la "cresta" sui soldi incassati, senza dare molto peso al quantitativo di denaro sottratto.

Di fronte all'accusa dell'amica Anna viene presa da intensa colpa, vergogna ed ansia ma, sul momento, nega di aver effettivamente trattenuto lei quel denaro. Tornando a casa è estremamente spaventata dall'eventualità di essere sconfessata e per questo disprezzata e allontanata. Tenta di ricordare ansiosamente quanti soldi avesse sottratto e se tale cifra corrispondesse effettivamente alla cifra individuata come mancante dal marito dell'amica.

A quel punto, più tentava di risolvere il dubbio attraverso ruminazioni sul passato e più si confondeva in offuscati ricordi. Inoltre, essendo in uno stato mentale di elevato timore di colpa e di intensa preoccupazione per le sue (della colpa) conseguenze (disprezzo e ostracismo sociale), tendeva a focalizzare le ipotesi peggiori e a ritenere di essere effettivamente colpevole (controllo ingenuo delle ipotesi di colpevolezza ed *affect as information mechanism*). In questo stato di intensa ansia e confusione, inoltre, iniziano ad affiorare nella sua mente altri episodi passati (recupero mnestico selettivo) nei quali non era certa di essere o meno colpevole di qualche sottrazione indebita di denaro altrui. Nell'affollamento progressivo di dubbi e ansia, Anna inizia ad ingaggiare in condotte di rassicurazione francamente ossessive (che verranno descritte accuratamente nello schema del disturbo): telefona continuamente all'amica per scusarsi e chiedendole ripetutamente quanti fossero i soldi mancanti, dal momento che non era più sicura di ricordarlo bene; esegue intense ruminazioni mentali sempre più confondenti; chiede rassicurazioni al marito sull'evento in corso e su altre situazioni passate; vuole a tutti i costi dare dei soldi all'amica e ad altre persone verso le quali ha il dubbio di avere qualche debito/

colpa, al fine di evitare di essere improvvisamente scoperta colpevole e per questo disprezzata; ecc.

Nell'impossibilità di risolvere tutti questi dubbi Anna viene presa da intenso sconforto e si auto-accusa pesantemente per aver effettivamente preso dei soldi dalla cassa: "Se non l'avessi fatto ora non starei male... è colpa mia!".

Da questo primo evento critico la sintomatologia è rimasta pressoché costante con episodiche impennate molto drammatiche, a causa delle quali ha dovuto lasciare il lavoro, è stata due volte ricoverata in clinica psichiatrica e ha perso alcuni degli amici più cari, esasperati e spaventati dai comportamenti "bizzarri" di Anna.

Intensità della sofferenza e compromissioni dovute al disturbo

La sintomatologia della paziente appariva intensa, frequente e persistente. Se inizialmente era presa da dubbi e da sofferenza di lunga durata, al momento dell'arrivo presso il nostro centro, però, la frequenza dei *rush* ossessivi più intensi (come quello descritto in precedenza) era scesa a circa due alla settimana. Tale risultato era stato raggiunto, però, non certo grazie a cambiamenti nel funzionamento mentale della paziente, ma in virtù degli intensi evitamenti da lei costantemente adottati al fine di prevenire la possibilità di trovarsi in condizioni capaci di attivare le preoccupazioni ossessive.

A causa di questi evitamenti e della sintomatologia descritta in precedenza, Anna aveva subito profonde compromissioni nella qualità della vita e nel funzionamento generale, quali: perdita del lavoro, colpa per la sofferenza e l'exasperazione inflitte ai familiari (in particolare la figlia), interruzione di alcune importanti relazioni amicali, ridotta vita sociale ecc.

Terapie precedenti

Prima di afferire al nostro centro la paziente aveva già tentato due terapie psicoterapiche a orientamento psicoanalitico, presso un Centro di Salute Mentale del comune di provenienza. Nell'exasperazione per l'impossibilità di eliminare il problema, la paziente si era anche rivolta, su consiglio di un amico, ad una "setta" (*Scientology*), ottenendo un prevedibile nulla di fatto e un conseguente aumento dell'exasperazione per l'apparente conferma del timore di non poter più guarire dal suo problema ossessivo.

Anamnesi: dati principali in relazione con la patogenesi e l'esordio del problema

Qui di seguito verranno presentate solo alcune delle esperienze di vita riferite dalla paziente che hanno ragionevolmente avuto il significato di eventi stabilizzanti della sua vulnerabilità al DOC.

ESPERIENZA (episodica o continuativa)	CONSEGUENZA
a) Madre severa, colpevolizzante e sprezzante nelle critiche	- Sensibilità alle critiche e al disprezzo rabbioso e impressione di poter essere facilmente oggetto di tali atteggiamenti da parte degli altri - Impressioni di non essere ben voluta ed accettata → <i>attenzione selettiva e vulnerabilità a questa eventualità</i>

Il dramma di poter avere una colpa

- b) Nonna materna severa, estremamente critica ed episodicamente violenta (es. la picchiava con gli arbusti utilizzati per legare le viti)
- Sensibilità alle critiche e al disprezzo rabbioso e impressione di poter essere facilmente oggetto di tali atteggiamenti da parte degli altri
 - Aspettativa di non essere ben voluta ed accettata → *attenzione selettiva e vulnerabilità a questa eventualità*
- c) Frequenti liti drammatiche tra i genitori (elevata emotività espressa). Ricorda, ad esempio, un episodio di quando aveva 5 o 6 anni nel quale il padre, stanco delle critiche della moglie e del protrarsi delle discussioni, mette la testa sul tagliere, prende un coltello ed urla: “*Tagliami il collo allora!*”. Anna ricorda di essersi molto spaventata.
- Timore per le reazioni drammatiche ed estreme delle altre persone → *se ne spaventa molto e ritiene probabile poter essere oggetto di aggressioni e disprezzo*
- d) Fin da molto piccola viene spesso affidata dai genitori ad altre persone perché se ne prendano cura (nonna, nido, amici, suore, ecc.)
- Aspettativa di non essere ben voluta ed accettata → *attenzione selettiva e vulnerabilità a questa eventualità*
 - Pensava di aver fatto qualcosa di male a motivo di questi allontanamenti
- e) All’asilo dalle suore episodicamente è oggetto di accuse moralizzanti (effettuate davanti a tutta la classe) per sue mancanze e per lievi colpe. Ad esempio, Anna ricorda di una volta in cui prese dei giochi da uno scaffale e la suora se ne accorse. A quel punto le fece una ramanzina davanti a tutta la classe, dicendo: “*E no, queste cose non si fanno: si guarda ma non si tocca!*”
- Sensibilità alle critiche e al disprezzo rabbioso e impressione di poter essere facilmente oggetto di tali atteggiamenti da parte degli altri
 - Timore di essere pubblicamente accusata
- f) Episodio “traumatico” infantile (circa 5 anni). La nonna la sveglia di notte e la fa scendere dal letto mostrandole delle orme rosse a terra come di piedini di bambino. Poi le dice: “*Hai visto, ti sei comportata male e hai fatto sanguinare Gesù bambino*”. Poi le intima di non dire nulla a nessuno perché questo sarebbe motivo di vergogna. Anna rimane immobile e non riesce neanche a chiedere alla nonna cosa avesse effettivamente combinato. Attualmente ancora non lo ricorda. Non parla dell’accaduto con nessuno fino all’età di circa 40 anni.
- Imppressione di aver fatto qualcosa di terribile e di non ricordarlo
 - Imppressione di essere colpevole e disprezzabile
 - Sensibilità alle critiche e al disprezzo rabbioso e impressione di poter essere facilmente oggetto di tali atteggiamenti da parte degli altri
- g) All’età di circa undici anni la mamma la trova sul letto con il cugino mentre giocavano e le dice: “*Zozzi che fate? Scendete subito da lì*”.
- Imppressione di essere colpevole e disprezzabile
 - Sensibilità alle critiche e al disprezzo rabbioso e impressione di poter essere facilmente oggetto di tali atteggiamenti da parte degli altri
- h) Dall’età di circa dodici anni sottraeva dei soldi dal borsellino della madre per comprare dei foto-romanzi rosa. Viene scoperta ed accusata duramente sia per il furto che per il contenuto “sconveniente” dei giornali
- Sensibilità alle critiche e al disprezzo rabbioso e impressione di poter essere facilmente oggetto di tali atteggiamenti da parte degli altri
 - Imppressione di essere colpevole e disprezzabile

Rosario Capo

- i) Viene maltrattata anche fisicamente dal marito ma non reagisce pensando di meritarlo e che fosse una cosa normale – Aspettativa di poter essere facilmente oggetto di disprezzo da parte degli altri → *come fosse un destino*
 - j) Subito dopo sposata rimane incinta e il marito la induce ad abortire anche se lei non voleva – Impressione di essere colpevole e disprezzabile per aver commesso una colpa tremenda (“un omicidio”)
 - k) Quando la figlia aveva circa 4 anni lei lavora per un periodo in una rosticceria e porta sempre con sé la figlia. In un momento di distrazione la bambina infila il dito in una macchina elettrica per grattugiare il formaggio e si taglia di netto una falangetta del dito indice. – Impressione di essere colpevole e disprezzabile per aver commesso una colpa tremenda
– Timore di colpa per irresponsabilità
-

Test obiettivi e scale di misura specifiche

Ho sottoposto la paziente ad una batteria di test e scale specifiche. Al fine di: (a) avere dati più obiettivi sul disturbo della paziente al fine di valutare in tempi brevi la correttezza dell'ipotesi diagnostica ed escludere comorbidità e altri eventuali problemi non affiorati nell'intervista clinica; (b) ottenere una misurazione quantitativa del numero, della frequenza e dell'intensità della sintomatologia così da rendere visibile a me e al paziente i miglioramenti conseguenti alle manovre cliniche. I test utilizzati sono stati: MMPI-2, SCL-90, OBQ-R, Padua Inventory, STAI -Y, Y-BOCS.

Schede e diari

La paziente non era in grado di compilare autonomamente dei *report* relativi a quanto pensato e provato negli episodi critici quotidiani. Quando era presa da una preoccupazione ossessiva, infatti, non riusciva a darsi il tempo di ragionare ma era subito presa dall'impulso di attuare i rituali di rassicurazione e ruminazione. Per questo motivo, abbiamo dovuto eseguire delle ricostruzioni a posteriori o “in presa diretta” (durante esperimenti di esposizione in studio) dei processi mentali implicati nei *rush* ossessivi.

Inquadramento diagnostico

La paziente incontra tutti e quattro i criteri del DSM-IV (A, B, C, D) per la diagnosi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo.

Concettualizzazione e organizzazione del problema

Da quanto detto finora, si evince che a causa dell'elevato timore di colpa (Mancini 2001) caratterizzante la storia di vita della paziente e in seguito ad un particolare evento precipitante che

lo ha profondamente e improvvisamente esasperato, Anna ha iniziato ad essere ossessionata dal timore di poter essere ritenuta colpevole (a ragione o per errore) di aver sottratto dei soldi a qualcuno, nel passato recente o remoto. Come conseguenza di tale eventualità la paziente anticipava scenari drammatici consistenti nell'essere criticata con estremo disprezzo rabbioso dalle persone care e da queste essere ostracizzata.

All'esposizione ad uno dei *trigger* precedentemente indicati, Anna era presa da un'ansia estrema (con elevata emotività espressa) e da una forte "confusione" (conseguente al picco di adrenalina), sulla scia delle drammatiche rappresentazioni che le affioravano alla mente. Al conseguente innalzamento del timore di colpa e dell'ansia associata, la paziente mostrava un'evidente diminuzione della fiducia nella propria memoria, come tipicamente osservato in molti pazienti ossessivi (Radomsky e Rachman 1999, Radomsky et al. 2001, van den Hout e Kindt 2002). Ciò avveniva per varie ragioni: (a) l'ansia connessa con il timore di colpa interferiva con la memorizzazione; (b) l'attenzione della paziente era catturata soprattutto dalla minaccia anticipata e dalla propria reazione alla minaccia; (c) gli standard di nitidezza del ricordo, necessari a far sentire sicura Anna di quanto effettivamente avvenuto, si elevavano sempre di più sotto l'effetto dell'estremo timore di colpa; (c) la ripetizione dei controlli interferiva con la memorizzazione dei risultati di tali attività: da un singolo scenario, chiaramente rappresentato in memoria, si passava infatti a un groviglio indistinguibile di ricordi prodotti dalle lunghissime ruminazioni sui gesti compiuti. Inoltre, più la paziente era insicura del ricordo, più tentava di acquisire certezza reiterando le ruminazioni (chiudendo nuovamente il circolo vizioso) e, di conseguenza, tendeva a focalizzare maggiormente le ipotesi più negative e, sulla scia di meccanismi di *affect as information*, tendeva anche a pensare di essere colpevole nel dubbio di poterlo essere.

Più specificamente, come si può vedere dal diagramma che segue (*Diagramma 1*), il dubbio ossessivo di aver potuto sottrarre del denaro altrui innescava in Anna un fortissimo timore di colpa come anche delle conseguenze che avrebbero potuto seguire tale condizione (Prima Valutazione).

Nel dubbio, inoltre, la paziente tendeva a propendere la prospettiva più negativa dal momento che il suo intenso timore di colpa influenzava il ragionamento in senso colpevolista (*"Nel dubbio voglio darti dei soldi. Prendili, ti prego!"*). Questa prima valutazione, inoltre, rendeva la paziente intollerante nei confronti del dubbio stesso (non dubbi in genere ma quelli connessi con il timore di colpa per irresponsabilità) dando adito ad una serie prolungata di attività compulsive finalizzate ad eliminare l'incertezza rispetto all'aver compiuto o meno un furto (Tentativi di Soluzione 1). Dati gli irraggiungibili standard di certezza ai quali la paziente aspirava in virtù del suo profondo timore di essere colpevole, Anna non era mai in grado di escludere fino in fondo tutte le possibili eventualità da lei immaginate, seppur estremamente improbabili, di aver sottratto indebitamente del denaro altrui (Es. *"Potrei essere sonnambula e non saperlo?"*; *"Potrei averlo fatto senza ricordarlo?"*, ecc.).

Quindi, se anche i tentativi di soluzione ottenevano un iniziale alleviamento dell'ansia (rinforzo negativo dell'attività compulsiva), conducevano successivamente ad un incremento del dubbio stesso (chiusura del circolo vizioso). Il ripetere spasmodico delle ruminazioni su quanto accaduto, infatti, rendeva il ricordo sempre meno nitido e, quindi, soggettivamente meno affidabile. Inoltre, il picco di adrenalina che accompagnava l'ansia molto elevata sperimentata dalla paziente, produceva alcuni sintomi cognitivi, ad esempio confusione e stordimento, che a loro volta aumentavano l'incertezza circa la propria memoria. Oltre a ciò, Anna attuava affannose e drammatiche richieste di rassicurazioni da parte delle altre persone coinvolte oppure, nell'incertezza, cercava di togliersi dalla condizione di dubbio, colpa e ansia, auto-accusandosi e offrendo dei soldi alle persone alle quali temeva di aver sottratto del denaro, al fine di espiare e riparare. Altre volte chiedeva loro di scrivere delle dichiarazioni firmate nelle quali gli interlocutori garan-

tivano sull'assenza di colpa da parte della paziente (*"Io sottoscritto... dichiaro che Anna non mi deve alcuna somma di denaro..."*). Col protrarsi di tali attività, gli amici e i familiari della paziente si esasperavano e si spaventavano per l'intensa emotività espressa da Anna e per la bizzarria delle sue paure e dei suoi comportamenti. Anna, a questo punto, si accorgeva di essere trattata con estrema prudenza come se fosse una "pazza pericolosa". In seguito a tale atteggiamento altrui la paziente dubitava di quanto da loro dichiarato e quindi il suo dubbio veniva progressivamente incrementato (*"Potrebbero mentire per rassicurarmi"*).

Un altro circolo vizioso era alimentato dalle critiche dei familiari e degli amici che, attraverso tali comportamenti, rinforzavano involontariamente l'assunzione della paziente di essere disprezzabile e, quindi, la sua intollerabilità per il dubbio di poter avere una colpa (esasperazione della prima valutazione). Ai tentativi di soluzione, inoltre, seguivano (come di solito accade negli ossessivi) valutazioni critiche della paziente nei confronti della propria attività compulsiva e delle proprie paure (Seconda Valutazione). L'iniziale alleviamento dell'ansia che seguiva le prime compulsioni, infatti, facilitava il ragionamento a mente fredda (senza l'effetto dei *bias* attivati dall'ansia). A questo punto Anna considerava con maggiore lucidità il costo dell'attività ossessiva per se stessa e per i propri cari, sentendosi molto in colpa e criticandosi aspramente. Le auto-accuse incrementavano ancora una volta la sua sensibilità nei confronti della possibilità di essere colpevole e, di conseguenza, l'intollerabilità per il dubbio di aver potuto commettere un furto.

Tale condizione, insieme all'esasperazione e all'abbattimento che seguivano la constatazione che il dubbio fosse ineliminabile nonostante gli sforzi reiterati, tendevano a rendere ancora più probabile il ricorso ai rituali e agli evitamenti, questa volta utilizzati soprattutto nel tentativo di contenere la sofferenza e per liberarsi dall'affollamento mentale di dubbi minacciosi (Tentativi di Soluzione 2). Anna, infatti, per togliersi il prima possibile dalla condizione di dubbio e di drammatico timore di colpa, che faceva soffrire così intensamente sia lei che i familiari, attuava rituali di ruminazione e di controllo *ancora più di prima*. Inoltre, la determinazione a prevenire nuovi dubbi e nuovi episodi di ansia la portava ad evitare la maggior parte delle attività sociali e, soprattutto, quelle dove avrebbe dovuto avere a che fare col denaro.

L'evitamento, a sua volta, chiudeva ulteriori circoli viziosi, non permettendo alla paziente di esporsi al rischio temuto e di apprendere a tollerare tali paure (riduzione dell'ansia) oltre che constatarne la sopportabilità.

Inoltre, così facendo, Anna non aveva neanche l'occasione di verificare che la probabilità da lei attribuita alla catena causale: COLPA → ESSERE SCOPERTA COLPEVOLE → DISPREZZO RABBIOSO E OSTRACISMO SOCIALE, non era effettivamente così probabile come lei credeva.

La determinazione ad evitare nuovi dubbi e nuove possibili colpe, in ultimo, metteva la paziente in un costante stato di allerta (attenzione selettiva e recupero mnestico selettivo) che produceva un estremo affollamento mentale di scenari e stimoli ansiogeni.

Trattamento

Obiettivi

Obiettivi condivisi

- a) Comprendere la possibile origine del problema e la spiegazione dei sintomi e del loro mantenimento
- b) Essere in grado di stare nelle vicinanze e di maneggiare soldi altrui da sola o in presenza di altre persone

Il dramma di poter avere una colpa

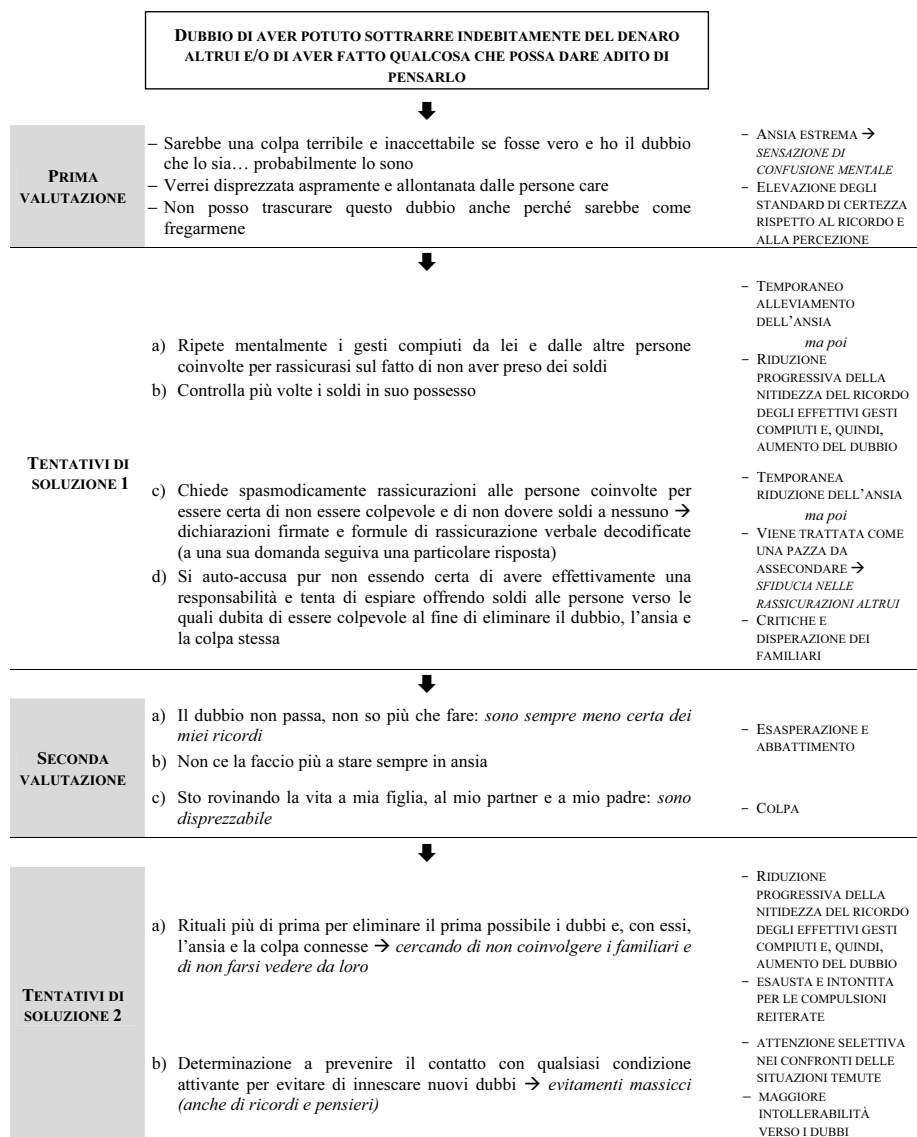


Diagramma 1. Schematizzazione dei fattori cognitivi e comportamentali che elicitavano e mantenevano la sintomatologia della paziente (modello tratto da Mancini 2001)

- c) Ridurre la frequenza delle intrusioni (dubbi sull'aver compiuto o meno dei furti) e l'intensità dell'ansia associata
- d) Eliminare progressivamente i comportamenti compulsivi: richieste di rassicurazioni, condotte di espiazione, annotazione dei comportamenti compiuti, ruminazioni.
- e) Reintrodurre i comportamenti attualmente evitati: uscire con amici, recarsi in luoghi pubblici e presso attività commerciali maneggiando dei soldi, maneggiare portamonete e soldi altrui.
- f) Essere in grado di tornare a lavorare
- g) Ridurre la probabilità di ricadute a trattamento concluso.

Obiettivi impliciti: credenze e processi cognitivi target

- a) Ridurre l'egodistonia e l'auto-critica per la presenza del disturbo
- b) Eliminare la conflittualità che sussiste nella mente della paziente tra due stati mentali incompatibili: (a) il dovere di prevenire la colpa temuta tramite i rituali (*Prima Valutazione*) e (b) l'assunzione che sarebbe opportuno e doveroso contrastare tali attività compulsive, date le conseguenze sulla propria ed altrui (es. la figlia) esistenza (*Seconda Valutazione*)
- c) Interrompere gli automatismi: TRIGGERS → RAPPRESENTAZIONE MINACCIOSA → ANSIA E COMPULSIONI
- d) Motivare la paziente ad esporsi e ad accettare almeno in parte il rischio temuto (essere colpevole di un'appropriazione indebita di denaro e, per questo, essere disprezzata rabbiosamente dalle persone significative)
- e) Interrompere i circoli viziosi:
 - DUBBIO → PRIMA VALUTAZIONE + ANSIA → RITUALI → PERDITA NITIDEZZA DEI RICORDI → DUBBIO
 - DUBBIO → PRIMA VALUTAZIONE + ANSIA → RITUALI DI RASSICURAZIONE → SBIGOTTIMENTO E PRUDENZIALITÀ ALTRUI → SFIDUCIA NELLE RASSICURAZIONI ALTRUI → DUBBIO
 - DUBBIO → PRIMA VALUTAZIONE (TIMORE DI COLPA) → ELEVAZIONE DEGLI STANDARD DI CERTEZZA → INTOLLERABILITÀ PER IL DUBBIO (NEL DOMINIO PROBLEMATICO IN OGGETTO) → RITUALI → SOFFERENZA ALTRUI → AUTOCRITICA → MAGGIORE TIMORE DI COLPA → MAGGIORE INTOLLERABILITÀ PER IL DUBBIO
- f) Eliminare il ricorso ai rituali per lenire l'ansia sperimentata per lo più cronicamente e per contenere la colpa di causare sofferenza ai familiari (*Tentativi di Soluzione 2*)
- g) Ridimensionare il timore di colpa per irresponsabilità al fine di ridurre la probabilità che tale stato mentale, vissuto drammaticamente, attivi i *biases* (sovrastima della minaccia e della sua probabilità; attenzione e memoria selettive; processo ingenuo di controllo delle ipotesi; ragionamento emozionale; sfiducia nella propria memoria) e i comportamenti a circolo vizioso (ruminazioni e controlli reiterati; rituali più di prima; ecc.) e per aumentare l'accettazione di possibili colpe future (riduzione della vulnerabilità al DOC).

Fasi del trattamento e procedure cliniche impiegate

Fase 1: Ricostruzione del modello cognitivo del disturbo e condivisione

In questa fase la paziente è stata aiutata a ricostruire una descrizione accurata del profilo interno del suo disturbo (stati mentali, processi cognitivi, meccanismi a circolo vizioso) attraverso l'analisi di alcuni episodi critici recenti nei quali si era innescato il problema ossessivo. Inizialmente è stato molto difficile indagare i significati che la paziente attribuiva a certi eventi come anche le implicazioni catastrofiche anticipate (colpe e loro conseguenze temute). Anna riferiva solo di un grande affollamento di dubbi e timori rispetto ad eventi del recente e remoto passato

Il dramma di poter avere una colpa

rispetto ai quali dubitava di poter avere delle colpe consistenti nell'aver sottratto denaro altrui ed era in un costante stato di minaccia e allerta. Anche in seduta, inoltre, se veniva presa da un dubbio e in preda all'intensa ansia associata, ingaggiava immediatamente in ruminazioni mentali. Queste ultime erano regolate non tanto da una anticipazione esplicita di una qualche minaccia connessa al dubbio stesso (non era chiara la prima valutazione), ma dal semplice impulso a mettere in atto i rituali per liberarsi dal dubbio e dall'ansia ad asso associata e stare quindi meglio il prima possibile.

Inoltre, la paziente era costantemente angosciata ed esasperata per la presenza del disturbo e per le colpe che si attribuiva per esserselo causato (*"Se non avessi rubato quei soldi non sarebbe successo!"*) e per le conseguenze che questo aveva sui familiari oltre che nella propria esistenza. In altre parole, Anna era focalizzata quasi esclusivamente sulla seconda valutazione e non era immediatamente possibile rintracciare la prima valutazione e discuterla apertamente. La paziente, appena presa da un dubbio e dall'ansia, quindi, eseguiva strenuamente le ruminazioni e si disperava per la propria situazione con pianti e lamentele drammatiche.

Solo dopo alcuni incontri e l'aver adottato un atteggiamento di maggiore fermezza e direttività è stato possibile ricostruire il profilo cognitivo del disturbo. A questo punto ho mostrato alla paziente l'azione del timore di colpa, dei *biases* e dei circoli viziosi nell'elicitazione e nel mantenimento dell'ansia e della sintomatologia ossessiva (dubbio intrusivo e condotte compulsive). Tale procedura ha permesso ad Anna di recuperare il senso del suo disturbo inquadrandolo in un tema di eccessivo timore di avere una colpa oltre che delle sue conseguenze. In questo modo la paziente si è sentita meno in colpa per le proprie condotte "bizzarre", comprendendo che la sua attività compulsiva era motivata da scopi morali. Inoltre, tramite questa manovra, si è ridotta la focalizzazione sul rammarico e l'autocritica per il furto effettivamente attuato e che lei riteneva costituisse la causa del proprio star male. Anna ha infatti assunto che quell'evento critico è stato solo una miccia che ha innescato una vulnerabilità già latente (timore di colpa) che poteva essere attivata in egual modo da altri eventi accidentali. La riduzione della percezione di essere colpevole ha quindi alleviato lo stato generale di esasperazione e sofferenza della paziente, permettendo di discutere con maggiore tranquillità e lucidità del problema da affrontare e delle procedure cliniche necessarie.

In ultimo, percepire di essere stata correttamente compresa dal terapeuta e aver capito il razionale dell'intervento, hanno facilitato la costruzione della relazione terapeutica e la partecipazione attiva di Anna al trattamento.

Lo schema del disturbo è stato poi fornito alla paziente al fine di farla esercitare a riconoscere la sequenza tipica degli eventi in ulteriori episodi critici di natura ossessiva. In questo modo Anna ha iniziato a darsi il tempo di pensare prima di agire immediatamente le compulsioni che la conducevano solitamente ad impantanarsi nella seconda valutazione e nel senso di colpa e di esasperazione associati.

Con l'uso dello schema, in ultimo, ho fatto notare alla paziente l'inutilità e la palese controproduttività dei rituali che, piuttosto che rassicurarla stabilmente, la confondevano progressivamente sempre di più.

Fase 2: Interventi motivazionali per introdurre l'ERP

L'aver mostrato alla paziente il funzionamento del proprio disturbo non era sufficiente a motivarla a sospendere i rituali e a rischiare di esporsi agli eventi temuti con maggiore rassegnazione al rischio. Perché questo si realizzasse era necessario, in primo luogo, eliminare la conflittualità tra la prima e la seconda valutazione e, in seguito, ridurre l'ansia provata di fronte ai

trigger attraverso gli interventi di esposizione e di contrasto dei *bias* (in particolare: l'iper-valutazione della probabilità e della gravità del danno temuto, l'*affect as information* e il controllo ingenuo delle ipotesi di pericolo).

In questa fase, quindi, al fine di indurre la paziente ad eseguire le procedure di esposizione graduale, tollerando l'ansia conseguente, e di sospendere nel contempo i rituali (almeno in seduta) le è stato proposto di esaminare più volte, non esclusivamente i costi di omissione conseguenti all'evitare di eseguire i controlli e le ruminazioni, come lei era portata a fare, ma anche i costi di commissione, consistenti nel "prezzo da pagare" (in particolare la sofferenza procurata alla figlia e l'impossibilità di vivere una vita normale) per il protrarsi di tali attività compulsive finalizzate ad evitare il rischio temuto. Successivamente è stato proposto ad Anna di attuare un confronto e un bilancio tra i vantaggi e gli svantaggi di cercare a tutti i costi di evitare il rischio temuto tramite le compulsioni. Per facilitare tale procedura, i vantaggi e gli svantaggi sono stati posti in un unico foglio in due colonne affiancate, così da favorire un confronto nello stesso momento al fine di contrastare il meccanismo cognitivo della focalizzazione esclusiva solo sugli uni o solo sugli altri, che tipicamente si verifica quando il soggetto è distante ("mente fredda") o in prossimità dell'evento temuto ("mente calda").

Tramite questo diagramma e attraverso l'uso dello schema del disturbo ho poi indicato alla paziente la presenza del conflitto *akratico* da risolvere, consistente nel perseguire due fini incompatibili: quelli della prima valutazione e quelli della seconda. In questo modo ho anche sottolineato ad Anna l'inevitabilità di accettare almeno in parte il rischio di essere accusata e disprezzata, se voleva vivere normalmente oltre che per perseguire altri scopi di uguale o superiore valore, come ad esempio il benessere della figlia. Inoltre, mostrare che la paziente stava perseguendo uno scopo impossibile ha ottenuto un altro importante vantaggio, consistente nel farle focalizzare il fatto che se non aveva il potere di evitare sicuramente il danno temuto (colpevolizzazione e disprezzo) non ne aveva neanche il dovere, infatti, "*nemo ad impossibilia tenetur*". In questo modo ho tentato di ridimensionare il timore di colpa per irresponsabilità al fine di facilitare la decisione di esporsi al rischio e di sospendere i rituali.

Lo schema dei vantaggi e degli svantaggi dell'attività compulsiva è stato fornito alla paziente al fine di utilizzarlo in vivo negli episodi critici successivi, con l'intento di indurla a ragionare e a scegliere prima di passare immediatamente all'esecuzione dei rituali. In particolare le chiesi di scegliere di volta in volta se fare o meno i rituali in base a quegli elementi della lista che in un dato momento le sembravano più impellenti. Più specificamente, al fine di eliminare il conflitto tra la prima valutazione e la seconda, è stato chiesto alla paziente di scegliere con "onestà intellettuale" (facendo leva sul piano morale), ogni volta che veniva presa da un dubbio ossessivo e da forte ansia, se attuare o meno le ruminazioni, i controlli e le richieste di rassicurazioni, in base al fatto che le premeva di più in quel dato momento di perseguire gli scopi della prima valutazione o quelli della seconda. In questo modo si è anche potuto evitare l'intensa autocritica che seguiva l'attuazione dei rituali, passando dalla percezione di aver attuato un cedimento colpevole e sconsiderato (visti gli effetti sui familiari e su se stessa) a quella di aver assunto una decisione motivata da scopi considerati sul momento più impellenti.

L'utilizzo dello schema e dei vantaggi e svantaggi ha permesso, inoltre, di impegnare la paziente in un ragionamento in grado di defocalizzare la sua attenzione esclusivamente sulla minaccia da evitare. In questo modo ho potuto far notare ad Anna che la percezione di gravità e imminenza del danno (critica sprezzante da parte degli altri per una sua eventuale colpa) era grandemente influenzata da meccanismi mentali connessi al forte timore di colpa e alla focalizzazione dell'attenzione influenzata dalla forte ansia. In questo modo, la paziente ha toccato con mano l'opportunità di non cedere immediatamente gli impulsi ossessivi considerati inizialmente attendibili, necessari ed ineludibili.

Il dramma di poter avere una colpa

Oltre all'uso dello schema del disturbo e del bilancio vantaggi-svantaggi la paziente è stata indotta a considerare l'opportunità di esporsi al rischio, intervenendo sul timore di colpa (prima valutazione). Più specificamente, tramite la tecnica della torta delle responsabilità la paziente è stata aiutata a valutare in maniera più realistica (contrasto dei *bias* di ragionamento influenzati dal timore di colpa e dall'ansia) la gravità e la probabilità del danno (essere criticata in modo sprezzante ed ostracizzata perché ritenuta colpevole di un furto) e la sua responsabilità e possibilità di evitarlo. In particolare, con l'uso della tecnica della torta, Anna ha potuto focalizzare che oltre al proprio comportamento, molti altri fattori potevano contribuire a determinare l'esito temuto, come ad esempio un errore di valutazione altrui o degli accidenti fortuiti ed incontrollabili. Assumere questo come vero implicava quindi: (a) considerare che il rischio non era del tutto eliminabile; (b) ridurre la percezione della propria responsabilità e, quindi, del proprio dovere di prevenire il danno (defocalizzazione della propria responsabilità); (c) rendere meno probabile l'attivazione dei *bias* (attenzione selettiva; ipervalutazione della probabilità e dell'entità del danno; elevazione degli standard di certezza; *affect as information*) grazie al ridimensionamento della percezione di responsabilità e quindi del timore di poter avere una colpa.

Fase 3: Esposizione e prevenzione della risposta

Le procedure di esposizione e prevenzione della risposta (ERP) hanno costituito il cuore del trattamento per varie ragioni che verranno esposte di seguito. L'ERP è consistita nell'espone in vivo la paziente a *trigger* (situazioni in grado di suscitare il dubbio ossessivo) progressivamente più ansiogeni, inducendola a tollerare l'ansia e a scegliere di volta in volta se accettare o meno il rischio di non attuare i controlli e le ruminazioni. Tale decisione veniva ogni volta basata sulla considerazione *hic et nunc* del bilancio tra vantaggi e svantaggi di eseguire i rituali. Dal momento che la motivazione più forte che induceva la paziente a sottrarsi ai controlli e a tollerare l'ansia era costituita dalla considerazione della sofferenza della figlia, durante l'esposizione veniva posta sul tavolo, oltre allo schema dei costi e dei benefici, anche una foto di quest'ultima, per aiutare Anna a focalizzare vividamente le ragioni per affrontare l'ERP.

Un esempio della progressione di esposizioni effettuate è la seguente:

- a) tenere le mani sul tavolo vicino ad alcuni spiccioli di proprietà di un collega del terapeuta;
- b) da pochi spiccioli si passò a quantitativi di denaro sempre maggiori;
- c) tenere sul tavolo, oltre ai soldi, anche delle scritte del tipo “*Anna è una ladra... una sporca ladra!*”, che la paziente doveva leggere e/o immaginare che le venissero dette con asprezza da persone per lei significative;
- d) eseguire le esposizioni suddette prima in presenza del terapeuta e poi rimanendo sola nella stanza;
- e) andare a fare degli acquisti per conto di un collega del terapeuta (con i soldi del collega) e riportare il resto senza raccontarlo;
- f) rimanere vicino alla cassa di un'attività commerciale guardando accuratamente il denaro contenuto in essa nonostante il commesso se ne potesse accorgere (prima con il terapeuta e poi da sola), ecc.

Il *rationale* e i vantaggi di questa procedura erano molteplici:

- a) indurre una progressiva tollerabilità (abituazione) dei *trigger* ansiogeni e della sensazione di dubbio minaccioso rispetto ai gesti effettivamente compiuti;
- b) ridurre l'ansia estrema (elevata emotività espressa, che rendeva difficile alla paziente qualsiasi ragionamento di contrasto dei *bias* di giudizio) indotta dal dubbio ossessivo, attraverso processi di abituazione ed estinzione;

- c) interrompere sul nascere i circoli viziosi descritti al punto 5.1.2.
- d) far constatare alla paziente che i rituali erano:
 - INUTILI → l'ansia passava ugualmente e più stabilmente senza ricorrere ad essi; una volta passata l'ansia il rischio le appariva meno probabile e meno grave;
 - TROPPO "COSTOSI" → non accettando il rischio si rendeva la vita impossibile ed inoltre faceva soffrire la figlia e le altre persone care;
 - CONTROPRODUCENTI → senza attuare i controlli e le ruminazioni reiterati e confondenti il dubbio diminuiva prima e più stabilmente.
- e) favorire l'assunzione stabile di un reale atteggiamento di accettazione del rischio. In questo modo, Anna constatava anche che, rassegnandosi al rischio di non controllare e di esporsi alla possibile (ma non probabile) critica sprezzante altrui, si riduceva il timore di colpa e con esso i *bias* di giudizio (attenzione e memoria selettive; ipervalutazione della gravità e delle probabilità dell'evento temuto; ecc.) che la facevano sentire in una costante situazione di allerta.

Le procedure di esposizione sono state svolte inizialmente in studio con l'aiuto del terapeuta e progressivamente in modo più autonomo. Prima la paziente veniva lasciata sola nella stanza per attuare autonomamente le procedure e veniva coadiuvata solo quando necessario. In un secondo momento le è stato chiesto di eseguire esposizioni "reali" all'interno delle situazioni quotidiane, reintroducendo comportamenti fino ad allora evitati come, ad esempio, prendere il portafogli del *partner* per fare degli acquisti, restituendolo senza dire nulla su quanto speso e senza menzionare in alcun modo il resto riposto nel portamonete.

Fase 4: Riduzione della vulnerabilità al DOC

In questa fase del lavoro sono state attuate alcune manovre cliniche finalizzate a ridurre, ci sia augura stabilmente, la disposizione a temere le colpe e, più in particolare, il timore di poter essere oggetto di critiche sprezzanti da parte delle persone significative (intervento sui temi della prima valutazione).

A tal fine sono state utilizzate alcune tecniche adatte a indurre la paziente a contrastare la sua tendenza a valutare gli eventi in modo prudenzial-colpevolista (iper-valutazione della propria responsabilità rispetto al causare e/o a prevenire un danno; in situazioni ambigue tendenza a confermare l'ipotesi di propria colpevolezza piuttosto che rigettarla; ecc.). In particolare, sono stati raccolti alcuni episodi del passato di Anna rispetto ai quali si sentiva ancora in colpa (es. l'aborto e l'incidente alla figlia) e, attraverso la tecnica della torta delle responsabilità, si è indotto la paziente a defocalizzare e a riconsiderare la propria responsabilità, ridimensionandone il peso. Inoltre, con la tecnica del doppio standard, si è illuminata agli occhi di Anna la propria tendenza ad accusarsi duramente e a ritenersi facilmente oggetto di disprezzo rabbioso, diversamente da come avrebbe fatto nel caso in cui il giudizio fosse stato indirizzato ad altre persone (amici, parenti, ecc.) poste nelle sue stesse condizioni. A questo punto, concordato con Anna sul fatto che tale tendenza era una sua vulnerabilità frequentemente presente nel suo modo di funzionare, le ho proposto di utilizzare le tecniche suddette nel caso di eventi critici futuri, al fine di contrastare autonomamente la propria tendenza a ragionare in modo prudenzial-colpevolista.

Al fine di indurre stabilmente in Anna un atteggiamento di maggiore accettazione del rischio di poter avere una colpa e di poter essere criticata aspramente per questa, inoltre, le ho fatto esaminare come anche le persone da lei più stimate (la nonna paterna, il padre, la figlia, ecc.) avessero delle colpe e non per questo fossero da considerare e/o effettivamente venissero considerate disprezzabili.

Il dramma di poter avere una colpa

In ultimo, data la presenza nella storia della paziente di episodi “traumatici” di colpevolizzazione e disprezzo rabbioso, al fine di ridurre il timore di colpa da questi grandemente influenzato, ho utilizzato una procedura esperienziale nota come *Imagery With Rescripting* (Young et al. 2003, Arntz e Weertman 1999). La procedura consiste nel far ricordare vividamente gli episodi all’origine di una particolare rappresentazione di sé o di aspettative sulla propria esistenza (per Anna consistevano in eventi di colpevolizzazione e disprezzo rabbioso dai quali non aveva potuto sottrarsi o difendersi) e di farli riconsiderare da più punti di vista: di sé bambino, di sé adulto (che interviene nella scena) presente nella situazione insieme a sé bambino e, in ultimo, di nuovo di sé bambino, ma questa volta presente nell’immaginazione insieme a sé adulto che interviene a modificare gli eventi. Oltre ad una riconsiderazione critica di tali esperienze ci si propone anche di introdurre dei cambiamenti plausibili nelle scene prototipiche in oggetto, sufficienti a suscitare uno stato emotivo più gradevole per il paziente nel rievocarle.

Il *rationale* di questa procedura, rispetto allo scopo di ridurre la sensibilità alle colpe e al timore di critica sprezzante, era il seguente:

a) ridurre il timore di colpa e di disprezzo rabbioso “aggregandone la fonte”, ossia rielaborando gli episodi prototipici nei quali questo tema di vita è stato messo a fuoco ed è stato consolidato dalla paziente (piuttosto che ingaggiare in interventi raziocinanti sulla sua “falsità”);

b) far considerare ad Anna che le cose avrebbero potuto e dovuto andare diversamente così da attenuare l’impressione di essere inevitabilmente una persona disprezzabile (a livello esperienziale al fine di contrastare l’*affect as information mechanism*) e che vi sia un destino anch’esso inevitabile che conduce verso esperienze di disprezzo catastrofiche e soverchianti;

c) esporre il soggetto, in immaginazione, ad episodi di colpevolizzazione e disprezzo rabbioso, vissuti in modo drammatico nel passato, al fine di ridurre l’intensità del timore che si possano verificare nuovamente attraverso interventi di estinzione, *shaping* e *coping* immaginativo (“*Se prima non potevo fronteggiarli ora sono in grado, quindi ne ho meno paura*”).

Fase 5: Prevenzione delle ricadute

Dal momento che sono noti i rischi di ricadute e la loro drammaticità nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo, particolare cura è stata posta nell’implementazione delle procedure di *relapse prevention*. Per aiutare la paziente a prevenire e a fronteggiare tale eventualità sono state attuate le seguenti attività:

a) anticipazione ed accettazione della possibilità di ricadute (sdrammatizzandola);

b) individuazione di possibili eventi critici che possono favorire l’innesco dei *bias* e dei circoli viziosi del disturbo, quali: auto ed etero colpevolizzazioni, aumento di responsabilità, ecc.

c) individuazione dei segni premonitori della ricaduta, ossia il riaffiorare di piccoli sintomi ossessivi;

d) aumento dell’auto-efficacia nella gestione del DOC attraverso il riconoscimento delle procedure che sono risultate più utili durante la terapia e il padroneggiamento di queste ultime.

Risultati raggiunti

La terapia si è conclusa a febbraio di quest’anno con evidenti miglioramenti sintomatologici e nella qualità della vita. La paziente era infatti in grado di maneggiare tranquillamente soldi altrui, tollerare il dubbio di aver potuto sottrarre involontariamente del denaro altrui e, inoltre, di aver potuto dare adito a qualcuno di giudicarla una “ladra” a causa di un suo comportamento

irresponsabile. Grazie a queste acquisizioni, la paziente ha ripreso le normali relazioni interpersonali e le attività quotidiane precedentemente evitate.

A conclusione della terapia si sono comunque verificati episodici momenti di intensa ansia che è stato possibile gestire sul nascere tramite colloqui telefonici.

Attualmente Anna è in cerca di un nuovo lavoro e vive insieme al partner e alla figlia. Da marzo ad oggi sono stati eseguiti 3 incontri di follow-up nei quali è stato possibile constatare il mantenimento dei miglioramenti ottenuti durante la terapia.

Bibliografia

- Arntz A. & Weertman A. (1999). Treatment of childhood memories: theory and practice. *Behaviour Research and Therapy* 37, 715-740.
- Mancini F. (2001). Un modello cognitivo del disturbo ossessivo-compulsivo. *Psicoterapia* 22-23, 43-60.
- Radomsky A. S. & Rachman S. (1999). Memory bias in Obsessive-compulsive disorder (OCD). *Behaviour Research and Therapy* 37, 605-618 .
- Radomsky A. S., Rachman S., Hammond D. (2001), Memory bias, confidence and responsibility in compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy* 39, 813-822.
- van den Hout M. & Kindt M. (2002), *Repeated checking causes memory distress: an explanation of meta-memory problems in OCD*. Relazione presentata al "The annual European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT) Congress". Maastricht (the Netherlands), settembre 2002.
- Young J., Klosko J. S. & Weishaar M. E. (2003). *Schema therapy. A practitioner's guide*. Guilford, New York.

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