

ACCETTARE O NON ACCETTARE DI ESSERE UNA MAMMA CHE PUÒ SBAGLIARE:
QUESTO ERA IL PROBLEMA. L'ERP AL RISCHIO DI CONTAGIO DI EPATITE: QUESTA
È STATA LA RISPOSTA

Amelia Gangemi e Antonella Rainone

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

In questo articolo viene descritto il trattamento psicoterapeutico cui è stata sottoposta una donna di 39 anni, sofferente per un Disturbo Ossessivo-Compulsivo. Il protocollo d'intervento presentato è quello elaborato da Mancini (in press) e utilizzato dall'Unità Operativa per i Disturbi d'Ansia e dell'Umore della Scuola di Psicoterapia Cognitiva (APC-SPC). Il focus dell'intervento descritto è essenzialmente quello di modificare nella paziente il livello di accettazione della minaccia percepita, con l'obiettivo di motivarla ad seguire le procedure di esposizione graduale E/RP. Gli interventi specifici di motivazione hanno richiesto un accurato bilancio sia dei costi di omissione legati al non eseguire i rituali e i controlli, sia dei costi di commissione, e cioè il "prezzo da pagare" per aver eseguito i rituali e i controlli. In questo modo, si è non solo motivata la paziente ad affrontare la E/RP ma, soprattutto, si è ottenuto che entrasse nell'ordine di idee che è inevitabile accettare almeno in parte il rischio di non essere all'altezza della proprie responsabilità e i costi della prevenzione. La paziente è stata infatti aiutata a confrontarsi con l'impossibilità del compito che si era prefisso, vale a dire con il fatto che il rischio di essere accusati di una colpa è ineludibile.

Parole chiave: *Disturbo Ossessivo-Compulsivo – Esposizione/Prevenzione della Risposta (ER/P) – Timore di colpa per irresponsabilità - Accettazione della minaccia*

TO ACCEPT OR NOT TO ACCEPT BEING A MOTHER WHO CAN GET WRONG: THIS WAS
THE QUESTION. THE E/RP RISK OF HEPATITIS INFECTION: THIS WAS THE ANSWER

Summary

This paper describes the psychotherapeutic treatment of a woman aged 39, affected by Obsessive-Compulsive Disorder. The treatment illustrated is been developed by Mancini (in press) and it is used by the Task Force on Anxiety and Mood Disorders (Unità Operativa per i Disturbi d'Ansia e dell'Umore) in Scuola di Psicoterapia Cognitiva, APC-SPC. Its focus is centred essentially on acceptance of threat, in order to motivate the patient to undergo Exposure/Response Prevention (E/RP). To this aim we asked her to draw up a balance sheet comparing the costs of giving up obsessive activity and the costs of carrying it out. In this way, the patient has been not only motivated to face exposure but also she's been led to accept, at least partially, both the risk of failure to face up her own responsibilities, and the costs of obsessive-compulsive activities. The patient has been helped to accept the impossibility of the task she had set herself, since the risk of being accused of guilt is unavoidable.

Key Words: *Obsessive-compulsive disorder - Exposure/Response Prevention (ER/P) - Fear of guilt at having acted irresponsibly - Acceptance of threat*

Dati anagrafici e condizioni attuali di vita

Quando arriva in terapia Chiara ha 39 anni, è sposata da circa 6 anni e ha una figlia di 4 anni. È al settimo mese di gravidanza.

Laureata in lingue, lavora come insegnante di sostegno per bambini affetti da handicap in una scuola elementare. Attualmente è in maternità.

Il rapporto coniugale è gravemente in crisi. Il marito, un impiegato, viene descritto come poco empatico ed incapace di esprimere sentimenti o emozioni. Piuttosto taciturno, preferisce trascorrere il suo tempo libero dipingendo, chiuso in una stanza, oppure praticando sport, piuttosto che con la famiglia. Chiara lo definisce ossessivo: passa molto tempo chiuso in bagno a lavarsi. Attualmente dormono in stanze separate. Non hanno rapporti sessuali dal concepimento del figlio che aspettano. Chiara infatti rifiuta il contatto fisico. Non si sente amata e sostenuta né nella sofferenza legata al proprio disturbo né nella fatica del badare alla figlia, in tutto ancora dipendente da lei. Lamenta l'assenza di comunicazione e la solitudine in cui è lasciata. Esprime una forte rabbia verso il marito ed è convinta che i suoi problemi ossessivi siano alimentati anche dall'aggressività e dalla rabbia provata verso di lui.

Invio e contesto della terapia

La paziente si rivolge alla psicoterapeuta dopo aver consultato alcuni siti on line dedicati al Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC).

Arriva in terapia al settimo mese di gravidanza. Vista l'intensità e la frequenza della sintomatologia ossessiva e il livello di esasperazione di Chiara si decide di iniziare la terapia con una sessione settimanale di due ore ciascuna. La psicoterapia si svolge in un contesto privato, in setting individuale.

Dopo un mese e mezzo dal primo incontro, poco prima della nascita del secondogenito, la terapia subisce una interruzione di circa cinque mesi. Viene ripresa tre mesi dopo il parto, con le stesse modalità decise prima dell'interruzione.

Terapie precedenti e attuali

Chiara è stata in cura per un anno presso uno psichiatra che le aveva prescritto una cura farmacologica, sospesa con l'inizio della gravidanza. Anni prima aveva tentato una psicoterapia ad orientamento psicoanalitico ed aveva inoltre iniziato una terapia familiare, interrotta dopo soli due incontri per assenza di collaborazione da parte del marito.

Attualmente assume farmaci omeopatici.

Assessment

Inquadramento diagnostico

La paziente soddisfa tutti e quattro i criteri del DSM-IV (APA 1994) per la diagnosi di DOC.

Descrizione dei sintomi

Chiara è ossessionata dall'idea che lei o i suoi bambini possano contrarre una malattia contagiosa. La malattia temuta è, in particolare, l'epatite C. L'idea ossessiva compare spesso ed in modo intrusivo, a volte a seguito di stimoli piuttosto banali, quali ad esempio sfiorare qualcuno per la strada, o aver notato una piccola puntina rossa sulla mano di chi le ha venduto qualcosa. Altre volte, il dubbio ossessivo compare anche in assenza di stimoli attuali, ma al ricordo di stimoli incontrati durante il giorno. È ossessionata dal sangue ed in particolare dal contatto con sangue infetto che potrebbe portare lei o qualcuno dei componenti della sua famiglia a contrarre l'epatite C. L'idea ossessiva si accompagna ad una notevole quantità d'ansia ed è seguita da un'attività mentale protratta e marcatamente ruminativa, che può durare anche più di 8 ore al giorno. Tale attività è centrata appunto sulla possibilità di essersi contagiata e sulle conseguenze tragiche che ne possono seguire. L'immagine che la turba di più è quella di lei malata che morendo lascia sua figlia. A queste ruminazioni si accompagnano quasi sempre lavaggi (di oggetti, vestiti, etc. o di parti del corpo entrati o che possono essere entrati in contatto con il sangue), che ripete, compulsivamente, più e più volte anche per molte ore.

Spesso ricorre all'aiuto del marito per farsi rassicurare sull'essere riuscita ad evitare il contagio o sulla natura delle macchie che vede, ad esempio nelle feci.

Triggers

Le situazioni in grado di innescare il dubbio ossessivo e la conseguente attività compulsiva sono le seguenti:

1. presenza di una macchia rossa di qualsiasi genere e natura;
2. effettuare un prelievo di sangue;
3. entrare in contatto fisico con altre persone;
4. sentire al tatto o vedere qualcosa di sospetto nel proprio corpo (ad es. ghiandole, macchie rosse ecc.);
5. notare o ricordare che la persona che l'ha toccata o che ha toccato, ad esempio, un oggetto vendutole aveva una ferita o una perdita di sangue o indossava un indumento macchiato di rosso;
6. ricordare o sentir parlare di malattie, soprattutto se di cancro o epatite.

Esordio e storia del problema

L'esordio del DOC di Chiara può essere ricondotto al periodo immediatamente successivo alla nascita della figlia, circa 4 anni prima dell'inizio della psicoterapia. In quel periodo accadono una serie di eventi che sembrano correlati all'insorgenza del disturbo, di cui segnano anche il dominio sintomatico.

Subito dopo il parto, al padre di Chiara viene diagnosticato un cancro al colon, le cui prime avvisaglie si erano avute già all'inizio della gravidanza. Inoltre, nello stesso mese gli viene diagnosticata l'epatite C. Nello stesso periodo, viene riscontrata alla madre l'epatite B. Pochi mesi dopo si scopre che anche la nonna, che vive in casa con i genitori, è affetta da epatite C.

È in quel periodo che Chiara riferisce l'insorgenza e il precipitare della sintomatologia attuale, relativa alla possibilità di contrarre e, di conseguenza far contrarre alla propria bambina, l'epatite in seguito al contatto con sangue infetto. Uno dei primi episodi descritti riguarda un bacio sulla guancia dato alla propria madre. Chiara ricorda che rientrata in casa era stata assalita

dal dubbio che il bacio potesse rappresentare motivo di contagio “*e se anche io adesso ho preso l’epatite C?*”. Comincia dunque ad accusarsi di essere stata un’incosciente e per questo comincia a provare un’intensa colpa per essersi comportata irresponsabilmente (“*sono stata una stupida... avrei dovuto evitare... sto mettendo a repentaglio la mia vita e quella di mia figlia... se succede qualcosa è solo colpa mia e della mia incoscienza*”). La conseguente focalizzazione sempre più intensa sull’idea di pericolo, determina un progressivo e drammatico aumento dell’ansia, che spinge Chiara a vedere il pericolo come estremamente probabile e grave. Per scongiurare il pericolo, e dunque per cercare di tranquillizzarsi, comincia da una lato a mettere in atto una serie di rituali di lavaggio, dall’altro cerca di ricordare affannosamente come è avvenuto esattamente il bacio (se la madre avesse una qualche ferita aperta o una piccola perdita di sangue che potessero effettivamente giustificare un contagio, e così via). Più Chiara tenta di risolvere il dubbio attraverso ruminazioni sull’evento passato e più i ricordi sull’evento si confondono. A causa del fenomeno del recupero mnestico selettivo, in questo stato di intensa ansia e confusione iniziano inoltre ad affiorarle alla mente altri episodi passati, nei quali non si sente certa di essere o meno colpevole per essersi esposta al contatto con persone, possibili “portatori di epatite C”.

Nell’affollamento progressivamente crescente di dubbi ed ansia, Chiara inizia a mettere in atto condotte di rassicurazione francamente ossessive: 1) telefona continuamente alla madre per chiederle della presenza di una qualche ferita in viso; 2) al medico per farsi spiegare bene le modalità di trasmissione del virus e le probabilità che attraverso un bacio si possa rimanere contagiati; e 3) sottopone se stessa e la figlia ad una serie di lavaggi estenuanti e dannosi.

È a seguito di questi primi episodi che Chiara comincia a limitare la propria vita sociale e ad attivare tutta una serie di comportamenti di evitamento, volti a diminuire il rischio di entrare in contatto fisico con persone o oggetti che potrebbero portare al contagio dell’epatite.

Intensità della sofferenza e compromissioni dovute al disturbo

Secondo quanto già mostrato, la sintomatologia della paziente appariva intensa, frequente e persistente, ed era aggravata dai massicci evitamenti di tutte quelle situazioni capaci, a suo avviso, di attivare la preoccupazione ossessiva e dunque di suscitare l’idea ed il timore del contagio. Per questa ragione evitava il contatto fisico con altre persone (dalla stretta di mano, alla eccessiva vicinanza); non frequentava ristoranti o luoghi pubblici; non invitava amici e parenti a casa sua, per timore che toccando gli oggetti di casa, o sedendosi sui suoi divani, gli altri potessero “infettare tutto”, costringendola poi a lavaggi estenuanti. Evitava anche di farsi aiutare nelle faccende domestiche da una signora prima a servizio da lei. Se costretta ad incontrare altre persone, controllava negli altri la presenza sia di eventuali macchie di sangue che di ferite anche rimarginate, che però avrebbero potuto riaprirsi, sanguinare e dunque determinare contagio. Controllava anche dove sedersi: i divani e le sedie non dovevano essere macchiati in alcun modo di rosso, nel dubbio rimaneva in piedi. Persino durante i colloqui terapeutici, evitava di sedersi su una poltroncina, perché una fodera bianca presentava una macchiolina rossa, che poteva essere sangue.

Chiara imponeva i suddetti comportamenti protettivi anche alla figlia, seppure in misura ridotta.

Come si può intuire, tali evitamenti compromettevano significativamente la vita sociale ed affettiva di Chiara. Inoltre, le procuravano forti sensi di colpa per la sofferenza inflitta ai familiari (in particolare alla figlia, ma anche ai genitori che evitava di incontrare sentendosi per questo “una cattiva figlia”).

Dati principali in relazione con la patogenesi e l’esordio del problema

Qui di seguito verranno presentate alcune delle principali esperienze di vita passate e attuali riferite dalla paziente, responsabili della vulnerabilità al DOC oltre che dell’insorgenza e del suo mantenimento.

Accettare o non accettare di essere una mamma che può sbagliare

Tabella 1. *Eventi elicитanti e stabilizzanti la vulnerabilità psicologica della paziente al DOC*

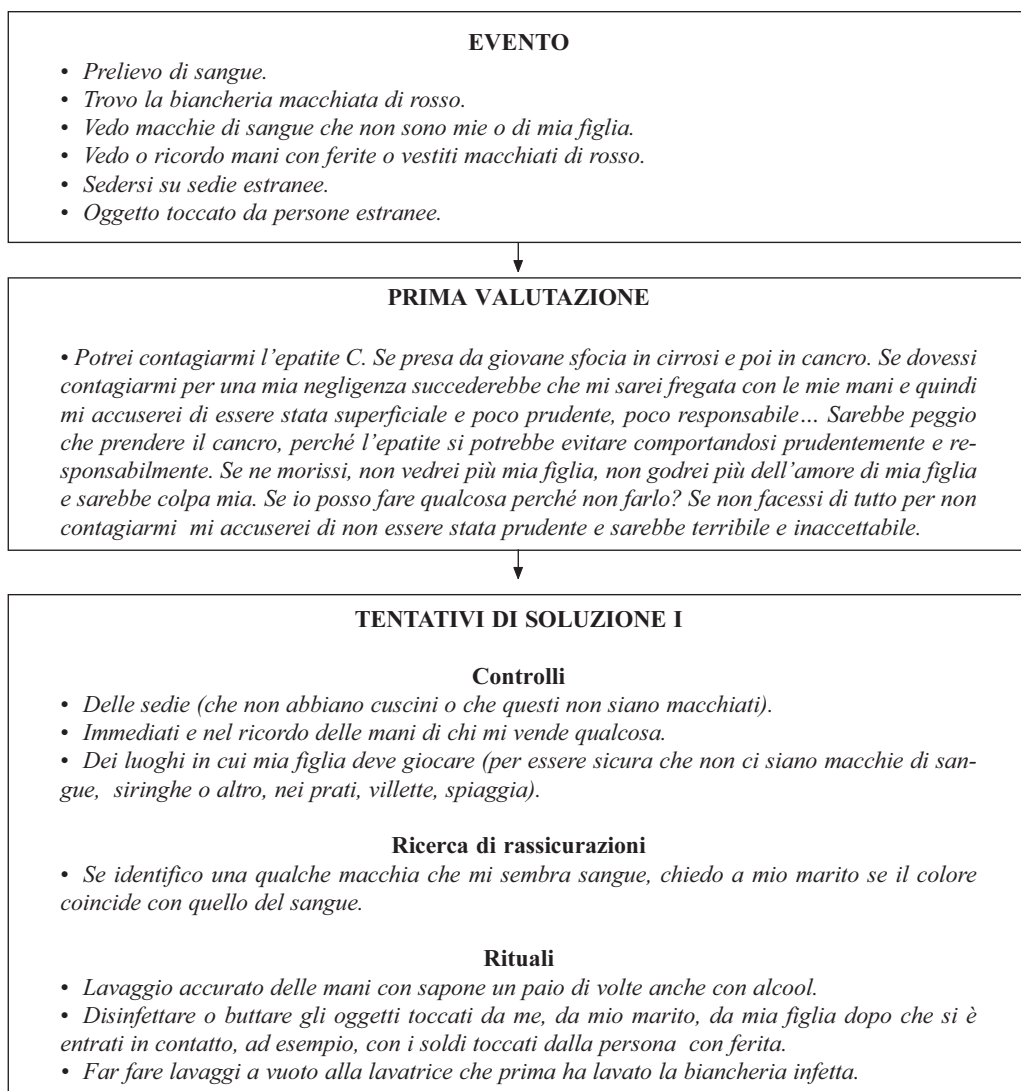
ESPERIENZA (episodica o continuativa)	CONSEGUENZA
a. Madre estremamente critica e disprezzante, soprattutto se Chiara non faceva le cose come diceva lei (doveva pensare a pulire la casa e non a studiare).	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilità alle critiche e al disprezzo rabbioso. - Sensazione di non essere amata ed accettata.
b. Madre poco affettuosa: non la sfiorava mai.	
c. Madre estremamente responsabilizzante e colpevolizzante (la madre le ripeteva continuamente che era la responsabile della sua infelicità, che meritava una figlia migliore).	
d. Madre la sottoponeva a continui ricatti morali (fingeva di star male se Chiara non faceva le cose che le chiedeva).	
e. Padre severo, estremamente critico e violento: la picchiava periodicamente con la cintura dei pantaloni. Lei non reagiva anche se sapeva di non meritarselo. Chiara racconta che se avesse reagito o pianto sarebbe stato peggio.	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilità alle critiche e al disprezzo rabbioso e impressione di poter essere facilmente oggetto di tali atteggiamenti da parte degli altri. - Sensazione di non essere amata. - Sensazione di essere colpevole.
f. Padre le annunciava la possibilità che di lì a breve l'avrebbe picchiata.	<ul style="list-style-type: none"> - Rabbia verso se stessa incapace di reagire alle ingiustizie. - Rabbia nei confronti del padre per l'ingiustizia cui la sottoponeva. - Ansia per l'attesa della catastrofe.
g. Frequenti liti con i genitori, caratterizzati da un'elevata emotività espressa. Racconta, ad esempio, un episodio di quando aveva circa 18 anni durante il quale la madre, risentita perché la figlia aveva lasciato il fidanzato, si punta un coltello da cucina al petto minacciando ad alta voce il suicidio e poi sviene. Chiara ricorda la paura e il senso di colpa esperiti in quell'occasione. Per lo shock era caduta in uno stato catatonico per diverse ore.	<ul style="list-style-type: none"> - Timore per le reazioni drammatiche ed estreme delle altre persone → se ne spaventa molto e ritiene probabile poter essere oggetto di aggressioni e disprezzo. - Sensazione di essere colpevole e disprezzabile.
h. Marito poco affettuoso: difficilmente la abbraccia o la tocca se non per avere un rapporto sessuale.	<ul style="list-style-type: none"> - Sensazione di non essere amata ed accettata. - Impressioni di poter essere facilmente oggetto di disprezzo da parte degli altri → come fosse <i>un destino</i>.
i. Marito la critica e la maltratta anche fisicamente.	<ul style="list-style-type: none"> - Rabbia verso il marito.
j. I genitori l'accusano continuamente di essere una pessima figlia perché non li vuole incontrare.	<ul style="list-style-type: none"> - Sensazione di essere colpevole e disprezzabile.
k. La figlia è rimasta impressionata dopo un episodio in cui Chiara l'ha costretta ad uno shampoo ai capelli durato un'ora, in cui le ha persino procurato piccoli graffi alla nuca a furia di strofinare, perché la figlia si era fatta toccare i capelli	<ul style="list-style-type: none"> - Sensazione di essere colpevole e disprezzabile. - Sensazione di essere la causa delle sofferenze della figlia.

Valutazione psicometrica

Chiara è stata sottoposta ad una batteria di test e scale specifiche. I test utilizzati sono stati: MMPI-2, SCL-90, OBQ-R, Padua Inventory, STAI -Y, Y-BOCS.

Organizzazione del problema

Il funzionamento del disturbo di Chiara viene descritto nello schema che segue (modello tratto da Mancini 2001), in cui sono schematizzati i fattori cognitivi e comportamentali che elicitano e mantengono la sintomatologia, rafforzandola progressivamente.



Accettare o non accettare di essere una mamma che può sbagliare

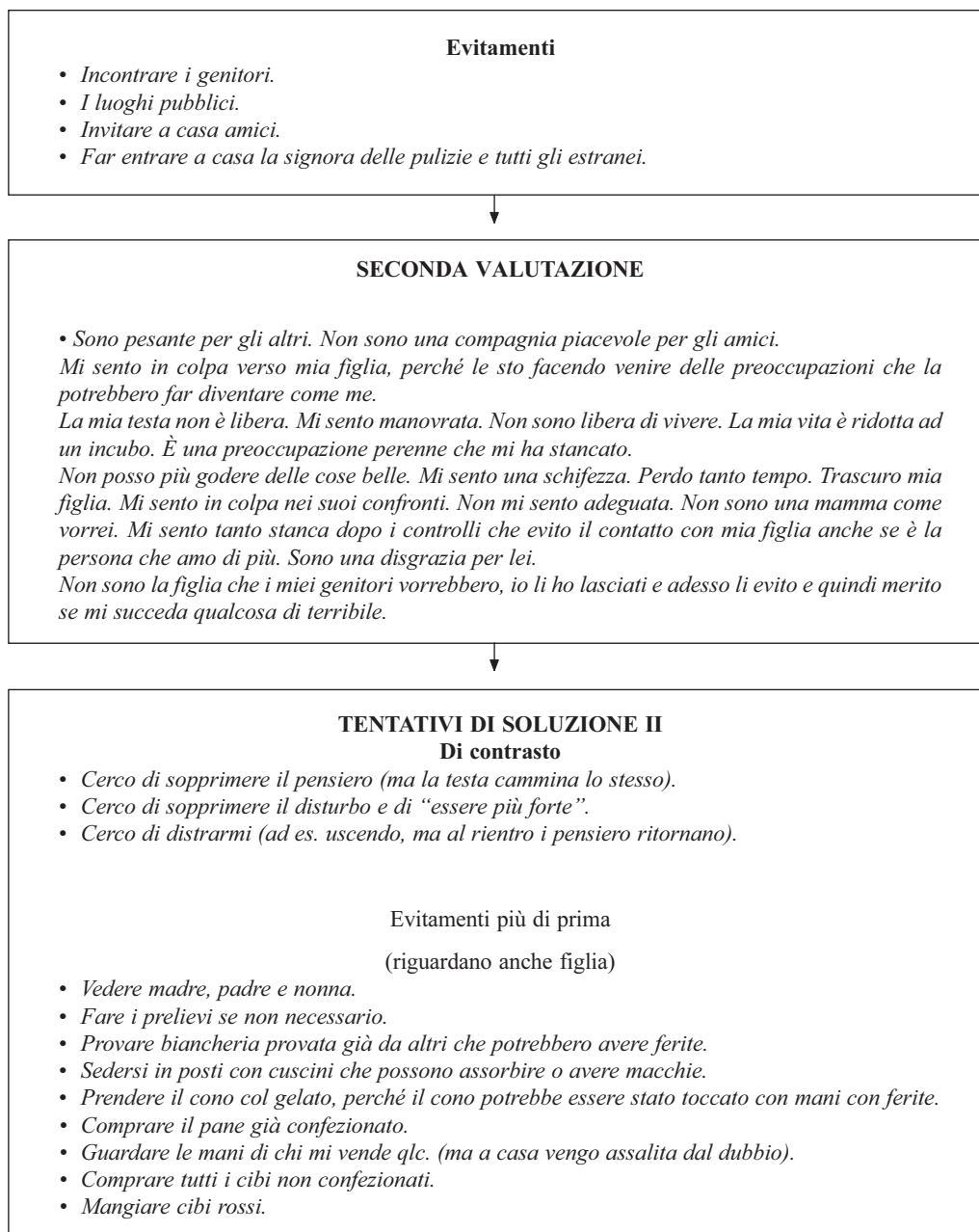


Diagramma 1. *Profilo interno del funzionamento del problema*

Come si può vedere nello schema, l'elevato timore di colpa di Chiara (evidente nella sua storia di vita ed esasperato dall'insieme di eventi avvenuti in concomitanza della nascita della sua bambina), la porta a sentirsi continuamente minacciata dalla possibilità di poter essere colpevole di un eventuale contagio per sé e per la figlia.

Di fronte ad uno dei triggers descritti, Chiara prova un'intensa ansia legata appunto alla valutazione di poter essere responsabile, per imprudenza, di contagiarsi o far contagiare la figlia, con conseguenze drammatiche e per lei insopportabili (Prima Valutazione). Nel tentativo di prevenire la colpa per irresponsabilità, Chiara mette in atto una serie di comportamenti compulsivi, indicati nello schema come Tentativi di Soluzione I, che tra le altre cose, comportano controlli di oggetti, ma anche di propri ricordi ("aveva le mani ferite il venditore?"). Riguardo a quest'ultimo punto, all'innalzamento del timore di colpa e dell'ansia ad esso legata, Chiara comincia a non fidarsi più della propria memoria (Radomsky e Rachman 1999, Radomsky et al. 2001, van den Hout e Kindt 2002), dal momento che gli standard di nitidezza del ricordo, a lei necessari per rassicurarsi, crescono progressivamente con l'elevarsi del timore di colpa e che la sua attenzione è focalizzata soprattutto sulla minaccia anticipata e sulle sue conseguenze. In tutti i casi, nel dubbio di essere imprudentemente entrata in contatto con una situazione pericolosa e, quindi, nel dubbio di essere colpevole, Chiara tende a focalizzare le ipotesi più negative, pensando di essere effettivamente colpevole, dal momento che l'intenso timore influenza il ragionamento in senso colpevolista e l'emozione stessa viene considerata da Chiara come prova della propria colpevolezza (meccanismo *affect as information*).

Con questi primi tentativi di soluzione (controlli; ricerca di rassicurazione; rituali) Chiara ottiene una diminuzione dell'ansia solo temporanea (rinforzo negativo delle compulsioni), cui segue un'esasperazione dell'ansia stessa. Innanzitutto perché l'atteggiamento compulsivo (rituali e controlli) aumenta il livello di attenzione sulla minaccia stessa, incrementando così la necessità dei comportamenti compulsivi, in un circolo vizioso progressivo. L'aumento del timore di colpa per irresponsabilità produce diversi bias cognitivi, che hanno come effetto di aumentare il timore stesso (sovrastima della gravità del danno temuto e della sua probabilità; attenzione e memoria selettive; processo ingenuo di controllo delle ipotesi; ragionamento emozionale). Inoltre, i continui controlli sulle memorie, come detto, portano ad una perdita di nitidezza del ricordo e ad una elevazione degli standard di certezza, che fanno aumentare il dubbio e lo rendono meno tollerabile. Infine, i continui comportamenti di ricerca di rassicurazione di Chiara verso il marito spesso producono risposte aspramente e rabbiosamente critiche da parte di quest'ultimo, che lontane dal produrre una diminuzione del dubbio, hanno l'effetto di aumentarlo drammaticamente.

L'iniziale abbassamento dell'ansia prodotto dall'attività compulsiva (Tentativi di Soluzione I) facilita in Chiara la diminuzione dei bias di ragionamento, avendo come effetto la possibilità di considerare maggiormente il costo dell'attività compulsiva per se stessa e per i propri cari. Ne seguono valutazioni molto critiche dei comportamenti compulsivi (Seconda Valutazione), che fanno sentire Chiara in colpa per la propria sofferenza oltre che per quella inflitta alla figlia, al marito, ai genitori e agli amici. Questa Seconda Valutazione è seguita quindi da tentativi di contrastare l'attività compulsiva e di prevenirla, con l'effetto di esasperarla ancora di più (Tentativi di Soluzione II). L'intenzione di evitare il dubbio provoca un incremento del continuo stato di allerta, che produce un aumento dei bias detti prima, con l'effetto di avere sempre in mente la possibilità di essere colpevole e di provare sempre più ansia e, quindi, aumenta la necessità di essere prudente.

Gli evitamenti massicci impediscono a Chiara di esporsi al rischio temuto, verificare la bassa probabilità della catena di eventi da lei immaginati, scoprire la possibilità di tollerare il rischio, comunque non azzerabile, e accettarlo.

Trattamento

Obiettivi condivisi

- a. Ricostruire e comprendere il possibile percorso etiologico del disturbo ed il suo funzionamento attuale, con particolare attenzione alla spiegazione dei sintomi e del loro mantenimento.
- b. Avere contatti (toccare, baciare, etc.) con altre persone.
- c. Lasciare che i figli possano entrare in contatto (toccare, baciare, etc.) con altre persone.
- d. Entrare in contatto con qualsiasi tipo di macchia rossa e con altri possibili “mezzi” di contagio (sedie imbottite, siringhe, posate, forbici da parrucchiere ecc.).
- e. Ridurre la frequenza delle intrusioni (dubbi sull’essere entrata in contatto con sangue infetto) e l’intensità dell’ansia associata.
- f. Eliminare progressivamente i comportamenti compulsivi: lavaggi, controlli, richieste di rassicurazioni, ruminazioni.
- g. Ridurre fino ad eliminare gli evitamenti: uscire con amici, recarsi in luoghi pubblici, acquistare cibi non confezionati, mangiare cibi rossi ecc.
- h. Ridurre la probabilità di ricadute.

Obiettivi impliciti e strategie terapeutiche

- a. Ridurre l’egodistonia e l’auto-critica dovute alla presenza del disturbo.
- b. Ridurre la conflittualità tra la Prima Valutazione e la Seconda Valutazione (vedi schema), costituenti stati mentali incompatibili: 1) il dovere di prevenire la colpa temuta tramite i controlli e i rituali; 2) l’assunzione che sarebbe opportuno e doveroso contrastare tali attività compulsive, date le conseguenze sulla propria ed altrui esistenza.
- c. Interrompere gli automatismi: TRIGGERS → MINACCIA PERCEPITA → ANSIA E COMPULSIONI.
- d. Motivare la paziente all’esposizione, accettando almeno in parte il rischio temuto (essere colpevole di essere rimasta vittima di un contagio provocando un danno ingiusto a se stessa e ai figli e per questo essere disprezzabile).
- e. Interrompere i circoli viziosi, tra cui:
MACCHIA ROSSA → PRIMA VALUTAZIONE + ANSIA → RITUALI E EVITAMENTI → AUMENTO DELL’ATTENZIONE SUL POSSIBILE CONTAGIO E AUMENTO DELL’ANSIA → RITUALI E EVITAMENTI.
RITUALI E EVITAMENTI → SECONDA VALUTAZIONE + ANSIA → RITUALI E EVITAMENTI PIÙ DI PRIMA.
DUBBIO → PRIMA VALUTAZIONE → 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.
DUBBIO → PRIMA VALUTAZIONE + ANSIA → RUMINAZIONI → PERDITA NITIDEZZA DEI RICORDI → DUBBIO.
DUBBIO → PRIMA VALUTAZIONE + ANSIA → RICHIESTA DI RASSICURAZIONE → RABBIA SPREZZANTE ALTRUI → DUBBIO.
- f. Eliminare i Tentativi di Soluzione 2 (vedi schema): ricorso ai rituali e agli evitamenti per contenere la colpa di causare sofferenza ai familiari.
- g. Ridurre la presenza dei bias (sovrastima della minaccia e della sua probabilità; attenzione e memoria selettive; processo ingenuo di controllo delle ipotesi; ragionamento emozionale; sfiducia nella propria memoria, etc.), ridimensionando il timore di colpa per irresponsabilità.
- h. Aumentare l’accettazione di possibili colpe future (riduzione della vulnerabilità al DOC).

Esposizione con prevenzione della risposta (ERP)

Fase 1: ricostruzione del modello cognitivo del disturbo e sua condivisione

In questa prima fase, la terapeuta ha aiutato Chiara a ricostruire una descrizione accurata del funzionamento interno del suo disturbo (stati mentali, processi cognitivi, meccanismi a circolo vizioso), partendo da alcuni episodi critici recenti, in grado di attivare il problema ossessivo. Sono stati indagati i significati che la paziente attribuiva a specifici eventi e le implicazioni catastrofiche anticipate (colpe e loro conseguenze temute), risultati sempre molto chiari ai suoi occhi. Chiara descriveva infatti una grande quantità di dubbi e timori rispetto ad eventi del recente passato, durante i quali poteva aver contratto l'epatite C per sua superficialità o per distrazione. Per questa ragione riferiva un costante stato di minaccia ed allerta. Anche in seduta poteva accadere di vedere attivati i dubbi ossessivi e, quindi, l'intensa ansia ad essi associata, con la messa in atto di comportamenti compulsivi. I dubbi e i comportamenti compulsivi erano regolati da una esplicita anticipazione di una evidente minaccia (alla paziente era assolutamente chiara la Prima Valutazione). La paziente era esasperata dalla presenza del disturbo, per le conseguenze che questo aveva sui propri figli oltre che sulla propria vita. È stato dunque relativamente agevole discutere e ricostruire insieme a Chiara sia la Prima che la Seconda Valutazione.

Una volta ricostruito il profilo cognitivo del disturbo, sono state mostrate alla paziente le conseguenze del suo stato emozionale e motivazionale di timore di colpa sull'attivazione di alcune euristiche e bias cognitivi, che insieme ai circoli viziosi sopra identificati, contribuivano all'elicitazione e al mantenimento dell'ansia e della sintomatologia ossessiva. Attraverso la ricostruzione del funzionamento del disturbo, Chiara ha potuto recuperare il senso del suo problema, riportandolo al tema di un drammatico timore di avere una colpa e delle sue conseguenze. L'effetto è stato il sentirsi meno in colpa per i propri comportamenti compulsivi. Le era finalmente chiaro infatti che la sua "assurda e bizzarra" attività compulsiva, lungi dall'essere priva di senso, era motivata da scopi morali. Questa diminuzione della percezione di essere colpevole per il disturbo ha alleviato lo stato generale di sofferenza della paziente, permettendo di discutere con meno esasperazione e autocritica il problema e di introdurre il rationale dell'intervento e le procedure cliniche necessarie.

Alla fine di questa prima fase, è stato fornito a Chiara lo schema di funzionamento del suo disturbo costruito insieme. La paziente ha così potuto: 1) esercitarsi a riconoscere la sequenza tipica degli eventi in tutti i successivi episodi di natura ossessiva; 2) imparare a fermarsi e a pensare prima di agire le compulsioni responsabili della Seconda Valutazione e del senso di colpa e di esasperazione associati; 3) comprendere l'inutilità e la palese controproduttività dei rituali e dei controlli che, piuttosto che ridurre il dubbio e dunque rassicurarla stabilmente, alimentavano progressivamente il disturbo.

La consapevolezza di essere compresa dalla terapeuta e la comprensione del rationale dell'intervento, hanno facilitato la costruzione della relazione terapeutica e la partecipazione attiva di Chiara al trattamento di esposizione con prevenzione della risposta.

Fase 2: Interventi motivazionali per introdurre l'ERP

Gli interventi terapeutici della prima fase costituiscono già manovre volte a motivare Chiara a sospendere i rituali e i controlli e, dunque, ad esporsi agli eventi temuti accettando finalmente il rischio ad esso associato. Per consentire una sufficiente accettazione è stato necessario mettere in atto ulteriori interventi: 1) eliminare la conflittualità tra la Prima e la Seconda Valutazione; 2) ridurre l'ansia elicitata dai triggers attraverso interventi di esposizione; 3) ridurre l'ansia elicitata dai triggers attraverso interventi di contrasto dei principali bias cognitivi identificati, quali ad esempio la sovrastima della probabilità e della gravità del danno temuto, il ragionamento emozio-

nale, il controllo ingenuo delle ipotesi e così via.

Questa seconda fase, quindi, è stata dedicata a motivare Chiara ad seguire le procedure di esposizione graduale, attraverso cui aumentare la sua tolleranza all'ansia e, allo stesso tempo, sospendere i rituali e i controlli (almeno in seduta). Gli interventi specifici di motivazione hanno richiesto un accurato bilancio dei costi di omissione legati al non eseguire i rituali e i controlli (come lei era spontaneamente portata a fare), sia i costi di commissione, e cioè il "prezzo da pagare" (in particolare la sofferenza procurata ai figli e l'impossibilità di vivere una vita normale), per aver eseguito i rituali e i controlli. Successivamente le è stato chiesto di effettuare un confronto tra i vantaggi e gli svantaggi connessi all'evitamento del rischio temuto attraverso le compulsioni. Per facilitare tale procedura, i vantaggi e gli svantaggi sono stati scritti su un unico foglio, in due colonne distinte e affiancate, così da favorire un confronto fra gli stessi. In questo modo, la paziente poteva contrastare il meccanismo cognitivo della focalizzazione o degli uni o degli altri, a seconda della distanza dall'evento temuto (costi di omissione a mente calda e costi di commissione a mente fredda).

Tramite questo diagramma e attraverso l'uso dello schema del disturbo è stato possibile mostrare a Chiara il conflitto del quale era vittima, volendo perseguire contemporaneamente due fini tra loro incompatibili: quelli della Prima Valutazione e quelli della Seconda Valutazione.

Le è stato chiesto quindi di utilizzare lo schema dei vantaggi e degli svantaggi negli episodi critici successivi, domandandole espressamente di ragionare e scegliere di volta in volta se mettere in atto o meno i rituali in base a quegli elementi della lista che in un dato momento le sembravano più importanti (le premeva di più perseguire in quel momento gli scopi della Prima o quelli della Seconda Valutazione?). L'intensa autocritica seguente all'attuazione dei rituali si è in questo modo ridotta, passando dalla valutazione di aver attuato un cedimento colpevole e sconsiderato (visti gli effetti sui familiari e su se stessa), a quella di aver deciso in base a scopi considerati sul momento più urgenti.

Fase 3: Esposizione e Prevenzione della Risposta

L'Esposizione e la Prevenzione della Risposta (ERP) è consistita nel far esporre in vivo la paziente alle situazioni in grado di suscitare i comportamenti compulsivi (cfr. triggers sopra elencati), a partire da quella vissuta da Chiara come maggiormente ansiogena, portandola così ad accettare un livello di minaccia maggiore che avrebbe facilitato poi la riduzione della percezione della minaccia stessa. Chiara ha imparato così a tollerare l'ansia connessa alle specifiche situazioni e a scegliere, prendendo in esame di volta in volta lo schema dei vantaggi e degli svantaggi, se accettare o meno il rischio associato al non attuare i rituali e i controlli. Un esempio della progressione di esposizioni effettuate è la seguente.

- a. Lasciare che un estraneo toccasse i figli.
- b. Lasciare che un estraneo entrasse in casa sua sedendosi ovunque e toccando un po' tutto, soprattutto oggetti che sarebbero stati toccati anche dalla figlia.
- c. Toccare un estraneo.
- d. Comprare cibi non confezionati.
- e. Sedersi su sedie imbottite e foderate (in case altrui, al cinema, al ristorante ecc.).
- f. Eseguire le esposizioni suddette prima in presenza della terapeuta e poi da sola.
- g. Andare a trovare i genitori (entrambi affetti da epatite) insieme alla figlia, lasciandosi e lasciandola toccare.

Il *rationale* e i vantaggi di questa procedura, condivisi con la paziente, sono stati diversi.

- a. Riduzione dell'ansia, attraverso processi di abitudine ed estinzione.
- b. Interruzione sul nascere dei circoli viziosi sopra descritti.

- c. Costatazione da parte di Chiara che i rituali erano 1) **inutili**: l'ansia passava ugualmente e più stabilmente senza ricorrere ad essi e una volta passata l'ansia il rischio le appariva meno probabile e meno grave; 2) **troppo costosi**: non accettando il rischio si rendeva la vita impossibile e faceva soffrire i suoi cari; e 3) **controproducenti**: senza attuare i controlli e le ruminazioni reiterati e confondenti l'ansia diminuiva prima e più stabilmente.
- d. Facilitazione dell'assunzione stabile di un reale atteggiamento di accettazione del rischio. Le procedure di esposizione sono state svolte inizialmente a casa della paziente con l'aiuto della terapeuta e progressivamente in modo più autonomo. In un secondo momento le è stato chiesto di eseguire esposizioni all'interno delle situazioni quotidiane, reintroducendo comportamenti fino ad allora evitati come, ad esempio, uscire con amici che avrebbero poi preso in braccio i figli.

Fase 4: Riduzione della vulnerabilità al DOC

Nell'ultima fase del trattamento, gli interventi sono stati finalizzati alla riduzione della spiccata disposizione di Chiara a temere le colpe e, più in particolare, il timore di poter essere oggetto di critiche per non aver agito responsabilmente (intervento sui temi della Prima Valutazione). A questo scopo sono state messe in atto una serie di tecniche cliniche.

1. Con la tecnica del doppio standard, Chiara ha potuto toccare con mano la propria tendenza ad usare criteri di valutazione differenti a seconda se ad essere giudicata era una sua condotta/omissione o quella di un'altra persona. Ha constatato in particolare che data una determinata situazione era pronta ad accusarsi duramente e a ritenersi facilmente oggetto di critica; mentre se il giudizio era indirizzato ad altre persone (amici, parenti ecc.) poste nelle sue stesse condizioni, le valutazioni erano significativamente più benigne.

2. Con la tecnica della torta delle responsabilità, la paziente ha potuto ridimensionare la propria responsabilità rispetto ad alcuni episodi del passato per i quali si sentiva ancora in colpa (ad es. il tentativo di suicidio della madre).

3. Con la tecnica *Imagery With Rescripting* (Young, Klosko e Weishaar 2003; Arntz e Weertman 1999), si è cercato di ridurre la sensibilità alle colpe, il timore di critica sprezzante e il timore di colpa attribuibili alla presenza, nella storia della paziente, di episodi "traumatici" di colpevolizzazione e disprezzo. In particolare, si è cercato di ridimensionare il timore di colpa e di disprezzo rabbioso "aggredendone la fonte", ossia rielaborando gli episodi prototipici nei quali questo tema di vita è stato messo a fuoco ed è stato consolidato dalla paziente.

Fase in corso e risultati raggiunti

La terapia è ancora in corso ed è al momento centrata sulla prevenzione delle possibili ricadute. A tal fine, con la paziente si sta essenzialmente lavorando sui seguenti punti.

1. Anticipazione e accettazione della possibilità di ricadute.
2. Individuazione di possibili eventi critici che potrebbero favorire l'attivazione dei bias cognitivi e dei circoli viziosi del disturbo.
3. Individuazione dei segni premonitori della ricaduta.
4. Aumento dell'auto-efficacia nella gestione del DOC attraverso il riconoscimento e il padroneggiamento delle procedure risultate più utili durante la terapia.

Anche agli occhi di Chiara risultano piuttosto evidenti i miglioramenti sia dal punto di vista dei sintomi che della qualità della vita. La paziente adesso ha infatti ripreso tutte le relazioni interpersonali prima evitate, ed è in grado di portare avanti insieme ai figli una vita sociale nor-

male e soprattutto di tollerare il dubbio che toccando qualcuno o qualcosa possa contrarre una malattia infettiva quale l'epatite C. L'unico punto dolente risulta la relazione con il marito, ancora oggi estremamente problematica.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM/IV)*, IV ed. APA Press, Washington DC. Tr. it. *Manuale Diagnostico e Statistico del Disturbi Mentali, IV ed.* Masson, Milano 1996.
- 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.
- Mancini F. (in press). Il disturbo ossessivo-compulsivo. In B. Bara (in press). *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*. Bollati, Torino.
- 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.