

Pubblicato su:
PSICOTERAPIA, 23-24, 2001

Un modello cognitivo del disturbo ossessivo-compulsivo

Francesco Mancini.

Direttore della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, Associazione di Psicologia Cognitiva,
Roma

La corrispondenza può essere inviata a Francesco Mancini,
c/o Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, Associazione di Psicologia Cognitiva,
Via Marcantonio Colonna, 60, Roma, 00192.
Te. : 06-3216898, 3243115, 3216801
Fax: 06-3222743.
E-mail: mancini@apc.it

1 - Introduzione.

In questo articolo intendo dare una spiegazione del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) in termini strettamente cognitivi, vale a dire utilizzando la nozione di mente intesa come sistema di scopi e conoscenze con cui l'agente valuta la propria esperienza e che regola le reazioni emotive, l'attività mentale e la condotta. (Miceli e Castelfranchi, 1995).

Questa impostazione si differenzia sia dalla prospettiva comportamentista, sia da quella neuropsichiatrica ma anche da quelle impostazioni cognitiviste che cercano di ricondurre il DOC al deficit o alla distorsione di alcune funzioni cognitive basiche (Reed, 1985; Tallis, 1995a, b; Galderisi, Amida e Maj, 1996; Dèttore, 1998). La differenza fondamentale consiste nel fatto che si attribuisce all'attività ossessiva un significato ed un fine. Seguendo questa impostazione, ossessioni e compulsioni possono essere considerate attività finalizzate al raggiungimento di un obiettivo, che è presente nella mente del paziente.

Il modello cognitivo del DOC che propongo in questa sede, si inserisce in una tradizione cognitivista che è stata profondamente segnata dal contributo di Carr (1974). Questo autore ha infatti ipotizzato che l'anticipazione di una minaccia possa essere alla base del DOC. Ossessioni e compulsioni sarebbero dunque il tentativo di prevenire o neutralizzare un evento, valutato probabile e dannoso dal paziente stesso. Inoltre, se consideriamo il fatto che gli ossessivi tendono a sopravvalutare le probabilità dell'evento dannoso, possiamo facilmente comprendere e giustificare l'apparente sproporzione tra investimento ossessivo e minaccia reale. Ossessioni e compulsioni hanno un senso ed una finalità che diventano evidenti nel momento in cui se ne individuino i determinanti cognitivi, ovvero le previsioni e le valutazioni del paziente (Carr, 1974).

Nonostante il modello che presenterò in questo articolo possa risultare molto vicino al modello di Carr, se ne differenzia per un aspetto cruciale. Infatti, la tesi da me sostenuta consiste nel fatto che alla radice del DOC non vi sia tanto la previsione di una minaccia aspecifica quanto piuttosto l'anticipazione di una colpa per irresponsabilità. In tal senso sarebbero coinvolti, sia nella genesi che nel mantenimento del DOC, scopi morali e credenze che riguardano o la possibilità di agire/omettere in modo da causare un danno ingiusto o la trasgressione di una norma morale.

Questa interpretazione causale del DOC prende spunto da un'antica e solida tradizione che attualmente gode di ampio credito e rinnovato interesse. Sono stati infatti molti, nel corso dei secoli, gli autori che hanno ritenuto che alla base del DOC vi sia un'eccessiva preoccupazione per la possibilità di essere colpevoli. L'idea che il senso di responsabilità sia strettamente coinvolto nel DOC ha una lunga storia iniziata precedentemente alle prime osservazioni sistematiche ed ai primi resoconti redatti da medici. Shakespeare, nella prima scena del quinto atto del Macbeth, ci presenta Lady Macbeth impegnata in un rituale ossessivo di lavaggio, connesso, in modo evidente, al senso di colpa per i delitti commessi. (cit. in Lensi et al. 1993). Nel 18° secolo, Taylor ed altri studiosi, soprattutto anglosassoni (cit. in Insel 1990), ritenevano che alla radice del disturbo vi fosse una scrupolosità esagerata, un eccesso di religiosità ed una spiccata attitudine alla preoccupazione morale. E' ben noto che Freud (1909), nel famoso saggio "L'uomo dei topi", ha ampiamente sottolineato la rilevanza del senso di colpa. Più recentemente McFall e Wolkershein (1979), riprendendo alcune osservazioni psicoanalitiche in una prospettiva cognitivista, hanno ricondotto il DOC ad una serie di convinzioni che sostengono una posizione onnipotente e di controllo, per cui il paziente si ritiene responsabile della prevenzione di possibili disastri (Dèttore, 1998).

Negli ultimi anni, anche solo rimanendo in un'ottica interpretativa da parte di autori cognitivisti, abbiamo assistito ad un proliferare di ipotesi sulla genesi e il mantenimento del DOC. Ad esempio, Guidano e Liotti (1983), Guidano (1988), Reda (1987), Lorenzini e Sassaroli (1992), Bara, Manerchia e Pelliccia (1996) hanno attribuito notevole importanza alla dialettica tra un'immagine di sé di persona buona ed una dominata da immoralità e perversione. Ugazio (1997) ha approfondito gli aspetti relazionali del DOC, tanto quelli attuali quanto quelli anamnestic, sottolineando come in questo contesto assuma un ruolo fondamentale il conflitto tra una moralità desiderata, ma considerata "mortifera", e un'immoralità temuta ma, al contempo, desiderata perché "vitale". La letteratura cognitivista cosiddetta standard (Rachman, 1997, 1998; Salkovskis 1985, Salkovskis et al., 1998; OCCWG, 1997), dal canto suo, attribuisce un ruolo cruciale nello sviluppo e nel mantenimento del DOC ad un senso di responsabilità particolarmente spiccato (inflated responsibility).

Nonostante questi modelli rendano ragione di alcuni comportamenti ossessivi ed abbiano il grande merito di aver enfatizzato l'importanza del senso di responsabilità e della moralità in questo disturbo, i loro limiti maggiori risiedono nel fatto che:

- 1) non si occupano del processo che porta dall'anticipazione di una colpa temuta ad un comportamento caratterizzato da ossessioni e compulsioni;
- 2) hanno delle difficoltà a spiegare l'egodistonia caratteristica del DOC.

Inoltre, è importante sottolineare come il fatto che alcuni autori non analizzino gli ingredienti cognitivi della colpa e della minaccia di colpa, o che altri tendano a confondere la responsabilità con il nesso di causa/effetto e l'assunzione di responsabilità con il timore di commettere un errore colpevole, comporti una spiegazione soltanto parziale del comportamento del DOC.

In questo articolo si propone un modello del DOC che si fonda sulle acquisizioni della psicologia cognitiva, intesa come approccio psicologico teso alla comprensione di scopi e conoscenze (Miceli e Castelfranchi, 1995). In particolare si farà dunque esplicito riferimento ad assunzioni relative al senso di colpa (Castelfranchi, 1994; Mancini, 1997) e al senso di responsabilità (Conte e Castelfranchi, 1996) e al processo di controllo delle ipotesi (Trope e Lieberman, 1996).

2 - Linee generali del modello.

Spiegare il DOC in chiave cognitiva significa individuare le caratteristiche che un sistema di scopi e conoscenze deve avere per generare un'attività frequente, ripetitiva, persistente ed egodistonica, così come quella ossessiva.

Il modello proposto si fonda sull'idea che alla base del disturbo ossessivo vi sia il forte timore che una propria azione (od omissione) possa causare un danno iniquo a sé, ad altri, o la trasgressione di una norma morale. Se questo è vero, ossessioni e compulsioni non sono altro che tentativi di prevenire la colpa minacciata.

Da tale modello derivano due previsioni principali:

- 1) se c'è un DOC allora c'è un intenso timore di colpa per irresponsabilità;
- 2) se c'è un timore intenso di colpa per irresponsabilità allora c'è una condotta con caratteristiche ossessive, ovvero ripetitività, persistenza, alta frequenza e stereotipia.

Il carattere egodistonico delle ossessioni e delle compulsioni deriva dal fatto che questi comportamenti vengono valutati criticamente dalla stessa persona che li mette in atto. A questa seconda valutazione negativa, o meta-valutazione, il paziente reagisce con dei tentativi di prevenire e contenere le ossessioni e le compulsioni, ovvero quei comportamenti che sono fonte di auto-rimprovero. Questi tentativi hanno però, a loro volta, un effetto controproducente che tende ad aggravare e a mantenere l'attività ossessiva.

3 - Il piano dell'articolo.

Nel prossimo paragrafo esaminerò gli ingredienti che generano e modulano il timore di colpa per irresponsabilità.

Nel quinto paragrafo considererò come l'anticipazione di una colpa, a condizione che questa sia di una certa importanza, incombente e non sia accettata dal soggetto, si traduca in un atteggiamento cognitivo, definito prudenzial-colpevolista, capace di rendere l'attività preventiva frequente, ripetitiva e persistente, vale a dire, che abbia le stesse caratteristiche dell'attività ossessiva. Presenterò inoltre alcune evidenze sperimentali a sostegno dell'ipotesi che ad un timore di colpa per irresponsabilità segua un'attività preventiva persistente e ripetitiva, anche in persone che non hanno problemi connessi al DOC.

Nel sesto paragrafo esaminerò le prove cliniche, sperimentali ed empiriche che dimostrano il ruolo cruciale del timore di colpa nel DOC.

Nel settimo paragrafo mostrerò come l'intervento di un meta-livello valutativo renda ragione degli aspetti egodistonici del DOC. Inoltre in questo paragrafo vedremo in che modo i tentativi di contenimento dell'attività ossessiva, generati dalla stessa meta-valutazione negativa, contribuiscano all'aggravamento e al mantenimento di ossessioni e compulsioni.

L'ottavo paragrafo è dedicato ad evidenziare come il timore della colpa entri in gioco anche in quei casi di DOC in cui sembrerebbe assente o che, addirittura, sembrano del tutto svincolati dalle valutazioni del soggetto.

Nel nono identificherò il piano esistenziale e strategico in cui si inseriscono e trovano il loro senso ultimo le strutture cognitive che regolano il DOC.

Nell'ultimo paragrafo presenterò infine alcune ipotesi circa i fattori relazionali che possono rendere vulnerabili al DOC.

4 - L'anatomia cognitiva del timore di colpa per irresponsabilità.

In questo paragrafo intendo esaminare gli ingredienti cognitivi che normalmente contribuiscono alla produzione ed alla modulazione della minaccia di colpa per irresponsabilità. Conte e Castelfranchi (1996) hanno messo in evidenza come gli ingredienti necessari per generare questo tipo di timore sono:

- la previsione che una propria azione/omissione possa causare un danno iniquo a sé o ad altri, e/o la trasgressione di una norma morale;
- l'assunzione di avere la libertà di agire diversamente, e che, dunque, l'azione/omissione sia sotto il proprio controllo;
- uno scopo morale attivo nella mente del soggetto che prescriva di agire diversamente.

A differenza di quanto accade nel timore della colpa del sopravvissuto, (Castelfranchi, 1994; Mancini, 1997) l'azione/omissione potenzialmente colpevole è definita esplicitamente e chiaramente. Mentre il sopravvissuto si sente in colpa per essere stato ingiustamente favorito dalla sorte rispetto ai compagni che hanno sofferto un danno iniquo, colui che soffre per un timore di colpa da irresponsabilità sa esattamente cosa deve fare, o evitare di fare, per agire moralmente.

Il timore della colpa per irresponsabilità può essere più o meno intenso. Il primo fattore che può modificare l'intensità di questo timore consiste nella gravità attribuita alla minaccia. A sua volta, la gravità attribuita alla minaccia dipende da:

- quanto il soggetto reputa probabile di agire/omettere in modo colpevole.
- quanto pensa che sia elevata la propria libertà di agire diversamente. In questo caso, se la persona pensa di avere il controllo totale sulla propria azione/omissione, riterrà anche che la minaccia sia massima;
- quanto assume che sia forte il nesso di causa/effetto tra la propria azione/omissione e l'esito. Secondo questo parametro, la minaccia è al massimo della gravità se l'agente ritiene che la propria azione/omissione sia una condizione necessaria e sufficiente per l'esito;
- quanto assume che l'esito sia moralmente grave, cioè che comprometta in modo significativo uno scopo morale dell'agente;
- quanto è elevato il coefficiente di valore dello scopo morale coinvolto;
- quanto ritiene di essere l'unico o principale responsabile ovvero da quanto ritiene che vi siano dei corresponsabili.

Un secondo fattore che contribuisce a modulare l'intensità del timore della colpa per irresponsabilità è rappresentato dalla percezione di imminenza della minaccia, ovvero da quanto si ritiene di essere in procinto di agire/omettere in modo colpevole.

Un ulteriore fattore coinvolto nella modulazione dell'intensità del timore della colpa per irresponsabilità è costituito da quanto la colpa minacciata venga sentita, dal soggetto stesso, come inaccettabile.

L'inaccettabilità dipende non solo dalla gravità soggettiva della colpa, ma anche da quanto comprometterebbe il bilancio scopistico complessivo del soggetto. A parità di gravità, è più facile accettare una colpa che implichi dei vantaggi per altri scopi piuttosto che una colpa che non abbia nessuna implicazione positiva.

I timori circa le proprie azioni/omissioni possono essere distinti a seconda che il soggetto tema di agire colpevolmente per un uso inadeguato dei poteri di cui dispone o per un'intenzione malvagia ovvero, in questo caso, vi è un'attribuzione causale dell'inefficienza ad una propria intenzione. Si può temere di "peccare" di inefficienza ne:

- l'uso dei propri poteri cognitivi come l'attenzione, la memoria, l'elaborazione delle informazioni, le capacità di apprendimento. Ad esempio si può temere di distrarsi, di non ricordare, di elaborare le informazioni in modo troppo superficiale, ottimista ed imprudente, di non prepararsi a sufficienza attraverso lo studio e l'allenamento.
- l'esecuzione di compiti, che pur si sa di essere in grado di poter svolgere. Ad esempio si può temere di guidare l'auto o di eseguire un intervento chirurgico male ed al di sotto delle proprie possibilità.

- non sfruttare le risorse disponibili e dunque, ad esempio, sprecare tempo, non cogliere l'occasione favorevole, lasciar cadere delle buone opportunità ("Credo a tutto perché ho paura di non credere la cosa giusta").

Relativamente alle cause supposte alla base di tale inefficienza, essa può essere attribuita a:

- disposizioni stabili, come ad esempio accade a chi è convinto di essere una persona facilmente distraibile,
- situazioni contingenti, come capita quando si teme di guidare male perché si ritiene di aver riposato poco la notte precedente,
- a scarsa motivazione, come ad esempio accade a chi assume di essere "menefreghista".

E' possibile temere una colpa per irresponsabilità anche perché si ritiene di avere una vera e propria motivazione al male, nel qual caso si teme il passaggio all'atto. La motivazione malvagia può essere intesa come spinta o impulso perverso, come desiderio, come intenzione.

E' evidente che il timore da inefficienza e quello relativo alle cause di tale inefficienza non necessariamente si escludono. Così, ad esempio, una persona può temere di lasciar correre e non impegnarsi a prevenire un danno iniquo, perché ritiene di non essere sufficientemente motivata, ovvero di avere un'intenzione "malvagia".

La percezione di una minaccia di colpa può anche coinvolgere quelle circostanze esterne o attività del soggetto che egli stesso pensa possano facilitare o determinare l'azione colpevole, così come chi teme di compiere atti impuri teme anche di esporsi alle tentazioni. A questo proposito, ad esempio, Manuela, che temeva di commettere atti sessualmente perversi a danno di bambini, provava una forte ansia tutte le volte che si avvicinava ad un bambino perché paventava l'attivazione di impulsi pedofili.

5 - La fisiologia del timore di colpa per irresponsabilità.

Il timore di colpa per irresponsabilità, come qualunque altro stato emotivo, influenza i processi cognitivi e dispone il soggetto all'azione preventiva (Bower, 1981; Oatley e Johnson-Laird, 1987; Frijda, 1986). I processi cognitivi possono essere influenzati dal timore di una colpa o in una direzione prudenzial-colpevolista oppure in una rassicurante-innocentista. La differenza tra i due orientamenti cognitivi consiste nel come il soggetto tende a raccogliere e valutare le informazioni che riguardano ciò che egli teme e la conseguente attività preventiva. Quando si assume un orientamento prudenzial-colpevolista, si tende più facilmente a confermare, o addirittura rafforzare, le assunzioni circa la possibilità della colpa e a considerare insufficienti i tentativi di prevenzione. Nel secondo caso in cui, al contrario, si abbia un orientamento rassicurante-innocentista, l'elaborazione delle informazioni tende a raggiungere risultati opposti. Questa differenza di risultato dipende principalmente dall'ipotesi che il soggetto mette a fuoco. Il prudente-colpevolista parte da un presupposto di colpevolezza e concentra la propria attenzione sull'ipotesi di poter essere colpevole. Per il rassicurante-innocentista, invece, l'ipotesi attiva (focal hypothesis) è di essere innocente.

La scelta dell'ipotesi attiva dipende dall'intensità del timore. Quando il timore è maggiore, è più probabile che venga focalizzata l'ipotesi colpevolista, mentre se il timore è modesto è più probabile che l'ipotesi attiva sia quella innocentista. In particolare, il soggetto assume un atteggiamento colpevolista se la possibilità di essere colpevole gli appare più probabile e più saliente della possibilità di essere innocente (Higgins, 1987; Tversky e Kahneman, 1981), se pensa che può prevenire la colpa temuta (Trope e Liberman, 1996), se ritiene che trascurare la possibilità di prevenirla possa essere molto costoso (Dweck e Legget, 1987), e se non è disposto ad accettare che si realizzi la colpa minacciata. Al contrario, la stessa persona assume un atteggiamento rassicurante-innocentista se considera poco probabile la possibilità di commettere una colpa, se pensa di non avere il potere di prevenirla, se ritiene che il rischio di sbagliare nel considerarsi innocente sia meno gravoso del rischio inverso, o, infine, se ritiene accettabile la colpa minacciata.

Sulla base dei dati che riassumerò in un paragrafo successivo, è ragionevole ritenere che i pazienti con DOC siano fortemente preoccupati dalla possibilità di una propria colpa e, dunque, che tendenzialmente assumano un atteggiamento prudenzial-colpevolista. Ai fini del presente lavoro, è, pertanto, più interessante analizzare il modo in cui elabora le informazioni colui che ha assunto un atteggiamento prudente e colpevolista, vale a dire colui che, temendo grandemente la possibilità di una propria colpa, focalizza l'ipotesi peggiore.

A proposito di questo orientamento mi sembra particolarmente interessante, per comprendere le caratteristiche cognitive del paziente DOC, analizzare da vicino tre punti:

1) se il timore della colpa è molto accentuato e, dunque, l'atteggiamento prudenzial-colpevolista è netto, il soggetto, come ho accennato precedentemente, tende a confermare e rafforzare le assunzioni che sostengono il timore. Ciò accade elaborando le informazioni che riguardano il timore sia in modo euristico ed intuitivo sia con procedure analitiche e razionali.

2) se l'atteggiamento prudenzial-colpevolista è accentuato, è più probabile che la persona giudichi l'attività preventiva insufficiente e che, conseguentemente, la ripeta spesso e a lungo. Inoltre, in questo caso, il soggetto tende a non giustificarsi e, quando gli altri gli suggeriscono delle giustificazioni, anche plausibili, queste sono del tutto inefficaci.

3) se una qualunque persona, che dunque non presenti un problema DOC, teme di poter agire in modo irresponsabile, mette in atto dei tentativi di prevenzione che sono frequenti, ripetitivi e persistenti, ovvero che presentino le stesse caratteristiche dei comportamenti ossessivi.

Vedremo questi tre punti più in dettaglio nei prossimi paragrafi.

5 – 1 La conferma delle assunzioni che sostengono il timore di una colpa. .

Il processo di controllo delle ipotesi di colpevolezza, come del resto di qualunque ipotesi, può avvenire in due modi diversi. Il primo è prevalentemente euristico o pseudodiagnostico, il secondo, al contrario, analitico o diagnostico (Trope e Liberman, 1996). Così, ad esempio, se ci troviamo in condizioni di tranquillità e, conseguentemente, abbiamo maggiore facilità di accesso alle informazioni e più tempo per riflettere, allora possiamo anche valutare un eventuale rischio in modo lucido, razionale e accurato. Se, al contrario, siamo preda ad una forte emozione e pressati dall'urgenza della minaccia, allora prediligiamo quelle scorciatoie di pensiero che la psicologia cognitiva chiama euristiche. Le euristiche sono procedure di elaborazione delle informazioni che consentono di arrivare rapidamente ad una conclusione che, pur essendo approssimativa nella maggior parte dei casi, è sufficiente per muoversi adeguatamente nella vita di tutti i giorni. Secondo Trope e Liberman (id.) la scelta fra il procedimento pseudodiagnostico e quello diagnostico dipende da quanto il soggetto valuta gravi le conseguenze di commettere un errore nell'accettare o nel rifiutare un'ipotesi, da quanto reputa costosa la ricerca di informazioni, dalla facilità di accesso delle informazioni e dalla discrepanza tra il livello di credibilità raggiunto dall'ipotesi e il livello di credibilità atteso. Se i rischi che derivano dal fatto di accettare o di rifiutare erroneamente un'ipotesi sono considerati elevati, se raccogliere e testare nuovi dati non è considerato particolarmente gravoso, se si è molto incerti sull'ipotesi, allora si predilige una procedura diagnostica. In caso contrario si predilige una procedura pseudodiagnostica.

Fondamentalmente, la principale differenza tra i due metodi riguarda il grado in cui il soggetto prende in considerazione le ipotesi alternative. Infatti, nel metodo pseudodiagnostico il soggetto si concentra quasi esclusivamente sull'ipotesi attiva, ignorando le ipotesi alternative. Quando seguiamo questa procedura, tendiamo a ricercare le prove congrue con la nostra ipotesi e a trarre dai dati solo quelle inferenze che la confermano. Così facendo, tendiamo a non controllare l'attendibilità di quelle stesse prove che stiamo considerando e a non pensare a quale possa essere la probabilità di base che i fatti stiano come ipotizzato. Ne consegue che in questo modo tendiamo a confermare l'ipotesi attiva con delle informazioni che sarebbero in realtà del tutto insufficienti in un processo di verifica delle ipotesi.

Utilizzando il metodo diagnostico, al contrario, si svolge un'analisi esaustiva sia dell'ipotesi attiva sia di quelle alternative. In questo caso tendiamo più facilmente a generare ipotesi alternative e a tenerle presenti nelle varie fasi del processo di controllo delle ipotesi. La maggiore sensibilità alle alternative e la maggiore disponibilità di esse riduce la tendenza a confermare l'ipotesi attiva. I risultati della procedura diagnostica risentono tuttavia del fatto che il soggetto potrebbe considerare più dannoso rifiutare erroneamente l'ipotesi attiva che conservarla infondatamente. In questo caso il soggetto potrebbe utilizzare due criteri diversi per rifiutare ed accettare l'ipotesi attiva, diminuendo l'area di rifiuto dell'ipotesi, ed aumentando quella di accettazione della stessa. Se il soggetto considera l'errore legato ad accettare come vera l'ipotesi falsa meno pericoloso di quello legato a rifiutare l'ipotesi vera, richiederà un maggior numero di informazioni per rifiutare l'ipotesi piuttosto che per accettarla. Di conseguenza l'ipotesi attiva, indipendentemente dal fatto che sia vera o falsa, tende ad essere accettata più di quanto tenda ad essere rifiutata.

Se una persona è molto spaventata dal fatto di poter abbassare la guardia e commettere un errore, di comportarsi in modo irresponsabile, ovvero se è di fronte ad una minaccia di colpa per irresponsabilità, allora

tenderà a confermare e a rafforzare le assunzioni di minaccia, sia che controlli l'ipotesi in modo pseudodiagnostico sia che le controlli in modo diagnostico.

5 – 2 – Giudicare insufficiente l'attività preventiva.

Le conseguenze dell'atteggiamento prudenzial-colpevolista riguardano l'attività preventiva e quella autogiustificativa. Per attività preventiva si intende quell'attività tesa ad utilizzare le proprie possibilità per prevenire il danno iniquo e/o la trasgressione di una norma morale, mentre per attività autogiustificativa ci si riferisce ad un'attività di revisione delle credenze che sostengono il timore di colpa.

L'attività preventiva è regolata dalla valutazione che, di volta in volta, il soggetto fa dell'esito raggiunto e della quantità di poteri residui. La prevenzione cessa se il soggetto ritiene di aver ridotto o, addirittura, annullato le probabilità del danno iniquo o della trasgressione della norma, o se ritiene di aver fatto tutto quanto in suo potere per ottenere l'esito moralmente auspicabile. Il soggetto persiste nella ripetizione della attività preventiva finché non assume che l'esito prescritto sia stato raggiunto e/o che per lui è impossibile o troppo costoso raggiungerlo. L'investimento nella prevenzione dipende, quindi, da come il soggetto risponde a due domande fondamentali: "ho raggiunto l'esito prescritto?" , "ho fatto tutto ciò che potevo per raggiungerlo?". La risposta a queste due domande è largamente influenzata dall'atteggiamento cognitivo che abbiamo definito prudenzial-colpevolista ed in questo caso è tendenzialmente negativa per entrambe. Proprio per questo motivo, ovvero per il fatto che la persona, in un'ottica prudenzial-colpevolista, risponde in modo negativo a queste domande, i tentativi di prevenzione che mette in atto acquistano le caratteristiche di ripetitività e persistenza. I tentativi di prevenzione diventano ripetitivi in senso ancor più stretto se colui che li mette in atto ritiene che non vi siano altre strade utili oltre a quella già tentata e se crede di non averla sfruttata fino in fondo, ovvero di non aver fatto abbastanza. Dal momento che l'atteggiamento prudenzial-colpevolista implica l'abbassamento della soglia che deve essere superata affinché uno stimolo, pur se banale, possa innescare l'attività preventiva, i tentativi di prevenzione diventano anche frequenti, oltre ad essere ripetitivi e persistenti. Inoltre, l'attività preventiva può diventare stereotipata e ritualizzata perché in questo modo il soggetto ha la percezione di poter ridurre le probabilità di sbagliare e di aumentare quella di accorgersi di un eventuale errore (Carr, 1974).

Le attività preventive possono essere distinte in due grandi gruppi. Da un lato vi sono le strategie che puntano direttamente a realizzare quanto prescritto dallo scopo morale, dall'altro vi sono le strategie di autocontrollo vero e proprio. Supponiamo, ad esempio, il caso di uno studente che teme di essere meritatamente bocciato. L'attività preventiva più semplice consisterebbe nell'ottimizzare le condizioni necessarie per lo studio, come ad esempio procurarsi i libri migliori, studiare più a lungo, più spesso e ripetere più volte il programma. Queste attività sono dunque strategie volte alla realizzazione dello scopo.

Le strategie di autocontrollo dipendono dalla spiegazione che il soggetto si dà della propria possibile irresponsabilità, vale a dire dalle ragioni per le quali il soggetto prevede di poter agire in modo irresponsabile. Sono possibili due principali generi di spiegazione, non necessariamente escludentisi. Il primo genere di spiegazione fa riferimento alla presenza di motivazioni malvagie o alla assenza di motivazioni positive sufficienti. In questo caso, il soggetto prevede di agire/omettere in modo colpevole perché assume di essere motivato al male o di essere scarsamente motivato al bene. Il secondo genere di spiegazioni fa riferimento alla distrazione: il soggetto pensa di poter agire/omettere di agire in modo colpevole per scarsa concentrazione, ovvero per facile distraibilità. Il soggetto può attribuire la tendenza a distrarsi a fattori contingenti e occasionali, come la stanchezza, o ad una disposizione stabile, come avviene quando si ritiene di essere una persona distratta o superficiale.

Nelle strategie di autocontrollo l'attività preventiva consiste nel controllare la presenza e l'eventuale forza di motivazioni e disposizioni negative. Il soggetto tenta di raggiungere dunque il suo obiettivo attraverso sistematiche messe alla prova, evitando le tentazioni e i fattori potenzialmente distraenti, ricercando pratiche di controllo dello stato mentale, ed allenandosi per svilupparle.

Come ho accennato, un'altra caratteristica importante che si riscontra quando si assume un atteggiamento colpevolista, è il fatto di tendere a rifiutare le autogiustificazioni.

Le giustificazioni sono di diverso genere ma consistono sempre nella revisione delle assunzioni sulle quali si regge il timore di una colpa. La revisione può modulare le assunzioni o arrivare addirittura a rifiutare ogni addebito (Poggi, 1994). Colui che si giustifica insiste, fondamentalmente, su due aspetti. Cerca di mostrare in primo luogo che il danno non è poi tanto grave o tanto iniquo, in secondo luogo che il suo potere è limitato e,

dunque, che l'esito dipende ben poco da lui, che non può agire in modo tanto diverso e, infine, che esistono altri corresponsabili. (Per una disamina delle possibili strategie di giustificazione cfr. Poggi, 1994).

5 – 3 Il timore di poter agire in modo irresponsabile e i tentativi di prevenzione frequenti, ripetitivi e persistenti. Da quanto detto finora si può concludere che maggiore è il timore di colpa per irresponsabilità, più si accentua l'atteggiamento cognitivo prudenzial-colpevolista. Di conseguenza diventa maggiore l'insoddisfazione per la propria attività preventiva e si incrementa la resistenza alle giustificazioni. Maggiore è l'insoddisfazione per l'attività preventiva, maggiore risultano la frequenza, la ripetitività e la persistenza della attività preventiva. L'attività preventiva diventa particolarmente ripetitiva sotto alcune condizioni e stereotipata sotto altre condizioni.

In breve, a condizione di essere elevato, il timore di colpa per irresponsabilità si traduce in modalità di pensiero e di azione simil-ossessive. Ciò sembra essere confermato da due studi sperimentali (Ladouceur et al. 1995; Mancini, D'Olimpio e Cieri, 2000). Entrambi gli studi hanno utilizzato, come soggetti sperimentali, persone estratte a caso dalla popolazione normale. Nel primo studio, il compito dei soggetti consisteva nel risolvere un compito di discriminazione visiva di alcune capsule colorate in modo diverso. Ai soggetti del gruppo sperimentale lo sperimentatore sottolineava il fatto che un errore anche molto banale nell'esecuzione del compito avrebbe potuto tramutarsi in un grave danno per altre persone, mentre ai soggetti del gruppo di controllo veniva detto che il compito era semplicemente una prova pre-sperimentale sulla capacità di discriminazione visiva (quindi una situazione in cui non era previsto un danno né a livello reale né morale). I risultati di questo studio hanno mostrato che i soggetti posti in condizioni di responsabilità (gruppo sperimentale) ripetevano i controlli molte più volte e più a lungo dei soggetti del gruppo di controllo. Nel secondo studio i soggetti dovevano svolgere un compito di memoria spaziale. I soggetti ricevevano tre istruzioni diverse: al primo gruppo (gruppo di controllo) veniva detto semplicemente che il compito consisteva nel riposizionare correttamente gli stimoli, ovvero in questa condizione non si induceva alcun tipo di responsabilità nei soggetti; al secondo gruppo (gruppo di responsabilità indotta) si diceva che commettere degli errori avrebbe provocato un danno iniquo allo sperimentatore; infine nel terzo gruppo (responsabilità "composta") si induceva il timore di non essere all'altezza della propria responsabilità, ovvero il timore di poter commettere degli errori che avrebbero provocato un danno iniquo allo sperimentatore. I risultati hanno evidenziato una differenza significativa tra i tre gruppi in termini di ripetizioni dei controlli, durata degli stessi e quantità di dubbi durante lo svolgimento del compito, dove il gruppo di responsabilità "composta" compie il maggior numero di controlli, per un tempo maggiore e riferisce di avere più dubbi rispetto agli altri gruppi. I risultati di questo studio sembrano indicare che non sia tanto l'assunzione di responsabilità a indurre atteggiamenti simil-ossessivi, quanto piuttosto il fatto di temere la possibilità di agire irresponsabilmente.

6 - Le prove del ruolo del timore di colpa per irresponsabilità nella genesi e nel mantenimento del disturbo ossessivo.

Le prove sono di tre generi: clinico, sperimentale ed empirico.

6 – 1 Le prove cliniche.

Qualunque disturbo ossessivo va incontro normalmente a delle variazioni spontanee. Non sempre, infatti, stimoli analoghi innescano reazioni ossessive di uguale intensità. A volte ciò accade per ragioni banali, come ad esempio il livello di stanchezza del soggetto. Altre volte, invece, un'analisi accurata del fenomeno si rivela di estremo interesse poiché permette uno studio quasi anatomico delle diverse componenti cognitive e del loro peso causale. Lo studio del caso singolo si presta ad osservazioni quasi-sperimentali che possono dare dei risultati più suggestivi e, se condotti seguendo la logica sperimentale, anche più robusti di quelli prodotti dalle ricerche empiriche, prevalentemente correlative. L'osservazione di un comportamento, anche di un singolo caso, è particolarmente utile come fonte di idee e ipotesi. Nonostante le osservazioni sui casi clinici non possano fornire una forte casualità sul piano metodologico, spesso offrono una dimostrazione drammatica e persuasiva e rendono concreto e intenso ciò che altrimenti servirebbe solo come principio astratto (per approfondimenti, Kazdin, 1992). Il caso clinico inoltre, pur non permettendo di formulare affermazioni a carattere generale, costituisce un primo campo in cui testare la generalizzabilità di un'ipotesi. A questo proposito, ricordando che stiamo valutando l'importanza del timore di colpa per irresponsabilità nella

genesì e nel mantenimento del disturbo ossessivo, osserviamo in dettaglio un episodio significativo di una paziente con DOC.

Maria aveva paura di contagiarsi l'AIDS. Un giorno dovette cambiar casa. Si affidò, per il trasloco, ad una ditta che le fece trovare tutti gli oggetti della vecchia casa nella nuova. Quando Maria mise piede nel nuovo appartamento fu assalita dal panico. Tutto, ma proprio tutto, mobili, vestiti, suppellettili, utensili da cucina, biancheria era stato toccato dai trasportatori. Tutto, dunque, poteva essere stato contaminato ed essere a sua volta fonte di contagio. Nell'arco di pochi minuti (molti di meno di quelli normalmente richiesti dalla naturale estinzione della risposta d'ansia) realizzò che la possibile diffusione della contaminazione era talmente vasta da rendere praticamente inutile e superfluo qualunque tentativo di decontaminazione. Questa constatazione fu paradossalmente seguita da una diminuzione dell'ansia, non dall'aumento che ragionevolmente ci si sarebbe dovuto aspettare. Altrove (Mancini, 1998), riprendendo la proposta di Beck, Emery e Greenberg (1985), ho suggerito la seguente formula per determinare l'intensità del senso di minaccia:

$$M = (\text{Prev} \times \text{Poev} \times \text{Vd}) / (\text{Poti} + \text{Pote})$$

dove

M = intensità del senso di minaccia

Prev probabilità dell'evento;

Poev = potere dell'evento di causare un danno;

Vd = valore del danno

Poti = poteri interni

Pote = poteri esterni che il soggetto assume di avere a disposizione.

Se si tiene conto di questa formula, appare chiaro che la consapevolezza della assoluta mancanza di un qualunque potere utile a prevenire il danno, dovrebbe tradursi in aumento dell'ansia. Maria, al contrario, sperimentò un calo netto dello stress emotivo proprio nel momento in cui realizzò la propria mancanza di poteri. Questo fatto si può spiegare considerando che il problema di Maria non fosse tanto il contagio in sé, quanto, piuttosto, il timore di poter essere colpevole di non aver prevenuto il contagio. Nel momento in cui realizzò di non poter fare nulla per prevenire, venne meno uno degli ingredienti che è necessario per sentirsi responsabili e dunque si tranquillizzò. (Nemo ad impossibilia tenetur).

In effetti, in tutte le circostanze in cui Maria riteneva di non poter fare nulla per prevenire il contagio, si tranquillizzava e non metteva in atto i rituali di lavaggio, "tanto ormai non ci posso fare più nulla!". Purtroppo per Maria, tali circostanze erano piuttosto rare.

In molti pazienti con rituali di controllo, di lavaggio o di pulizia si assiste ad un fenomeno interessante (Rachman e Hogdson, 1980). L'intensità della sintomatologia varia a seconda del posto in cui si trova il paziente: è maggiore in casa propria, diminuisce in casa d'altri. Ad esempio, Rebecca era afflitta dal timore di essere contaminata da una sostanza disgustosa, le uova dei pidocchi, e dai conseguenti rituali di lavaggio. La sintomatologia era particolarmente grave ma si riduceva in modo immediato e sensibile se la paziente si allontanava da casa propria e andava in vacanza. Il fatto interessante è che il sollievo era di intensità molto diversa a seconda se andava in vacanza in albergo o in una casa completamente attrezzata o in una casa dove doveva portare stoviglie e biancheria. Il sollievo era totale nel primo caso, minore nel secondo, quasi nullo nel terzo. Ciò che cambiava era quanto la paziente sentiva che l'ambiente in cui si trovava le apparteneva. Questa sensazione era massima in casa propria e, comprensibilmente, minima in albergo. Quanto più la sensazione di possesso era netta, tanto più era intensa la responsabilità che sentiva di avere e, di conseguenza, il DOC.

È un'osservazione comune (Rachman 1993; Rachman e Hogdson, 1980) che i pazienti con DOC, specialmente i checkers, a casa d'altri si sentono meno responsabili e dunque stanno meglio. Come anche è noto che all'inizio di un ricovero o di una vacanza, quando ancora non hanno incluso nel proprio "territorio" il posto dove si trovano, stanno meglio, salvo peggiorare man mano che se ne appropriano e se ne sentono più responsabili.

Rachman e Hogdson (1980) hanno rilevato la difficoltà che il terapeuta comportamentale incontra nello stimolare l'ansia ossessiva nei checkers ed anche nei washers. Ricordando che uno degli ingredienti che modulano la gravità attribuita alla minaccia consiste in quanto il soggetto ritiene di essere l'unico o principale responsabile ovvero da quanto ritiene che vi siano dei coresponsabili, è facilmente intuibile che la presenza del terapeuta venga vissuta dal paziente come deresponsabilizzante e la deresponsabilizzazione è tendenzialmente incompatibile con la sintomatologia. La riflessione del paziente in queste circostanze è che può benissimo disinteressarsi della chiusura del rubinetto del gas, perché difficilmente il terapeuta lo lascerebbe aperto e anche se così fosse, la responsabilità di eventuali disastri sarebbe comunque sulle sue spalle. In generale la presenza di un'altra persona può ridurre il senso di responsabilità del paziente e quindi consentirgli di sperimentare un disagio minore e, conseguentemente, di svolgere il rituale in modo più sbrigativo. (Rachman e Hogdson, 1980).

L'osservazione clinica suggerisce in modo forte che alla base di ossessioni e compulsioni vi sia un'elaborazione delle informazioni pertinenti del tipo qui definito prudenzial-colpevolista.

Foa e Kozac (1986) hanno mostrato come i pazienti ossessivi tendano a dare per scontato che la minaccia di un pericolo temuto sussiste, a meno che non vi sia certezza del contrario.

Lorenzini e Sassaroli (1992) suggeriscono che i pazienti ossessivi tendono a confermare le ipotesi di minaccia e a falsificare quelle di sicurezza.

Un breve sketch clinico può aiutare a chiarire il punto e contribuire a spiegare la bizzarria dei timori ossessivi. Maria, come si è già detto, temeva la colpa di contagiarsi l'AIDS. Un giorno mi telefonò in preda ad una crisi d'ansia dicendomi che era stata sbadata e che per questo temeva di essersi contagiata. Raccontò il seguente episodio: la mattina era andata dal giornalaio ed aveva acquistato un rotocalco. Solo dopo averlo acquistato si era resa conto che sulla copertina vi era la foto di un famoso attore morente di AIDS. Appena notato il fatto ebbe una sgradevole sensazione di sporco alle mani, con le quali aveva toccato il giornale, e le venne in mente il sospetto di essersi contagiata tramite la foto. Fu assalita dall'ansia e dai rimorsi di non aver considerato prima la possibilità di una tale evenienza. Tornò di corsa a casa e cominciò a riflettere cercando di vedere se effettivamente vi fosse un rischio che, a tratti, le appariva proprio assurdo, ma nessuna considerazione rassicurante reggeva alle critiche di Maria. Alla fine le si presentò uno scenario in cui il contagio attraverso la foto era proprio possibile:

nella foto l'attore appariva in primo piano, dunque il fotografo gli era stato vicino e non poteva escludere che in questo modo si fosse contagiato, del resto le modalità di contagio non erano ancora ben note (si era nel 1985). Il fotografo, come la maggior parte dei fotografi professionisti, aveva, quasi certamente, sviluppato le foto da solo e dunque poteva averle contaminate. Poi aveva spedito le foto contaminate alla tipografia del giornale o, ancor peggio, le aveva consegnate di persona. Un tipografo le aveva prese e, di nuovo, Maria non poteva escludere che fosse stato contagiato a sua volta. Il tipografo probabilmente aveva toccato la rotativa, contaminandola, o proprio la copia che Maria aveva acquistato, dunque non era né legittimo né prudente rifiutare l'ipotesi di correre realmente il rischio di contagio.

6 – 2 Prove sperimentali.

L'ipotesi dell'esistenza di una forte relazione fra responsabilità e sintomatologia ossessiva è stata indagata in tre esperimenti che hanno utilizzato campioni di soggetti con DOC. Lopatka e Rachman (1995) hanno dimostrato che l'impulso al checking compulsivo, così come il livello di ansia e di disagio esperito, variano in relazione diretta alla responsabilità percepita. Più precisamente, ad una diminuzione del senso di responsabilità corrisponderebbero una significativa diminuzione sia della stima della probabilità attribuita al danno, che dell'ansia che del disagio e, inoltre, significativi decrementi nell'impulso a proseguire il checking compulsivo. Se, viceversa si produce un incremento del senso di responsabilità, si assiste ad un aumento significativo del senso di panico e della probabilità attribuita al danno. Questi autori hanno osservato come gli effetti ottenuti nella condizione di diminuzione della responsabilità siano molto più ampi rispetto a quelli ottenuti nella condizione di incremento di responsabilità. Questo effetto potrebbe essere dovuto al fatto che il livello di responsabilità dei soggetti ossessivi è già talmente elevato da permettere pochi aumenti ulteriori (effetto tetto).

Shafran (1997), utilizzando un campione di 36 pazienti con DOC, ha mostrato una relazione positiva tra aumento indotto di responsabilità e l'intensificarsi dei rituali di neutralizzazione, dell'ansia e del disagio e della probabilità attribuita al danno.

Ulteriori conferme provengono dagli studi di Ladouceur et al. (1997) che hanno trovato un incremento significativo dei controlli compulsivi in corrispondenza dell'aumento del senso di responsabilità per il risultato di una propria azione.

6 – 3 Ricerche empiriche.

La presenza di un forte senso di responsabilità è stata dimostrata in numerosi studi sull'attività compulsiva sia in soggetti clinici sia non clinici (Rachman et al., 1995; Rhéaume et al., 1995). La responsabilità risulta più elevata nei pazienti con DOC sia rispetto ai soggetti normali (Bouvard et al., 1997; Cartwright-Hutton e Wells, 1997), particolarmente nelle situazioni a basso rischio (Foa et al., 1998) che rispetto a pazienti con altre diagnosi. Recentemente Steketee, Frost e Cohen (1999) hanno confermato che la credenza di essere massimamente responsabili di ciò che potrebbe accadere è un criterio discriminante tra i pazienti con DOC da una parte e soggetti di controllo normali o affetti da anxiety disorders dall'altra proprio. Inoltre, Salkovskis et al. (2000) hanno mostrato, utilizzando un questionario apposito, che il senso di responsabilità è un buon predittore di ossessioni e compulsioni.

7 - Metavalutazione ed egodistonia.

Nella descrizione del DSM IV° è chiaramente evidenziato il carattere egodistonico delle ossessioni e delle compulsioni.

Le ossessioni sono definite, infatti, come pensieri che, oltre ad essere ricorrenti e persistenti, sono vissuti, in qualche momento del disturbo, come intrusivi ed inappropriati. La persona, si dice nel DSM IV°, tenta di ignorarli o di sopprimerli. Le compulsioni sono comportamenti o azioni mentali che la persona si sente obbligata a mettere in atto. Il paziente, in qualche momento nel corso del disturbo, ha riconosciuto che le ossessioni e le compulsioni sono eccessive o irragionevoli.

A ben vedere, spesso i pazienti giudicano le proprie ossessioni e compulsioni francamente minacciose e dannose e non soltanto inappropriate ed eccessive, ed è proprio perché se ne sentono minacciati e danneggiati che si impegnano nel tentativo di sopprimerle (Foa e Kozac, 1993; Insel, 1991). Sono molteplici gli aspetti dell'esperienza ossessiva che il paziente può considerare minacciosi e dannosi, come pure sono diversi gli scopi, rispetto ai quali, le ossessioni e le compulsioni sono valutate negativamente (Wells, 1997; Purdon e Clark, 1999). Ad esempio, i pensieri ossessivi possono essere considerati dannosi perché fanno perdere la concentrazione necessaria a studiare, perché il paziente crede che aver pensato alla morte di una persona cara sia il sintomo di un proprio desiderio omicida, o che aver pensato di aver compiuto un'azione malvagia significhi che si potrebbe aver agito davvero in quel modo (thought-action fusion, Rachman, 1997, 1998), o che aver pensato ad un evento negativo aumenti le probabilità dell'accadimento (thought-event fusion, id.). Ossessioni e compulsioni possono essere considerate dannose per il tempo che assorbono, per le rinunce che comportano, e per le ricadute che hanno sugli altri e sulla propria salute mentale. I danni per sé e per gli altri che il paziente ritiene essere implicati dall'attività ossessiva sono molteplici, ma sono accomunati dal fatto che lui stesso li considera iniqui e se ne sente responsabile. In molti casi, dunque, gli scopi morali del paziente sono ulteriormente minacciati o compromessi proprio da quella attività ossessiva che doveva prevenire la colpa.

Il fatto che i pazienti ossessivi si sentano responsabili delle proprie ossessioni e compulsioni, fa nascere un paradosso: come si concilia l'assunzione di responsabilità, che implica la nozione di potere e di controllo, con la sensazione che i pensieri ossessivi intrudano nella mente e che le compulsioni siano azioni obbligate? Come è possibile sentirsi responsabili di atteggiamenti, pensieri ed azioni che si sente di subire e che si vivono come imposti o che, più in generale, si percepiscono al di là del proprio controllo? Una prima osservazione è che tale possibilità esiste ed è anche piuttosto quotidiana e, dunque, non è peculiare dell'esperienza ossessiva. Tutti gli esseri umani, ad esempio, possono sentirsi in colpa per le conseguenze di una propria distrazione, cioè per aver agito senza che ci si rendesse conto delle conseguenze. Ci si può sentire in colpa anche per azioni od omissioni sulle quali non si aveva il pieno controllo, se si ritiene che il controllo avrebbe potuto essere acquisito. Per sentirsi responsabile ed in colpa è necessario assumere di avere il potere sulle proprie azioni ed omissioni ma non è necessario assumere che il controllo sia attuale, è sufficiente ritenere

che sia potenziale. L'ossessivo si può sentire responsabile delle proprie ossessioni e compulsioni anche se assume che sfuggano al suo controllo immediato e diretto, è sufficiente, infatti, che egli ritenga di avere la possibilità di acquisire tale controllo. Credere di non avere il controllo attuale sulle proprie azioni non implica la credenza di non avere neanche la potenzialità del controllo e ritenere che una propria azione sia al di là delle capacità di controllo attuali è compatibile con l'assunzione circa la potenzialità di acquisirlo. È possibile, dunque, sentirsi responsabili di un'azione o di un'omissione anche se si ritiene di non aver il controllo su di essa.

I pazienti ossessivi, in effetti, cercano di acquisire il controllo delle proprie ossessioni e compulsioni, e in questo non sono molto diversi dalla maggioranza degli esseri umani che normalmente tentano di controllare i propri stati mentali ed i propri comportamenti. Il punto è che i pazienti ossessivi falliscono sistematicamente in questi tentativi mentre di solito le persone ci riescono. Perché? Non certo per mancanza di impegno, nella maggioranza dei casi i pazienti dedicano molte energie e risorse a tentare di controllare ossessioni e compulsioni. Nemmeno per un deficit cognitivo o neuropsicologico, infatti riescono a controllare stati mentali e comportamenti diversi da quelli coinvolti nel disturbo ossessivo.

7-1. I tentativi di autocontrollo.

In generale, i tentativi di autocontrollo possono essere suddivisi tra quelli indirizzati a modificare l'ambiente, i significati attribuiti all'ambiente, gli stati mentali ed i comportamenti. I pazienti ossessivi sembrano utilizzare tentativi di autocontrollo che rientrano in tutte le categorie.

La prima strategia consiste nel cercare di eliminare le ossessioni e le compulsioni evitando, neutralizzando e riducendo ciò che le scatena. Si tratta di una strategia paradossale, simile a quella dell'alcolista convinto che, per smettere di bere, la strada migliore sia cercare di ridurre il più possibile il desiderio di bere e, dunque, beve per spegnere il desiderio di bere. Ad esempio, una paziente temeva di poter contagiare gli altri diffondendo, inavvertitamente, dei microbi. Per prevenire questa possibilità si impegnava in lunghi rituali di lavaggio. Il marito della paziente, però, tollerava molto male i suoi rituali di lavaggio e la attaccava duramente se la sorprende a lavarsi. La paziente, al fine di prevenire le ire del marito, che la facevano sentire terribilmente in colpa, voleva evitare i rituali di lavaggio almeno quando il marito era presente in casa. A questo fine si lavava le mani, anche se non ne sentiva l'esigenza, per evitare che l'impulso a lavarsi potesse manifestarsi di fronte al coniuge.

La seconda strategia consiste nel cercare di criticare le credenze che sostengono la minaccia di colpa.

Questi tentativi si scontrano con l'orientamento cognitivo fortemente prudenzial-colpevolista con cui il paziente stesso valuta il rischio di colpa e, dunque, sono facilmente fallimentari. I tentativi di intervenire sulle intenzioni che regolano l'attività ossessiva sono spesso anche ingenui. Il più delle volte, infatti, il paziente pretende di assicurarsi o di accettare la minaccia di colpa, e pretendere da se stessi un cambiamento cognitivo non è certo un sistema efficace. Non è disposto a tollerarle o a prenderle sul serio quel tanto che è indispensabile per poterle discutere con se stesso e dunque arrivare a cambiarle. Come diceva Sartre (1943), per discutere davvero bisogna essere disposti ad avere torto e dunque non si può cambiare una propria credenza se non si accetta il rischio che sia fondata e se, al contrario, si pretende di modificarla. Ci si può imporre con successo un'azione ma non un convincimento.

I pazienti ossessivi spesso cercano di modificare i propri stati mentali direttamente (Freeston ed al., 1993) sforzandosi di distrarsi e di allontanarli. Questa modalità di autocontrollo facilmente ha effetti controproducenti per due ragioni fondamentali (Wegner, 1994; Wegner e Wenzlaf, 1996): perché per controllare di non aver pensato a qualcosa bisogna inevitabilmente pensarci e perché il tentativo di soppressione avviene mentre la mente del paziente è già notevolmente impegnata sul fronte della prevenzione.

I pazienti ossessivi cercano anche di contenere i rituali e le ruminazioni dandosi delle autoistruzioni. Il fallimento delle autoistruzioni può dipendere dalla loro inadeguatezza ma anche dal fatto che il paziente è talmente esasperato dalla sua sintomatologia che ne cerca in realtà la scomparsa immediata e totale. Non ottenendola, tende a scoraggiarsi e a lasciar cadere anche autoistruzioni efficaci.

8 - I casi atipici.

Dèttore (1998), riprendendo le osservazioni di De Silva (1984) e Tallis (1995a), afferma che il timore di una colpa e un eccessivo senso di responsabilità possono spiegare solo alcuni elementi chiave del DOC. "Esistono

infatti compulsioni fondamentalmente insensate e prive di collegamenti specifici con pensieri di colpa e responsabilità." (Dèttore, 1998).

8 - 1 Il paziente, Giuseppe, di circa 50 anni, era afflitto da dubbi intrusivi, persistenti e ripetuti che riguardavano eventi da lui stessi riconosciuti come assolutamente banali ed irrilevanti. Ad esempio, accadeva che camminando per la strada passasse davanti ad un cartellone pubblicitario, dopo pochi metri era assalito dal dubbio se sul cartellone vi fosse la pubblicità della FIAT piuttosto che della FORD, si sentiva a quel punto costretto, per chiarire il dubbio, a tornare indietro e controllare. Controllato il cartellone si allontanava ma, di nuovo, il dubbio si ripresentava alla sua mente. Era costretto a tornare indietro ancora una volta. Questa volta si tranquillizzava e dunque poteva procedere. La sera però, mentre stava andando a letto, ormai stanco ed assonnato, il dubbio si ripresentava alla sua mente: "Era una FIAT o una FORD?". Non trovava pace finché usciva di casa e andava di nuovo a controllare oppure finché uno dei familiari con cui conviveva, si prendeva la briga di svolgere il controllo al posto suo. Il dubbio poteva riguardare altri fatti altrettanto banali, come, ad esempio, se un passante avesse i baffi oppure no, se un certo collega lo stesso giorno dell'anno precedente fosse stato di servizio oppure in ferie o in malattia. Per cercare di contenere il dilagare dei dubbi, il paziente, ad un certo momento decise di munirsi di un bloc notes e di appuntarvi le informazioni utili per sciogliere eventuali dubbi. Dopo pochi giorni la quantità dei bloc notes riempiti e, ovviamente, conservati era tale da occupare un intero ripostiglio. Il paziente era disperato per l'assurdità dei suoi dubbi che gli apparivano assolutamente insensati, "Ma a me non importa nulla se era una FIAT o una FORD !!!", era anche molto preoccupato per lo sconvolgimento che il controllo dei dubbi arrecava alle sue giornate ma, soprattutto, era spaventato per la funzionalità della sua mente.

Apparentemente i dubbi di Giuseppe non avevano alcun senso ma un accurata indagine clinica permise di rintracciarne la finalità.

Giuseppe viveva con la moglie, due figlie ed un cognato, non aveva mai avuto problemi di interesse psichiatrico. L'unico dato rilevante nell'anamnesi era la tendenza a conservare giornali sportivi, soprattutto se contenevano notizie della sua squadra, giustificava questa tendenza con il timore di poter dimenticare informazioni rilevanti. Ciò sarebbe stato grave per lui perché avrebbe avuto il significato di una sorta di menefreghismo nei confronti della propria squadra, una sorta di tradimento o voltafaccia.

La sintomatologia ossessiva era esplosa all'improvviso circa un anno prima dell'inizio della psicoterapia e, come fu chiarito durante un drammatico colloquio, qualche giorno dopo un episodio molto sgradevole per Giuseppe. Il cognato era omosessuale e circa una volta l'anno tentava degli approcci che Giuseppe aveva sempre respinto con decisione, quell'ultima volta, invece, aveva reagito con un lieve ritardo, con qualche incertezza, insomma, non con la prontezza di sempre. Nei giorni successivi si era preoccupato molto della lentezza della sua reazione e gli si era insinuato il sospetto di un possibile decadimento delle facoltà mentali e di poter commettere, di conseguenza, atti immorali. Per rassicurarsi e per allenarsi aveva cominciato a controllare il funzionamento della memoria. Si metteva alla prova per vedere se riusciva a ricordare quello che aveva mangiato il giorno prima, la pubblicità che era apparsa in televisione nell'ora precedente, dove era andato lo stesso giorno dell'anno prima. Dopo un paio di giorni aveva avuto l'impressione che il gioco gli fosse sfuggito di mano e che, anzi, lo stesse prendendo troppo, distraendolo da compiti più importanti. Allora cominciò a cercare di scacciare dalla mente i dubbi, di non porsi più domande per provare la sua memoria. Questo tentativo si rivelò disastroso, infatti i dubbi cominciarono ad aumentare e con loro anche la paura di Giuseppe, il quale cominciò seriamente a temere di essersi messo sulla strada della follia. Come soluzione, Giuseppe incrementò i tentativi di controllo dei propri pensieri e in questo modo ebbe sempre più netta la sensazione di affondare nelle sabbie mobili. Da notare che tutta l'attenzione di Giuseppe era ormai attratta dai dubbi, dai tentativi di controllarli e dal terrore della follia. L'episodio originario e le ragioni dei dubbi erano passati completamente in secondo piano ed avevano ceduto il passo ad una preoccupazione ben più importante.

8 - 2 Enrico era un ragazzo di 14 anni con comportamenti ripetitivi. Se il padre o la madre davano un piccolo colpo di tosse o facevano un po' di rumore con la bocca quando mangiavano, allora Enrico si sentiva costretto a ripetere più volte il colpo di tosse o il rumore con la bocca.

Alcuni anni prima, all'inizio dell'adolescenza, in un momento in cui era diventato più insofferente verso i modi di fare dei genitori, sempre molto attenti a criticarlo per qualunque piccola mancanza, Enrico aveva iniziato a notare un certo fastidio, anzi proprio un'irritazione quando i genitori tossicchiavano o facevano rumore mangiando. Enrico si criticava molto per queste sensazioni nei confronti dei genitori, in particolare si era sentito in colpa per provare irritazione verso di loro. Ripetere il colpo di tosse era un modo per far passare l'irritazione. La questione si complicò notevolmente quando i genitori cominciarono a rimproverarlo duramente, perché ripeteva i loro colpi di tosse e i rumori con la bocca. Enrico, a quel punto, cercò di inibire il desiderio di ripetere i colpi di tosse e i rumori distogliendone l'attenzione. Presto si rese conto che più cercava di distrarsi e di reprimere la voglia di ripetere più questa aumentava, al punto che gli sembrava di non poterla più contenere. Una volta, per sfuggire a questa sensazione, era esploso in una violentissima serie di colpi di tosse e rumori. La mamma si mise a piangere, sentendosi aggredita dal figlio, e il papà, molto arrabbiato, non gli parlò per alcuni giorni. Memore di questa disastrosa esperienza, Enrico, stabilì che era meno rischioso tossicchiare un pochino ma più volte, piuttosto che cercare di inibirsi del tutto. I rituali, dunque, avevano perduto la finalità originaria ed avevano acquistato il senso di prevenire la necessità prorompente di compiere dei rituali più vistosi e dunque anche più dannosi.

9 - L'importanza della colpa per irresponsabilità nel DOC.

Riconoscere all'esagerato timore di colpa per irresponsabilità la dignità di causa, o almeno di concausa necessaria, implica una domanda: perché, nei pazienti ossessivi, il timore di colpa è così drammaticamente intenso ed inaccettabile? Perché è tanto importante evitare una colpa? Tutti giudicano negativamente la possibilità di agire in modo irresponsabile e colpevole e, almeno in alcune circostanze, capita a tutti di prevederla e, dunque, tutti si preoccupano di prevenirla, tuttavia, normalmente, non si arriva ai massicci investimenti di tempo, risorse ed energie che caratterizzano l'attività preventiva degli ossessivi.

Per rispondere a questa domanda è utile presentare alcuni dati. Nel corso degli anni ho somministrato una griglia di Kelly (Kelly, 1955, Fransella e Bannister, 1977; Mancini, 1985), centrata sull'immagine di sé, a 41 pazienti ossessivi, di età oscillante fra i 13 ed i 50 anni, di cui 18 di sesso femminile. La griglia di Kelly è, in sostanza, un'intervista semistrutturata che consente di identificare le dimensioni di significato, i costrutti, con cui la persona dà senso alla propria esperienza. Con opportuni calcoli si possono esaminare le relazioni fra costrutti ed è anche possibile valutare l'importanza epistemica dei singoli costrutti. Un costrutto ha tanta maggiore importanza epistemica, e dunque maggiore resistenza al cambiamento, quanto più ampia è la struttura di significato che cambierebbe a seguito di un suo cambiamento.

Il dominio esplorato era, come si è detto, quello dell'immagine di sé. Il sé era presentato in diversi contesti, ad esempio, da solo, al lavoro, in famiglia; in diverse fasi della vita, da ragazzo, prima di star male; da vari punti di vista, ideale, sociale, attuale; e a confronto con altre persone significative, come il padre, la madre, una persona particolarmente stimata.

In tutti i pazienti ossessivi erano presenti dimensioni del tipo: scrupoloso-menefreghista, attento-lascia correre, preciso-superficiale; per giunta tali costrutti erano quelli con maggior importanza epistemica e, quindi, davano il maggior contributo alla definizione di sé, e connotavano in modo netto l'ideale di sé positivo e negativo. In griglie analoghe di pazienti con patologie diverse, altri disturbi d'ansia e disturbi dell'umore, raramente comparivano costrutti di questo genere e comunque non avevano la stessa importanza epistemica e definivano il sé ideale in modo meno significativo, ad esempio il sé ideale era "abbastanza responsabile" mentre negli ossessivi era "del tutto responsabile".

Questi dati suggeriscono due considerazioni: innanzitutto che per gli ossessivi essere una persona responsabile non è semplicemente uno dei tanti scopi da perseguire, piuttosto sembra essere una condizione indispensabile per poter mantenere il senso del proprio valore personale. Una sorta di impegno esistenziale. In secondo luogo la minaccia di colpa, probabilmente, implica anche la minaccia di un cambiamento del sé talmente radicale da essere insopportabile.

10 - I fattori predisponenti.

La drammaticità con cui è vissuta la minaccia di colpa negli ossessivi, sembra dunque spiegabile se si tiene conto dell'importanza che ha la dimensione morale per la definizione dell'immagine di sé e del valore

personale. Quale genere di esperienze precoci può aver contribuito alla costruzione di una siffatta immagine di sé attuale ed ideale?

Molti autori cognitivisti hanno affrontato la questione utilizzando sia ricerche empiriche sia lo studio anamnestico di singoli casi. Dall'insieme dei diversi studi si estrae la netta impressione che le esperienze capaci di predisporre al DOC siano diverse, vale a dire che non ci sia un'unica strada per la vulnerabilità alle ossessioni e, più specificatamente, per uno spiccato senso morale.

Certamente il tipo di relazione d'attaccamento con i genitori ha un'influenza anche se si tratta di un'influenza aspecifica. Alcune ricerche (Hafner, 1988; Mancini, D'Olimpio, Del Genio, Didonna, Prunetti, 2000) hanno dimostrato che la tendenza alle ossessioni e alle compulsioni si associa con una relazione d'attaccamento, nei primi sedici anni di vita, caratterizzata da bassa cura ed alto controllo, sia da parte della madre sia da parte del padre. Bassa cura ed alto controllo si ritrovano però nella storia di soggetti affetti da una qualunque forma di psicopatologia, sembrano essere, quindi, dei fattori aspecifici di rischio psicopatologico.

Un'educazione severa sembra essere un buon candidato per rendere ragione della tendenza a temere esageratamente le colpe per irresponsabilità, tuttavia la severità è un costrutto complesso ed articolato: si può essere severi in tanti sensi diversi. Un genitore può essere severo perché tende sistematicamente alla colpevolizzazione, perché non è disposto ad ascoltare scuse e giustificazioni o ragioni, perché ha aspettative elevate, perché propone scopi e mete come doveri e non come strumenti o come fonti di piacere e soddisfazione, perché le sue punizioni e accuse sono imprevedibili o sproporzionate rispetto alla colpa commessa. L'esperienza clinica suggerisce un ruolo importante all'esperienza di non essere creduti, ascoltati o presi in considerazione quando ci si voleva disculpare, giustificare e far valere le proprie buone ragioni. Ciò sembrerebbe essere sostenuto dai dati, ancora del tutto preliminari, di una ricerca (Mancini e D'Olimpio, 2000) sulle relazioni tra la tendenza ad ossessioni e compulsioni e le diverse dimensioni della severità sperimentata nel rapporto con i genitori.

Salkovskis e colleghi (1999), partendo dall'esperienza clinica, hanno identificato diverse esperienze precoci che potrebbero aver contribuito a rendere esagerato il senso di responsabilità dei pazienti ossessivi. Tra queste:

- essere caricati in tenera età di una responsabilità eccessiva, per assenza o incompetenza altrui. Ad esempio, il primogenito di una madre depressa e di un padre alcolista che è costretto ad assumersi la responsabilità del fratellino;
- un incidente in cui una propria azione/omissione ha effettivamente contribuito in modo significativo ad un grave danno per sé o per altri;
- un incidente in cui il soggetto ha avuto l'impressione che un proprio pensiero e/o una propria azione od omissione abbia causato un grave danno. Ciò può accadere, ad esempio, quando un bambino, molto arrabbiato, desidera fortemente che un adulto muoia e, nei giorni successivi, capita che disgraziatamente l'adulto muoia davvero (Tallis, 1994);
- essere stati sistematicamente sollevati da qualunque minima responsabilità e, di conseguenza, non essersi mai sentiti responsabili;
- un'educazione caratterizzata da regole di condotta e doveri rigidi ed esagerati.

Secondo Guidano e Liotti (1983) è cruciale l'esperienza precoce di una sostanziale ambiguità nella relazione d'attaccamento. La figura di riferimento manderebbe al futuro ossessivo messaggi sistematicamente contraddittori, comunicando affetto e apprezzamento sul piano verbale, ma freddezza e disapprovazione sul piano non verbale. Ciò renderebbe centrale il dubbio circa il fatto di essere o meno una persona disprezzabile e da qui deriverebbe, dapprima, la ricerca della certezza assoluta e, successivamente, l'attitudine al dubbio che, secondo questi autori, sarebbe il vero motore delle ossessioni e delle compulsioni.

Secondo la Ugazio (1997) un genitore sempre pronto al sacrificio ma cupo e pesante e, sul versante opposto, l'altro genitore immorale ma pieno di vita, possono rendere la scelta della moralità estremamente conflittuale. Il soggetto non riuscirà a stabilizzare una linea di condotta ragionevolmente coerente rimanendo preda di dubbi ed incertezze che facilmente potranno tradursi in ossessioni e compulsioni.

Conclusioni.

Ossessioni e compulsioni sono, fondamentalmente, il tentativo di prevenire una colpa per irresponsabilità che il soggetto considera incombente, grave ed inaccettabile. Il carattere ripetitivo, persistente e frequente della

attività ossessiva dipende dall'ottica prudenzial-colpevolista con la quale il paziente valuta gli esiti della propria attività preventiva e il potere di cui dispone. L'assunzione di tale prospettiva, piuttosto che di un'ottica innocentista, dipende dalla intensità del timore di colpa. L'orientamento prudenzial-colpevolista dipende dal fatto che il soggetto focalizza l'ipotesi di una propria colpa per irresponsabilità senza considerare le possibilità alternative o, se le considera, richiede molte più prove per rigettare l'ipotesi di colpa che per accettarla.

Nel modello si attribuisce notevole importanza al ruolo della valutazione negativa che il soggetto dà della sua stessa attività ossessiva, e agli effetti controproducenti prodotti dai tentativi di contenere e limitare le ossessioni e le compulsioni. L'intervento di un metalivello valutativo contribuisce a rendere ragione dell'egodistonia caratteristica del DOC.

La drammaticità con cui è vissuta la possibilità di una colpa si spiega con il fatto che per i pazienti ossessivi essere delle persone responsabili, scrupolose, attente è cruciale sia al fine di mantenere una percezione di sé stabile sia come definizione del sé ideale.

È plausibile che esperienze precoci, ripetute e sistematiche di rapporto con genitori poco calorosi ma molto controllanti e severi possa contribuire alla costituzione di un sé attuale ed ideale centrato su queste dimensioni di significato.

Sommario.

In questo articolo presento un modello strettamente cognitivista del DOC. Ossessioni e compulsioni sono attività dirette al raggiungimento di un fine, presente nella mente del soggetto. Il fine è la prevenzione di una colpa per irresponsabilità che i pazienti ossessivi temono grandemente. Sono presentate prove di diverso genere a sostegno di questa tesi. Per spiegare il carattere egodistonico che spesso hanno le ossessioni e le compulsioni, si ricorre alla presenza di una valutazione fortemente critica che il paziente dà della sua stessa attività ossessiva. A tale valutazione seguono dei tentativi di contenimento dell'attività ossessiva che, per diverse ragioni, sono fallimentari e spesso controproducenti. L'esagerato timore della colpa per irresponsabilità trova una sua giustificazione nel ruolo cruciale che l'essere una persona responsabile, scrupolosa e attenta ha nella definizione dell'immagine di sé e del sé ideale. A sua volta ciò dipende, presumibilmente, da relazioni precoci caratterizzate da spiccata severità.

Abstract.

A strictly cognitive model of OCD is presented. In this model, obsessions and compulsions are goal directed activities. The goal is represented in the patient mind and is the prevention of guilt of an irresponsible behaviour. Patients are extremely afraid of this kind of guilt. Evidences are presented and discussed. I propose that obsessions and compulsions are often egodystonic because patient strongly criticizes them. Patient tries to control his obsessional activities but, for different reasons, the control fails and more often obsessions and compulsions increase.

Fear of guilt is so strong because actual self and ideal self are focussed around constructs like "responsible, scrupulous, careful". This is, presumably, the consequence of frequent and rude experiences of moral criticism.

Bibliografia.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM IV^o). Washington. American Psychiatric Association.

Bara, B., Manetti, L. e Pelliccia, A. (1997). La sindrome ossessiva, in B. Bara (a cura di) Manuale di psicoterapia cognitiva. Torino. Bollati Boringhieri.

Beck, A.T., Emery, C. e Greenberg, R.I. (1985). Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective. New York. Basic Books.

- Bouvard, M., Harvard, A., Ladouceur, R. e Cottraux, J. (1997). Le trouble obsessionnel-compulsif et la responsabilité excessive. *Revue Francophone de Clinique Comportamentale et Cognitive*, 2, 9-16.
- Bower, G.H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Carr, A.T.A. (1974). Compulsive neurosis: a review of the literature. *Psychological Bulletin*, 81, 311-318.
- Cartwright-Hatton, S. e Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusion. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-296.
- Castelfranchi, 1994; Sentirsi in colpa, in C. Castelfranchi, R. D'Amico e I. Poggi (a cura di) *I sensi di colpa*. Firenze. Giunti.
- Conte, R. e Castelfranchi, C. (1996). *La società delle menti*. Torino. UTET.
- De Silva, P. (1984) comunicazione personale a Paul Salkovskis, citata in Salkovskis (1985).
- Dèttore, D.(1998). *Il disturbo ossessivo-compulsivo: caratteristiche cliniche e tecniche di intervento*. Milano. McGraw-Hill.
- Dweck, C.S. e Legget, E.L. (1987). A social-cognitive approach to motivation and personality. *Psychological Review*, 95, 256-273.
- Frijda, N.H. (1986). *Emozioni*. Tr. It. Bologna. Il Mulino.
- Foa, E.B. e Kozac, M.R. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E.B., Amir, N., Bogart, K.V. e Moinar, C. (1998). Inflated perception of responsibility for harm in obsessive-compulsive disorder. *Manoscritto inviato per pubblicazione*.
- Fransella e Bannister (1977). *Manual of Repertory Grid*. London. Academic Press.
- Freeston, M.H., Ladouceur, R., Gagnon, F. e Thibodeau, (1993). Beliefs about obsessional thoughts. *Journal of psychopathology and Behavioural Assessment*. 15, 1-21.
- Freud, S. (1909). Bemerkungen über einen Fall von Zwangneurose. *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen*, I, 357-421. Trad. It.: Il caso dell'uomo dei topi. Osservazioni su un caso di nevrosi ossessiva. In *Opere di S. Freud 1886/1921*. Vol. 22. (1976). Roma. Newton Compton Editori.
- Galderisi, S., Mucci, A. e Maj, M. (1996). La sindrome ossessivo-compulsiva in una prospettiva neuropsicologica. *NOOS*, 2, 3-20.
- Guidano, V.F. (1988). *La complessità del sé*. Torino. Bollati Boringhieri.
- Guidano, V.F. e Liotti, G. (1983). *Cognitive Process and Emotional Disorders*. New York, Guilford.
- Hafner, (1988). Obsessive-compulsive disorder: a questionnaire survey of a self-help group. *International Journal of Social Psychiatry*, 34, 310-315.
- Higgins, E.T. (1987). Self discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340.

- Insel, T.R. (1990). Phenomenology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51/2,suppl., 4-8.
- Kazdin, A.E. (1992). *Research design in clinical psychology*. New Jersey. Allyn & Bacon.
- Kelly, G.A. (1955). *The Psychology of Personal Construct*. New York. Norton.
- Ladouceur, R., Rhéaume, j., Freeston, M.H., Aublet, F., Jean, K., Lachance, S., Langlois, F. e De Pokomandy-Morin, K. (1995). Experimental manipulations of responsibility: an analogue test for models of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33 , 937-946.
- Ladouceur, R., Rhéaume, J. E Aublet, F. (1997). Excessive responsibility in oseasonal concerns: a fine-grained experimental analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 423-427.
- Lensi, P., Ravagli, S., Correddu, G., Cassano, G.B. e Migone, P. (1993). Il disturbo ossessivo-compulsivo in (a cura di P. Pancheri e G.B. Cassano) *Il Trattato Italiano di Psichiatria*. Milano. Masson.
- Lopatka, C. e Rachman, S. (1995). Perceived responsibility and compulsive checking: an experimental analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 673-684.
- Lorenzini e Sassaroli (1994). *Cattivi pensieri*. Roma. NIS.
- McFall, M.E. e Wolkersheim, J.P. (1979). Obsessive-compulsive neurosis: a cognitive-behavioural formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 333-348.
- Mancini, F. (1985). Le griglie di repertorio, in F. Mancini e A. Semerari (a cura di) *La psicologia dei costrutti personali: saggi sull'opera di G.A. Kelly*. Milano. Franco Angeli.
- Mancini, F. (1997). Il senso di colpa. *Psicoterapia.*, 9, 31-47.
- Mancini, F. (1998). La mente ipocondriaca ed i suoi paradossi. *Sistemi Intelligenti*, 10, 1, 85-108.
- Mancini, F., D'Olimpio, F., Prunetti, E., Didonna, F., & Del Genio, M. (2000). Parental Bonding: Can obsessive symptoms and general distress be predicted by perceived rearing practices? *Clinical Psychology and Psychotherapy*. In press.
- Mancini, F. e D'Olimpio, F. (2000). Cura, controllo e severità sperimentata nelle relazioni precoci con figure affettivamente rilevanti. In corso di pubblicazione.
- Mancini, F., D'Olimpio, F. e Cieri, L. (2000). L'influenza della assunzione di responsabilità sui processi cognitivi. In corso di pubblicazione.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1987). Cognitive assessment of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.
- Oatley, K. e Johnson-Laird, P.N. (1987). *Toward a cognitive theory of emotions*. Cognition and Emotions, 1, 29-48.
- Miceli, M. e Castelfranchi, C. (1995). *Le difese della mente*. Roma. NIS.
- Poggi, I. (1994). Giustificarsi, in C. Castelfranchi, R. D'Amico e I. Poggi (a cura di) *I sensi di colpa*. Firenze. Giunti.

- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149-154.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 793-802
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385-403.
- Rachman, S. e Hodgson, R. (1980). *Obsessions and Compulsions*. Englewood Cliffs. NJ. Prentice Hall.
- Rachman, S., Thordarson, D., Shafran, R. e Woody, S.R. (1995). Perceived responsibility: structure and significance. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 779-784.
- Reda, M.A. (1987). *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*. Roma. NIS.
- Reed, G.F. (1985). *Obsessional Experience and Compulsive Behaviour: A Cognitive Structural Approach*. London. Academic Press Inc.
- Rh eaume, J., Ladouceur, R., Freeston, M.H. e Letarte, H. (1995). Inflated responsibility in obsessive compulsive disorder: validation of an operational definition. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 159-169.
- Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P.M., Forrester, E. e Richards, C. (1998). Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *British Journal of Psychiatry*, 173, suppl.35, 53-63.
- Salkovskis, P., Shafran, R. e Freeston, M.H. (2000). Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implications for therapy and research. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 25-36.
- Sartre (1943). *L'etre et le n ant*. Paris.  ditions Gallimard.
- Shafran, R. (1997). The manipulation of responsibility in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 397-407.
- Steketee, G., Frost, R.O. e Cohen, I. (1999). Beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*.
- Tallis, F. (1994). Obsessions, responsibility and guilt: two case reports suggesting a common and specific aetiology. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 143-145.
- Tallis, F. (1995a). *Obsessive Compulsive Disorder: A Cognitive and Neuropsychological Perspective*. Chichester. Wiley.
- Tallis, F. (1995b). The characteristic of obsessional thinking: difficulty to demonstrate the obvious? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2, 24-39.
- Trope, Y. e Liberman, A. (1996). Social Hypothesis testing: Cognitive and motivational mechanism, in E. Higgins e A. Kruglanski (a cura di), *Social Psychology: Handbook of basic principles*. New York. Guilford.
- Tversky, A. e Kahneman, D. (1981). The framing of decisions and the psychology of choice. *Science*, 211, 453-458.

Ugazio, V. (1997). *Storie permesse storie proibite*. Torino. Bollati Boringhieri.

Wegner, D.M. (1989). *White Bears and Other Unwanted Thoughts: Suppression, Obsession and the Psychology of Mental Control*. New York. Viking Penguin.

Wegner, D.M., Schneider, D.J., Carter, S.R., e White, T.L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.

Wegner, D.M. e Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 616-640.