



**LA MENTE OSSESSIVA- F.  
MANCINI A CURA DI  
RAFFAELLO CORTINA**

Psicoterapia  
Università degli studi dell'Aquila  
23 pag.

---

---

---

---

---

---

---

## **CAPITOLO UNO.** **LE CARATTERISTICHE DEL DOC E GLI INTERROGATIVI CHE SOLLEVA.**

### **Ossessioni**

Le ossessioni, quindi, sono pensieri ricorrenti e persistenti o immagini che vengono vissuti nel corso del disturbo come intrusivi e indesiderati e che nella maggior parte degli individui causano ansia o disagio marcati. Ci sono diversi criteri diagnostici del disturbo ossessivo-compulsivo:

Le ossessioni sono definite da pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti, vissuti, in qualche momento nel corso del disturbo, come intrusivi e indesiderati e che nella maggior parte degli individui causano ansia o disagio marcati.

Inoltre il soggetto tenta di ignorare o di sopprimere tali pensieri, impulsi o immagini, o di neutralizzarli con altri pensieri o azioni (cioè mettendo in atto una compulsione).

Le compulsioni sono definite da comportamenti ripetitivi (per es., lavarsi le mani, riordinare, controllare) o azioni mentali (per es., pregare, contare, ripetere parole mentalmente) che il soggetto si sente obbligato a mettere in atto in risposta a un'ossessione o secondo regole che devono essere applicate rigidamente. I comportamenti o le azioni mentali sono volti a prevenire o ridurre l'ansia o il disagio o a prevenire alcuni eventi o situazioni temuti; tuttavia, questi comportamenti o azioni mentali non sono collegati in modo realistico con ciò che sono designati a neutralizzare o a prevenire, oppure sono chiaramente eccessivi.

Individuiamo diverse categorie di ossessioni:

CATEGORIA	DESCRIZIONE	ESEMPI
Contaminazione	Pensieri o immagini mentali relativi al dubbio di poter essere entrato in contatto, anche indiretto, con sostanze ritenute pericolose/ disgustose	"Il mio collega ha l'herpes e ha toccato la mia spillatrice; adesso mi verrà l'herpes"  "Tornando a casa potrei aver calpestato una siringa ed essermi contaminato"
Danno	Pensieri o immagini mentali relativi a potenziali danni a sé o ad altri, di tipo materiale, economico o emotivo, dovuti a proprie disattenzioni, leggerezze o mancanze	"Se non correggo gli errori dei miei colleghi, sarà colpa mia se la fabbrica fallirà"  "Se non documento tutti i sintomi del mio paziente, sarà colpa mia se non riceverà la giusta cura"
Scaramantiche	Pensieri o immagini mentali relative a eventi negativi che possono accadere a sé o ad altri in futuro, qualora non si seguano certe regole di comportamento o non si intervenga neutralizzandone l'effetto negativo	"Se dico cancro, qualcuno della mia famiglia avrà il cancro"  "Alcuni numeri possono provocare danni"
Somatiche	Eccessiva preoccupazione per parti del corpo o per il proprio aspetto (dismorfofobia)	"Ho qualcosa che non va nel muscolo dello sfintere anale"

Aggressive	Pensieri, immagini mentali o impulsi di far del male a persone care o a se stessi pur non desiderandolo	Immagine dei genitori in un incidente d'auto mortale Impulso di urlare parolacce durante una lezione Impulso di accoltellarsi
Omosessuali	Pensieri, immagini mentali, fantasie o impulsi a contenuto omoerotico, che attivano nel soggetto eterosessuale il dubbio di poter essere un omosessuale latente	"Se ho apprezzato l'abbigliamento di quel ragazzo significa che sono gay"
Relazionali	Dubbi sull'adeguatezza o meno del proprio partner e sul sentimento nei confronti di quest'ultimo; pensieri, immagini mentali, fantasie o impulsi sessuali nei confronti di persone diverse dal proprio partner, che innescano nel soggetto il dubbio ossessivo di non essere innamorato di quest'ultimo	"Un collega passando forse mi ha sfiorato, potrei aver tradito il mio fidanzato" "Ho riso con un'amica, e se questo significasse che non sono più innamorato della mia ragazza?"
Religiose e morali	Pensieri o immagini mentali a contenuto blasfemo, come bestemmie, insulti ai defunti, fantasie sessualizzate verso immagini sacre, ecc.	Involontaria immagine di Gesù che si masturba sulla croce "Forse senza accorgermene potrei aver imbrogliato all'esame"
Sessuali e di pedofilia	Pensieri, immagini mentali, fantasie o impulsi sessuali nei confronti di persone sconvenienti quali parenti, animali, bambini, ecc.	Involontaria immagine dei genitali di un genitore "Un bambino, correndo, mi ha sfiorato, e se questo significasse che sono pedofilo?"
Ordine e simmetria	Bisogno di simmetria, uniformità, equilibrio o esattezza. Sensazione che qualcosa non sia fatto proprio nel "modo giusto"	"I quadri devono essere appesi a distanze tra loro equivalenti" "Il tappeto deve essere attaccato al divano"

### L'intrusività delle ossessioni

Con il termine intrusivo si intendono tre diversi aspetti dei pensieri ossessivi. In primo luogo, il fatto che possono comparire nella mente del paziente in modo del tutto scollegato dal contesto e dal suo stato mentale. Il pensiero è la conseguenza di un'attività automatica di controllo. In secondo luogo, le ossessioni sono intrusive nel senso che sono esperite dal paziente in contrasto con i suoi valori: per esempio, nella mente di una persona profondamente religiosa può intrudere un pensiero blasfemo o in contrasto con l'immagine di sé, mentre in una persona che si definisce "razionale" possono intrudere pensieri privi di senso. In terzo luogo, le ossessioni possono essere intrusive perché incongrue con la visione che il paziente ha della realtà.

Caratteristiche delle sei forme di ossessioni.

FORMA	CARATTERISTICHE	ESEMPI
Dubbi ossessivi	Persistente incertezza sull'aver completato un compito o sull'essere (o poter arrivare a essere) responsabili di un danno.	<p>"Forse non ho chiuso la porta e un ladro potrebbe entrare"</p> <p>"Potrei aver pestato feci di cane e non essermene accorto"</p> <p>"Cos'era quel rumore? Ho urtato qualcosa lungo la strada o ho investito qualcuno?"</p>
Immagini ossessive	Persistenti immagini mentali che danno preoccupazione e angoscia	<p>Immagini di persone care gravemente ferite o morte</p> <p>Immagini non desiderate dei nonni che fanno sesso</p> <p>Immagini del pene di Cristo</p>
Impulsi ossessivi	Impulsi o idee non desiderate di comportarsi in modo inappropriato, spesso dal punto di vista sessuale o in modo aggressivo	<p>Impulso di spingere un anziano a terra</p> <p>Voglia di urlare oscenità in chiesa</p> <p>Impulso di saltare sotto un treno o un'automobile in arrivo</p> <p>Stimolo non desiderato ad aggredire sessualmente qualcuno</p>
Paure ossessive	Eccessiva preoccupazione di perdere il controllo e agire impulsivamente	<p>"Potrei accoltellare mia moglie nel sonno?"</p> <p>"Potrei annegare il mio bambino?"</p>
Pensieri ossessivi	Continui rimuginii su esiti futuri negativi	<p>"Una persona con herpes può aver usato il bagno prima di me e io potrei aver preso l'herpes e contagiare la mia famiglia"</p> <p>"Forse Dio non ha gradito la cosa che ho appena detto e io sono condannato all'Inferno?"</p> <p>Continui rimuginii chiedendosi se si è una persona moralmente a posto</p>
Ossessioni miste	Pensieri, parole, numeri e così via che procurano disagio e sono difficili da abbandonare	<p>Il numero 666</p> <p>La parola cancro o morte</p>

## Ossessioni endogene e reattive

Il sostantivo "ossessione" è ambiguo, facendo riferimento a fenomeni psicologici diversi fra loro. In primo luogo è opportuno distinguere due tipi di ossessioni: endogene e reattive. Le ossessioni endogene includono i cosiddetti pensieri proibiti, cioè pensieri o immagini blasfemi, sessualmente perversi e aggressivi che vengono percepiti dal paziente come egodistonici e inaccettabili in sé e per sé. Tali ossessioni possono intrudere nella mente del paziente in modo spontaneo o vengono elicitate da situazioni esterne. Le ossessioni endogene costituiscono un problema per il fatto di essere state pensate; i seguenti esempi aiutano a comprendere le valutazioni del paziente: "Questo pensiero è peccaminoso", "Se penso una cosa del genere allora desidero che accada", "Se penso una cosa del genere allora vuol dire che sono una persona strana, perversa, immorale", "Se penso una cosa del genere e non riesco a controllarla, allora rischio di metterla in atto". Le soluzioni caratteristiche sono tentativi di scacciare e controllare il pensiero mediante compulsioni mentali come preghiere e formule di annullamento o mediante la sostituzione del pensiero proibito con uno "giusto". Se il pensiero suscita nel paziente il sospetto di poter avere intenzioni o desideri perversi o aggressivi, spesso, come nel caso di Davide, il tentativo di soluzione consiste nell'immaginare le situazioni per cercare la prova certa di non avere siffatti desideri o intenzioni.

Le ossessioni reattive includono pensieri, timori o dubbi su fatti come contaminazioni ("E se dando la mano a quella persona mi fossi contagiato?"), errori ("E se avessi dimenticato di firmare quell'importante documento?"), incidenti ("E se guidando avessi investito qualcuno?") e asimmetrie ("E se lascio in disordine i libri e poi succede una disgrazia a mio padre?"). Tali ossessioni tendono a essere elicitate da stimoli esterni identificabili, vengono percepite come relativamente realistiche

e considerate minacciose per le possibili conseguenze negative che il paziente teme possano accadere. Infatti, gli stimoli che le attivano sono, di solito, connessi con il contenuto delle ossessioni in modo logico e spesso realistico. In altre parole, le situazioni che attivano le ossessioni sono le stesse che il paziente tenta di correggere mediante le compulsioni, al fine di prevenire o evitare gli eventi temuti.

## Ossessioni e ruminazioni

Il termine "ossessione" nasconde anche un'altra ambiguità. Infatti, quando il paziente dice: "Sono ossessionato da...", fa riferimento a due fenomeni funzionalmente ben diversi fra loro. Il primo consiste nella comparsa di ossessioni endogene o reattive: per esempio, in un paziente ossessionato dall'idea di contrarre l'AIDS, può presentarsi l'ossessione reattiva: "E se dando la mano a quella persona avessi contratto l'AIDS?!". Il secondo fenomeno consiste, invece, nelle protratte ruminazioni che il paziente compie al fine di convincersi che la possibilità temuta non si possa realizzare. Le ruminazioni sono, quindi, tentativi di soluzione del problema posto dall'idea ossessiva. A causa di entrambi i fenomeni il paziente ha la mente sistematicamente e persistentemente occupata da pensieri ossessivi.

## **Compulsioni e altri tentativi di soluzione**

Le compulsioni sono comportamenti osservabili (overt) o azioni mentali (covert) finalizzati a fronteggiare la minaccia posta al paziente dalle ossessioni o a contenerne il distress.

Le compulsioni hanno alcune caratteristiche in comune: innanzitutto sono ripetitive e spesso ritualizzate, inoltre sono motivate e intenzionali e, per tale ragione, diverse dai comportamenti ripetitivi, meccanici e "robotici" che si osservano, per esempio, in malattie neurologiche come la demenza fronto-temporale. Che siano atti intenzionali e liberi è dimostrato da una semplice osservazione: se al paziente, nel momento in cui sta per mettere in atto una compulsione, il costo della stessa appare molto elevato, egli rinuncia alla compulsione o magari la rimanda. Spesso la compulsione è preceduta da un dibattito interno sull'opportunità o meno di metterla in atto. Le compulsioni nel DOC, quindi, sono finalizzate a prevenire o neutralizzare una possibilità negativa o a ridurre il distress, mentre nei disturbi del controllo degli impulsi (shopping compulsivo) sono messe in atto perché producono piacere o gratificazione.

In accordo con la descrizione del DSM-V, le compulsioni sono modi poco realistici – per esempio, le compulsioni scaramantiche – o esagerati – per esempio, le prolungate e ripetitive compulsioni di lavaggio – di affrontare il problema posto dalle ossessioni.

Le compulsioni hanno anche due altre caratteristiche. La prima è che, nonostante siano intenzionali e, spesso, anche deliberate, vengono vissute non come atti liberi, ma come atti coatti, come suggerito dal nome stesso. La seconda è che rientrano in quella classe di conflitti noti come akrasie, in cui, sistematicamente e non per ragioni occasionali, la persona agisce intenzionalmente in un certo modo, nonostante si renda conto che potrebbe agire in un altro modo che, tutto considerato, sarebbe per lei migliore (il termine akrasia deriva dal greco antico, dove l'alfa privativa a precede il termine kratos, che significa "potere, forza"; dunque akrasia sta per "fallimento della volontà"). Un esempio di akrasia è il cedimento alle tentazioni. Sebbene le compulsioni siano finalizzate a ridurre il distress, a volte esse stesse implicano un distress aggiuntivo.

Le compulsioni non sono gli unici tentativi di soluzione cui ricorrono i pazienti ossessivi. Si riscontrano infatti evitamenti, tentativi di distrarsi o di sopprimere i pensieri ossessivi, richieste di rassicurazioni, confessioni, ruminazioni. La ruminazione ossessiva può avere la forma di un ragionamento vero e proprio o svolgersi in immaginazione. Il ragionamento ossessivo è piuttosto caratteristico. La ruminazione in immaginazione, invece, può avvenire in due modi: retrospettiva o anticipatoria. Nel primo caso si ripercorre con la mente un evento per controllare ciò che si è fatto: per esempio, aver chiuso bene il rubinetto del gas o aver detto qualcosa di offensivo o aver toccato qualcosa di contaminante. Nel secondo caso si immagina una situazione per verificare che cosa si sarebbe disposti a fare.

## L'INSIGHT CRITICO

La maggior parte dei pazienti ossessivi è, almeno in certi momenti, critica nei confronti delle proprie preoccupazioni ossessive e dei tentativi di soluzione che mette in atto.

La critica che i pazienti fanno del loro disturbo può essere di due tipi.

1. Il primo riguarda i costi del disturbo: praticamente tutti i pazienti si rendono conto che il disturbo, in particolare le compulsioni e gli altri tentativi di soluzione, ha un impatto negativo sulla propria vita e sulla vita di coloro che gli stanno attorno. Di conseguenza, spesso, i pazienti tentano di contrastare e contenere il disturbo, per esempio anticipando o procrastinando i tentativi di soluzione.
2. La critica che i pazienti fanno del loro disturbo può essere anche doxastica, cioè il paziente ritiene le sue preoccupazioni ossessive esagerate o francamente irrealistiche. Questa critica non è presente in tutti i pazienti e spesso è assente nei bambini.

## LE SPIEGAZIONI DEL DOC

Le ricerche scientifiche dedicate a spiegare il DOC possono essere riassunte in tre filoni principali: neurologico, neuropsicologico e psicologico.

-NEUROLOGICO per cui il piano ottimale di spiegazione del DOC sia quello neurale, negli aspetti anatomofunzionali e/o biochimici.

-NEUROPSICOLOGICO, cerca di individuare deficit cognitivi, per esempio delle funzioni esecutive, che caratterizzino i pazienti ossessivi e diano ragione della sintomatologia.

-PSICOLOGICO, assume che per dare una spiegazione del DOC sia opportuno ricorrere agli scopi e alle rappresentazioni con cui il paziente dà significato e importanza agli eventi. Rientrano in questo filone le cosiddette Appraisal Theories, che sono accomunate dall'idea che i sintomi ossessivi siano

sostanzialmente la conseguenza di alcune specifiche valutazioni <sup>2</sup> che il paziente fa di se stesso e della realtà che lo circonda.

Le Appraisal Theories del DOC, attualmente più diffuse, fanno riferimento a specifiche credenze (beliefs) come determinanti prossimi dei sintomi ossessivi. Salkovskis attribuisce un ruolo cruciale alla credenza che un individuo abbia il potere cruciale di determinare o prevenire esiti negativi soggettivamente molto importanti. Questi esiti vengono rappresentati dall'individuo come essenziali da prevenire. Possono essere reali, cioè avere conseguenze nella realtà, e/o

a livello morale. In questa definizione è enfatizzato il peso delle credenze fattuali (“La credenza che uno abbia il potere cruciale di...”) e valutative (“...esiti negativi soggettivamente molto importanti. Questi esiti vengono rappresentati dall’individuo come essenziali da prevenire”), ma restano impliciti gli specifici criteri delle valutazioni, cioè gli scopi, i valori, i bisogni rispetto ai quali gli esiti sono valutati soggettivamente molto importanti o sono rappresentati come essenziali da prevenire.

Vi sono diversi argomenti a favore dell’idea che i determinanti psicologici prossimi dei sintomi ossessivi siano scopi e credenze.

### **Il primo argomento**

Il disturbo ossessivo è caratterizzato da emozioni negative e le emozioni negative rimandano al riconoscimento di una discrepanza fra stato percepito e stato desiderato. Esistono due approcci fondamentali alle emozioni, cognitivista e non cognitivista. La differenza tra i due sta nel fatto che il primo assume che l’evento attivante sia valutato tramite un atto cognitivo, l’appraisal, mentre il secondo ritiene che “l’emozione stessa costituisca l’appraisal”. L’appraisal è l’atto con cui si riconosce se e quanto un evento compromette o soddisfa i propri scopi, desideri, bisogni o le proprie aspettative. Per i nostri fini attuali poco conta se l’appraisal è un atto cognitivo o se è implicito nell’emozione stessa, ciò che conta è che entrambi gli approcci, cognitivo e non cognitivo, assumono che alla base dell’esperienza emotiva vi sia il riconoscimento di un effetto dell’evento critico sui propri scopi, bisogni o valori. Se si riconosce che l’evento minaccia i propri scopi o li compromette o ne ritarda il raggiungimento, allora si sperimentano emozioni negative. Si potrebbe ribattere che, come afferma il DSM-V, siano possibili ossessioni che non evocano ansia. Questa affermazione, tuttavia, è compatibile con la tesi che le ossessioni siano, agli occhi del paziente, una minaccia ai suoi scopi. Infatti, in alcune circostanze le compulsioni e gli altri tentativi di soluzione, in particolare gli evitamenti, sono molto automatizzati ed efficaci, per cui l’ansia evocata dalle ossessioni è immediatamente risolta. In questi casi, tuttavia, è sufficiente interrompere le compulsioni e gli altri tentativi di soluzione per veder comparire l’ansia.

### **Il secondo argomento**

Secondo il DSM-V sono possibili ossessioni senza compulsioni e, viceversa, compulsioni senza ossessioni. Ciò implicherebbe la non necessità del legame funzionale tra ossessioni e compulsioni e dunque l’idea che le ossessioni possano non costituire un problema per il paziente e le compulsioni possano non avere il ruolo di tentativo di soluzione.

Una stragrande maggioranza di pazienti ha sia ossessioni sia compulsioni e che per la maggior parte le compulsioni sono agite deliberatamente con lo scopo di ridurre il problema posto dalle ossessioni. È possibile che ci siano ossessioni senza compulsioni perché i pazienti possono ricorrere a tentativi di soluzione diversi dalle compulsioni, come evitamenti e ruminazioni. Le compulsioni possono essere automatizzate, quindi non è necessario che siano sistematicamente precedute da ossessioni, e perciò possono apparire non finalizzate a uno scopo. I pazienti possono non riferire il fine delle compulsioni per vergogna o per difficoltà introspettive.

### **Il terzo argomento**

Ci sono effettivamente dei casi in cui le ossessioni e le compulsioni possono apparire prive di senso, che tuttavia si scopre con un’osservazione più accurata.

Sono casi in cui l’episodio originario e le ragioni dei dubbi erano passati completamente in secondo piano e avevano ceduto il passo a una preoccupazione ben più importante.

### **Il quarto argomento**

Sono state identificate cinque caratteristiche, evidence based, che differenziano condotte finalistiche da comportamenti meccanici e automatici. Esse sono: la persistenza sino al

raggiungimento di un obiettivo, l'equifinalità, l'attitudine ad apprendere, la variazione dello stato d'animo e lo sforzo. Per descrivere questi markers (marcatori) utilizzeremo, come esempi, sintomi del tipo washing.

La prima caratteristica è la persistenza sino al raggiungimento di un obiettivo e si riferisce alla tendenza di un organismo a perseguire uno scopo finché non sia stato raggiunto.

La seconda caratteristica è l'equifinalità, che si riferisce alla capacità di perseguire uno scopo attraverso più di una strategia. Per esempio, siamo legittimati a ritenere che la condotta di ricerca del cibo sia regolata da scopi e rappresentazioni e non segua uno schema fisso d'azione, se osserviamo il ricorso a soluzioni diversificate a seconda delle circostanze.

Se una persona ha lo scopo di saziare la fame, allora si osserva che può ricorrere a diverse soluzioni: può andare al ristorante; se lo tro va chiuso, può entrare in una panetteria e comprare un panino; se non lo trova, può tornare a casa propria e cucinarsi della pasta o andare al mercato e acquistare della frutta. È possibile osservare l'equifinalità anche nei pazienti ossessivi. Per esempio, quando i pazienti con ossessioni di contaminazione non possono lavarsi le mani, cambiano comportamento pur mantenendo lo stesso scopo: evitano di toccarsi con le mani sporche, ruminano sulla possibilità di essersi contaminati, chiedono rassicurazioni, cercano altri modi diversi dall'acqua per pulirsi le mani quali, per esempio, l'uso di disinfettanti.

La terza caratteristica è l'attitudine ad apprendere, cioè la tendenza dell'organismo a "stabilizzarsi" sulla modalità più efficace per raggiungere uno scopo.

La quarta caratteristica che può aiutare a identificare i comportamenti finalizzati è la variazione dello stato d'animo. Infatti, compiere progressi verso il raggiungimento di uno scopo è associato a stati d'animo positivi, mentre allontanarsi dal raggiungimento di uno scopo è associato a stati d'animo negativi. Si osserva che, se le compulsioni di lavaggio vanno a buon fine, il distress decresce, mentre, se le compulsioni vengono ostacolate, il distress aumenta.

La quinta caratterisitca è lo sforzo: quando gli individui sono motivati al raggiungimento di uno scopo, possono dedicarvi impegno e sforzi notevoli, che aumentano in proporzione alle difficoltà.

## **CAPITOLO QUATTRO.**

### **LE RISPOSTE AGLI INTERROGATIVI SOLLEVATI DAL DOC.**

Sono diversi i quesiti sollevati dalla sintomatologia ossessiva e anticipati nel capitolo 1.

#### IL PRIMO QUESITO

Perché nei pazienti ossessivi le idee intrusive si presentano con tanta frequenza e sono così persistenti?

Per rispondere a questa domanda è necessario riprendere la distinzione fra ossessioni endogene, vale a dire i cosiddetti pensieri proibiti, in cui alcuni pensieri attivavano il sospetto di essere disposto a uccidere i genitori per soldi, e ossessioni reattive, cioè quei pensieri che si riferiscono a eventualità minacciose. I pensieri proibiti sono più frequenti e persistenti per diverse ragioni. Innanzitutto, poiché sono particolarmente temuti, il paziente investe molte risorse nel tentativo di prevenirne la comparsa o di sopprimerli e scacciarli dalla mente. Ma, per il fenomeno "orso bianco" (per cui più si cerca di evitare una situazione, più quella situazione ci verrà in mente) , questi tentativi hanno un risultato paradossale. Infatti, se si vuole prevenire la comparsa di un pensiero o sopprimerlo, proprio al fine di controllare se si è riusciti in questo intento, ci si deve pensare.

Nel caso delle ossessioni reattive, per prevenire la minaccia si orienta l'attenzione verso la ricerca degli eventi potenzialmente minacciosi. Le ricerche confermano che sia le ossessioni endogene sia quelle reattive intrudono più frequentemente se il paziente incontra stimoli attivanti, per esempio i coltelli facilitano l'intrusione di pensieri aggressivi e il tocco di una persona sporca facilita l'intrusione del sospetto di un contagio, ed è più probabile incontrare stimoli attivanti se ci si presta attenzione al fine di proteggersi.

#### IL SECONDO QUESITO



Perché Maria dava credito a possibilità di pericolo improbabili o addirittura implausibili, come per esempio poter contrarre l'AIDS urtando un passante? Perché Roberto credeva che se non avesse eseguito in maniera perfetta i suoi rituali di ordine e simmetria, i suoi familiari avrebbero potuto essere vittime di un incidente mortale? Perché per Davide l'aver pensato ai vantaggi economici che avrebbero potuto derivargli dalla morte del padre costituiva un serio indizio di essere uno psicopatico omicida?

Dallo stato mentale caratteristico dei pazienti ossessivi, deriva una strategia prudenziale che consiste nel mettere a fuoco tutte le possibilità negative, anche quelle improbabili e implausibili, e prenderle seriamente in considerazione a meno che non si riesca a neutralizzarle o escluderle con certezza. Poiché è difficile riuscire a escludere con certezza tutte le possibilità immaginate, è chiaro che una strategia del genere porta facilmente a dar credito anche a possibilità di pericolo improbabili, implausibili o addirittura bizzarre, come per esempio la possibilità di contrarre l'AIDS urtando un passante.

Il paziente dà credito a ipotesi improbabili e implausibili perché teme di sottovalutare colpevolmente una minaccia che non è certo di poter escludere.

### IL TERZO QUESITO

Perché i pazienti ossessivi non si assicurano nonostante abbiano tutte le informazioni che lo giustificerebbero? Ci si può porre anche la domanda inversa: perché i pazienti non rinunciano all'investimento protettivo e accettano il rischio temuto?

La difficoltà a assicurarsi dipende dalla strategia prudenziale con cui i pazienti elaborano le informazioni assicuranti e da alcuni processi ricorsivi legati ai tentativi di soluzione. Ma anche se il paziente dovesse riuscire a dar credito ad una assicurazione, la revisione delle credenze minacciose è frenata dall'euristica dell'ancoraggio.

L'euristica dell'ancoraggio è una modalità di elaborazione delle informazioni assolutamente normale e vuole che la revisione di un giudizio intuitivo, impulsivo, non sarà mai tale da annullarlo completamente. Consciamente o inconsciamente resteremo sempre ancorati al giudizio iniziale e faremo correzioni solo a partire da questo.

A ostacolare il cambiamento delle credenze ossessive e ad aumentare la loro credibilità intervengono anche alcuni processi ricorsivi legati ai tentativi di soluzione, messi in atto dai pazienti. Tra i tentativi di soluzione vi è la ruminazione, sia sotto forma di ragionamento sia di immaginazione,

che rende i contenuti di minaccia più disponibili e più frequenti.

Nel caso dei pazienti ossessivi, la ruminazione amplifica la capacità di queste tre euristiche di innalzare la probabilità attribuita agli scenari temuti.

L'euristica della disponibilità è il verificarsi di un tipo di evento, o di situazione, è da noi giudicato tanto più probabile (corsivo nostro) quanto più ci è facile immaginarlo mentalmente, e quanto più ci impressiona emotivamente.

L'euristica del copione ci mostra come il nostro giudizio in materia di probabilità si lascia influenzare dalle narrazioni, comprese certe narrazioni che sappiamo essere il frutto di pura invenzione.

La ruminazione è uno dei tentativi di soluzione messi in atto dai pazienti ossessivi e implica che gli scenari temuti siano rappresentati più facilmente, più spesso e più a lungo, e ciò a sua volta implica che, per l'intervento delle euristiche della disponibilità, del copione e dell'ancoraggio, aumenti la probabilità attribuita agli scenari temuti.

Più in generale, i pazienti ossessivi tendono a interpretare i propri tentativi di soluzione, per esempio evitamenti e compulsioni, come prova dell'esistenza di un pericolo e come conferma di avere sulle proprie spalle la responsabilità di prevenire il pericolo stesso.

I pazienti ossessivi sono consapevoli degli sforzi e dei sacrifici che sono richiesti per attuare i tentativi di soluzione (ts), per esempio le compulsioni, e ciò, quindi, potrebbe aumentare l'efficacia che gli attribuiscono. L'efficacia attribuita a uno strumento aumenta con l'importanza

dell'obiettivo che si persegue con quello strumento. L'importanza soggettiva degli scopi ossessivi, a sua volta, può aumentare per diverse ragioni.

Innanzitutto, diversi studi mostrano che la consapevolezza degli sforzi e dei sacrifici spesi per uno scopo, aumenta il valore soggettivo dello scopo stesso.

Analogamente, è plausibile che i grandi costi che il paziente ossessivo sente di pagare e di aver pagato per raggiungere il suo scopo, aumentino, ai suoi occhi, il valore dello scopo stesso e, dunque, rendano più difficile abbandonarlo.

A mantenere elevato il valore relativo dello scopo connesso alla minaccia ossessiva, cioè quanto "pesa" rispetto ad altri scopi, interviene anche la compartimentazione, che può essere sia automatica sia intenzionale.

Se si investe molto in uno scopo, gli altri scopi sono automaticamente disattivati.

#### IL QUARTO E L'OTTAVO QUESITO

Meritano di essere trattati assieme: Perché la consapevolezza dell'esagerazione e del costo di continuare a dar retta alle minacce ossessive, non era sufficiente?

Per rispondere a questa domanda è opportuno ricordare quanto abbiamo anticipato parlando dell'insight critico. La consapevolezza critica dei pazienti ossessivi in generale, tende a essere oscillante: è presente a distanza e si riduce da vicino. La ragione di questa oscillazione è da ricercare in un fenomeno ben noto in psicologia generale: il temporal discounting, la distanza temporale, ma più in generale la distanza psicologica modifica in modo iperbolico il valore attribuito agli esiti.

#### IL QUINTO E IL SESTO QUESITO

Perché i tentativi di soluzione ossessivi sono così ripetitivi, persistenti e accurati? E perché, spesso, nel corso del disturbo i tentativi di soluzione diventano ritualistici, cioè seguono regole precise?

La maggiore persistenza è legata alla valutazione del risultato raggiunto che è iperprudenziale. Per interrompere i tentativi di soluzione e contentarsi di tentativi di soluzione più brevi o approssimativi si devono realizzare due condizioni: 1) o l'esito è valutato adeguato; 2) o si accetta il rischio connesso con una soluzione parziale. Accettare il rischio è altrettanto difficile, perché la posta in gioco, evitare di avere una colpa, è un valore irrinunciabile. Alcune ricerche mostrano che, se ci si sente in colpa, si preferisce una scelta certa rispetto a una rischiosa anche se in generale è meno vantaggiosa,<sup>2</sup>

purché sia quella che espone di meno ad autorimproveri.

L'accuratezza e la ripetitività dipendono dal particolare tipo di motivazione che entra in gioco, la prevenzione di una colpa, che riguarda più la performance che il risultato.

Pertanto, trascurare un dettaglio di un provvedimento è grave quanto trascurare tutto il provvedimento, poiché si è comunque esposti al rischio di essere colpevoli. Infine, la ritualizzazione dei tentativi di soluzione ha due finalità. Da una parte limitare i rischi di errore e dall'altra contenere i costi dei tentativi di soluzione.

#### SETTIMO QUESITO

Perché i tentativi di soluzione, essendo un'attività finalizzata e intenzionale, sono compulsivi, vale a dire perché il paziente si sente costretto a metterli in atto?

Una risposta possibile è che il paziente effettivamente sceglie, a volte anche in senso stretto, di mettere in atto i tentativi di soluzione ma non ha scelto il dominio di scelta all'interno del quale si trova a dover scegliere. Essere liberi di scegliere in un dominio di scelta che non si è scelto, è un'esperienza frequente nella vita quotidiana, soprattutto se sono coinvolti dei doveri.

#### IL NONO QUESITO

Perché i timori del paziente ossessivo sono settoriali e dunque gli investimenti incongruenti? La tesi sostenuta in questo volume afferma, in estrema sintesi, che la sintomatologia ossessiva è un superinvestimento finalizzato a prevenire una colpa. In alcuni casi la colpa che il paziente cerca di prevenire con la sua sintomatologia non appare quella moralmente più grave per lui.

Alcuni pazienti sono consapevoli che gli altri non si pongono gli stessi problemi che si pongono loro, che gli altri non ci pensano o se ne disinteressano, e questo è proprio quello che gli altri dicono o consigliano loro di fare. Al paziente, proprio nei domini ossessivi, dunque, manca un metro di paragone delle linee guida morali che gli dicano quante risorse è doveroso investire per prevenire il danno temuto.

In secondo luogo, anche se la colpa che il paziente cerca di prevenire è effettivamente una colpa per lui molto grave, può essere incongrua la prevenzione. Come afferma il DSM-V, le compulsioni, spesso “non sono collegate in modo realistico con ciò che sono designate a neutralizzare o prevenire”.

## IL DECIMO QUESITO

Quale insieme di scopi e credenze può rendere ragione delle incongruità e delle variazioni che caratterizzano la sintomatologia ossessiva?

## **CAPITOLO UNDICI.**

### **INTRODUZIONE ALLA TERAPIA IL RATIONALE DELL'INTERVENTO.**

Nel progettare il piano di trattamento di un paziente con disturbo ossessivo-compulsivo, come peraltro nel caso di altri disturbi, è utile avere ben chiari da una parte i meccanismi di funzionamento del disturbo, i determinanti della sua condotta, i fattori che contribuiscono al suo mantenimento,

e dall'altra gli elementi sui quali è consigliabile intervenire per promuovere il cambiamento, le modalità e le procedure che con più probabilità renderanno efficace il nostro intervento.

Per la maggior parte dei pazienti ossessivi è possibile definire un evento critico.

L'evento può essere direttamente percepito dal paziente, può essere ricordato e può essere un evento soltanto ipotizzato.

L'evento è interpretato dal paziente, alla luce della prima valutazione, come una minaccia che pende su di lui. In seguito alla prima valutazione, ci sono i tentativi di soluzione di primo ordine (TS1), una reazione complessa composta da emozioni negative (ansia, disgusto e timore di colpa), processi cognitivi (attenzione e memoria selettive, euristiche, orientamento del controllo delle ipotesi), condotte mentali (compulsioni mentali, ruminazione sia immaginativa sia proposizionale) e comportamenti (evitamenti, richieste di rassicurazione, compulsioni, neutralizzazioni). Tale reazione in buona misura automatica piuttosto che intenzionale e deliberata, dovrebbe essere funzionale al sottrarsi alla minaccia o a neutralizzarla.

In realtà, nel paziente ossessivo questa complessa reazione ha un effetto paradossale perché determina, in diversi modi, l'aumento del numero e del tipo di eventi giudicati minacciosi (generalizzazione), l'incremento della credibilità delle rappresentazioni di minaccia e, contemporaneamente, una riduzione della credibilità delle rappresentazioni di sicurezza.

A complicare la situazione, in molti casi interviene la metavalutazione o seconda valutazione, cioè la critica che il paziente rivolge sia alla prima valutazione che ai TS1. La critica, infatti, spesso è autosvilente e colpevolizzante e la flessione dell'umore che ne deriva peggiora la sintomatologia ossessiva, soprattutto se legata alla colpevolizzazione. Per giunta, la consapevolezza dei costi pagati in conseguenza del disturbo spinge i pazienti a cercare di contenere i sintomi con i tentativi di soluzione di secondo ordine (TS2) che, in molti casi aumenta paradossalmente la sintomatologia. Infine, contribuiscono al mantenimento e aggravamento della sintomatologia anche le reazioni dei familiari al disturbo, i quali di solito oscillano fra cedimenti alle richieste del paziente, tentativi di convincerlo dell'assurdità delle sue preoccupazioni e dei suoi comportamenti, critiche, anche dure e colpevolizzanti, ed esasperazioni.

Uno degli obiettivi principali della terapia del DOC è l'interruzione o, almeno, la riduzione di questi processi per contrastare il disturbo e ottenere una diminuzione significativa della sintomatologia.

Il secondo obiettivo della terapia del DOC è fare in modo che il paziente sia meno vulnerabile al disturbo, vulnerabilità perlopiù ascrivibile alla generale sensibilità del paziente verso l'esperienza della colpa e alla sua propensione a considerare catastrofiche e inaccettabili, o comunque gravi, colpe che normalmente non sono considerate tali o che, in base agli indizi di cui dispone il paziente ossessivo, sono considerate solitamente molto improbabili.

Abitualmente si persegue prima la riduzione dei processi ricorsivi e successivamente la riduzione della vulnerabilità. Il più delle volte, infatti, il paziente è così assorbito dal disturbo, dalla dimensione sintomatica, e i meccanismi ricorsivi sono così prepotenti che non accetterebbe e non avrebbe le risorse necessarie per sganciarsi dall'area sintomatologica e lavorare sulla generale sensibilità alla colpa.

Alcuni dati suggeriscono che l'intervento sulla vulnerabilità da solo, senza passare per l'intervento sui processi ricorsivi, è in grado di produrre una riduzione clinicamente significativa della sintomatologia. Tale dato si rivela di specifica utilità in tutti quei casi in cui diversi fattori rendono impraticabile l'intervento diretto nel dominio sintomatologico.

## LA RIDUZIONE DEI PROCESSI RICORSIVI DI MANTENIMENTO E AGGRAVAMENTO DEL DOC

Il primo passo di questa strategia è la ricostruzione e condivisione con il paziente dello schema del disturbo. La ricostruzione consente la programmazione delle fasi successive del trattamento e la sua condivisione aiuta il paziente a ridurre la valutazione negativa che ha nei confronti della propria sintomatologia.

Ciò lo aiuterà a comprendere meglio il senso del proprio disturbo, a esserne meno spaventato e dunque a ridurre gli spasmodici e controproducenti tentativi di contrastarlo, favorendo modalità più efficaci e funzionali di gestione. La condivisione dello schema del disturbo, dunque, può essere già un modo per ridurre il secondo processo ricorsivo. A volte, tale condivisione può altresì aiutare il paziente a modulare la prima valutazione e, quindi, a ridimensionare il primo processo ricorsivo.

Altro vantaggio che deriva dalla condivisione dello schema è il riconoscimento, da parte del paziente, che lo psicoterapeuta ha una rappresentazione realistica, accurata e non giudicante del suo disturbo, e ciò, come è noto favorisce l'alleanza terapeutica, cioè la disposizione del paziente a collaborare e impegnarsi nella terapia.

La conoscenza dello schema, inoltre, aiuta il paziente a prendere le distanze dalla sintomatologia, vale a dire a vederla dall'esterno e, quindi, a creare le condizioni propizie per intervenire sul suo disturbo.

Completata questa prima fase è possibile muoversi in tre direzioni, ciascuna finalizzata a ridurre uno dei tre processi ricorsivi. Pur mancando dati che suggeriscano quale sia la successione ottimale con cui affrontare i tre processi ricorsivi, indicazioni utili possono derivare dalla ricostruzione dello schema del disturbo.

Posto che la scelta il più delle volte ricade sul primo processo ricorsivo - poiché racchiude il cuore del disturbo ossessivo-compulsivo, i meccanismi e i processi che più contribuiscono al suo mantenimento - in alcuni casi è opportuno dare al piano di trattamento un ordine di priorità differente. Per esempio, conviene intervenire sul processo ricorsivo di secondo tipo se il paziente si colpevolizza e si svilisce molto o se è assai spaventato dalla sintomatologia. In questo caso, infatti, l'intervento sui processi ricorsivi di primo tipo può essere ostacolato dal momento che è difficile affrontare un problema che non si accetta di avere.

È opportuno, invece, iniziare dal terzo processo ricorsivo se l'ambiente familiare è caratterizzato da elevata emotività espressa, dalla tendenza dei familiari a criticare, disprezzare o colpevolizzare il paziente per il suo disturbo. È ben noto, infatti, che l'alta emotività negativa espressa sul sintomo peggiora la prognosi di tutti i disturbi psicopatologici e il DOC non fa eccezione.

### **L'intervento sul primo processo ricorsivo**

Tale intervento ha tre obiettivi principali:

- la modulazione della prima valutazione;
- l'accettazione della minaccia rappresentata nella prima valutazione e l'accettazione della rinuncia ai TS1;
- l'addestramento pratico ad accettare concretamente di rinunciare ai TS1.

Per ottenere tale risultato, si cercherà di favorire, da una parte, l'accettazione della possibilità che la minaccia rappresentata nella prima valutazione si realizzi e, dall'altra, la rinuncia a mettere in atto i TS1 finalizzati a prevenirla o a neutralizzarla.

Il raggiungimento dell'obiettivo "accettazione della minaccia" sarà certamente più agevole se prima, strategicamente, si sarà aiutato il paziente a modulare la percezione di tale minaccia rendendola ai suoi occhi meno credibile, meno probabile e dalle conseguenze meno gravi. Così facendo diminuirà l'entità della minaccia percepita e ne deriverà un minor ricorso ai tentativi di soluzione, finalizzati proprio alla sua prevenzione o neutralizzazione, e aumenterà la disposizione a correre dei rischi maggiori.

Per il paziente la riduzione della sovrastima della probabilità e della responsabilità spesso non è sufficiente.

Queste considerazioni indicano l'opportunità di perseguire il secondo e il terzo obiettivo terapeutico, con interventi finalizzati a motivare il paziente a rinunciare ai TS1 e ad accettare la possibilità che le minacce si verificano e a tenersi le sensazioni sgradevoli.

Dal punto di vista della dinamica degli scopi, la rinuncia allo scopo "prevenire/evitare la colpa deontologica" e l'accettazione di una sua "possibile compromissione" implicano, dunque, la revisione delle credenze che sostengono la sua adozione, ovvero che sia possibile e realistico non

rendersi responsabile di nessuna colpa.

Semplificando, in questa parte dell'intervento lo scopo non è più modificare le credenze circa l'esistenza di una minaccia di colpa e le probabilità che si concretizzi, ma direttamente, a monte, le credenze che sostengono l'iperinvestimento nell'evitare che ciò accada.

Si può iniziare con l'agire sulla credenza che ci siano possibilità di successo, impiegando tecniche e procedure tese ad aiutare il paziente a vedere i suoi tentativi di contenere la minaccia (TS1) come insufficienti, inutili, visto che il beneficio che producono è al massimo parziale e transitorio, o come

controproducenti, dato che alimentano in modo ricorsivo l'esposizione agli eventi critici e la gravità della prima valutazione.

A questo tipo di interventi il paziente potrebbe obiettare che è pur sempre meglio ridurre di un po' o per un po' la minaccia e il disagio piuttosto che per niente. Questa obiezione si presta a una contro-obiezione: "Il beneficio ottenuto vale il costo pagato per ottenerlo?"

Il più delle volte il paziente è consapevole dei costi che paga, altrimenti non intraprenderebbe una terapia, ma non li integra con i costi derivanti dalla rinuncia ai TS1. Per aiutare il paziente a rinunciare ai TS1 senza diminuire e senza alterare i suoi criteri morali è opportuno aiutarlo a riconoscere che la colpa temuta è compatibile con il rango morale cui sente di appartenere, cioè riconoscere che certe colpe fanno parte della vita quotidiana, dell'ordine naturale delle cose e che un'imperfezione morale non implica indegnità.

Al termine dell'intervento sul primo processo ricorsivo ci aspettiamo che il paziente abbia ridotto il ricorso ai TS1 perché ha una percezione differente della minaccia: la considera accettabile, possibile e anche tollerabile.

## **L'intervento sul secondo processo ricorsivo**

Questa parte dell'intervento, ha due obiettivi principali:

- la modulazione della valutazione critica della sintomatologia ossessiva (seconda valutazione);
- la rinuncia ai tentativi di contenere l'attività ossessivo-compulsiva (TS2).

La valutazione critica di solito, non prende in considerazione le ragioni dei sintomi ed è globalmente autosvilente e spesso autocolpevolizzante, accentuando lo stato emotivo alla base della sintomatologia. I successivi tentativi di contrastare il disturbo che ne derivano (TS2):

1. Tentare di modificare direttamente lo stato mentale, allontanando pensieri e immagini, cercando di sostituire i contenuti mentali ossessivi con altri contenuti non ossessivi o cercando di sopprimere i pensieri ossessivi con l'effetto paradossale di rafforzarli;

2. Ridurre l'attività ossessiva cercando di azzerare il timore di colpa utilizzando l'attività ossessiva stessa, come l'alcolista che per smettere di bere vuole ridurre il desiderio di bere e, per ottenere questo risultato, beve;

3. Criticare le credenze che sostengono il timore di colpa, riflessione fallimentare però perché non arriva a mettere in discussione la necessità di evitare del tutto la possibilità della colpa.

La normalizzazione dell'attività ossessiva e la restituzione di un significato e una funzione alla sua condotta, rintracciando e riconoscendo le ragioni che sono alla base della sintomatologia.

A questo scopo torna a essere di nuovo preziosa la ricostruzione dello schema di funzionamento del disturbo e la sua condivisione con il paziente.

In questa parte dell'intervento bisogna far in modo che il paziente comprenda che la sua condotta, apparentemente bizzarra e irrazionale, è l'espressione di un disturbo, di cui lui stesso è la vittima e non il colpevole.

L'ultimo obiettivo di questa fase dell'intervento consiste nell'aiutare il paziente a rinunciare ai TS2 controproducenti. A tale scopo si possono impiegare compiti di auto-osservazione, prescrizioni comportamentali paradossali ed esperimenti comportamentali che aiutino il paziente a riconoscerli e individuarli e a comprenderne l'effetto negativo.

### **L'intervento sul terzo processo ricorsivo**

L'obiettivo di questa fase è fondamentalmente l'interruzione dei cicli interpersonali disfunzionali che si instaurano tra paziente e familiari, che rischiano di mantenere ed esacerbare la sintomatologia ossessiva stessa.

Si potrà decidere, in alcuni casi, di affiancare al percorso terapeutico del paziente interventi rivolti ai familiari finalizzati alla psicoeducazione sul disturbo e al potenziamento delle abilità di problem-solving e assertive per costruire modalità di risposta alla sintomatologia del paziente più utili e funzionali alla risoluzione del disturbo.

### **RIDURRE LA VULNERABILITÀ AL DISTURBO E PREVENIRE LE RICADUTE**

La riduzione della vulnerabilità al disturbo può essere ottenuta in due differenti modi:

- ristrutturando le credenze che sostengono l'attuale investimento nella prevenzione dell'esperienza della colpa;

- rielaborando le memorie di episodi passati che hanno reso il paziente sensibile al senso di colpa.

Attraverso tale intervento il paziente arriverà ad accettare la possibilità di esser colpevole, giudicandola un'esperienza inevitabile, parte della normale esistenza, dell'ordine naturale, oltre che tollerabile e transitoria e, in conseguenza di tale accettazione, diminuirà l'investimento preventivo e dunque la sua vulnerabilità al disturbo e il rischio di ricadute future.

Nel secondo caso l'intervento mirerà alla riduzione della vulnerabilità al disturbo attraverso la rielaborazione dei ricordi di episodi di colpa/ rimprovero che probabilmente hanno contribuito all'iperinvestimento nella loro prevenzione.

La rielaborazione può avvenire rievocando le memorie degli episodi critici perché rivivere il ricordo consente la riattivazione degli schemi dominanti che diventano così più accessibili al cambiamento.

Sempre nell'ottica della prevenzione di future ricadute, è bene dedicare l'ultima parte della terapia proprio alla normalizzazione della possibilità che i sintomi si ripresentino per impedire che una tale evenienza sia assunta dal paziente come indice della propria inguaribilità e che si attivino meccanismi che facilitano una vera e completa ricaduta nel disturbo.

Per farlo si può procedere innanzitutto con l'anticipare e prevedere la possibilità che i sintomi si ripresentino, sdrammatizzando tale eventualità e sottolineando il ruolo che in ciò avrebbero gli automatismi ricorsivi.

Si continua poi con l'individuare, assieme al paziente, le circostanze che potrebbero facilitare la ricomparsa dei sintomi, infine, identificare i segnali precoci che indicano un rischio di ricaduta (per esempio, piccoli sintomi ossessivi, ripresa degli evitamenti, ecc.) e le possibili strategie di fronteggiamento, così da aumentare il senso di fiducia del paziente nelle proprie capacità di rispondere in maniera efficace a episodi sintomatici.

## **CAPITOLO VENTUNO.**

### **IL RUOLO DEI FAMILIARI NEL MANTENIMENTO DEL DOC PSICOEDUCAZIONE E PSICOTERAPIA**

#### INTRAPPOLATI NEL SINTOMO

Chi vive con una persona affetta da DOC è spesso messo a dura prova dai sintomi del proprio congiunto e si chiede, senza trovare risposta, come sarebbe giusto agire per liberarlo (e liberarsi) dalle trappole del disturbo.

Talvolta il paziente chiede aiuto nell'esecuzione dei rituali, altre volte il familiare "soccorre" e si sostituisce spontaneamente al paziente con la speranza o nella convinzione (purtroppo infondata) di aiutarlo a stare meglio.

Situazioni del I tipo: il familiare prende parte ai sintomi del paziente

Situazioni del II tipo: il familiare non prende parte ai sintomi del paziente ma è costretto a subirli

#### L'accomodamento

I familiari spesso partecipano alla sintomatologia compulsiva del proprio caro affetto da DOC su sua esplicita richiesta; proprio come accade al paziente, pur giudicandole magari assurde e bizzarre, partecipano alle compulsioni allo scopo di alleviare l'ansia e lo stress del proprio congiunto, di prevenirne la rabbia qualora non rispondessero alle sue richieste e, quindi, di evitare una situazione conflittuale.

Altre volte sono i familiari stessi che spontaneamente partecipano alle compulsioni o favoriscono gli evitamenti nella convinzione che agire in tal modo significhi prendersi cura del proprio caro, alleviargli la sofferenza e lo stress.

L'accomodamento dei familiari alla sintomatologia del paziente comprende l'intervento nelle compulsioni, l'agevolare e favorire l'evitamento degli stimoli e delle situazioni ansiogene, l'assumersi la responsabilità delle sue scelte e decisioni, il rassicurarlo circa i suoi timori e le sue paure, il procurargli materiale per le sue compulsioni, la modifica delle abitudini e routine quotidiane

È importante premettere che nella maggior parte dei casi il motivo per cui i familiari tendono a essere accondiscendenti con le richieste del proprio caro è una finalità di aiuto e supporto: essi agiscono a fin di bene, nel desiderio di alleviare la sofferenza del paziente. Purtroppo, nonostante le intenzioni dei familiari siano buone, l'accomodamento risulta essere un fattore prognostico negativo e numerose ricerche evidenziano la sua associazione con una maggiore gravità della sintomatologia ossessiva, una peggiore risposta terapeutica, sia ai trattamenti farmacologici sia a quelli cognitivo-comportamentali.

Così come i tentativi di soluzione che il paziente mette in atto contribuiscono a mantenere il disturbo, anche l'accomodamento dei familiari, pur riducendo nel breve termine il disagio del paziente, nel lungo termine contribuisce al mantenimento e all'aggravamento del DOC per almeno tre ordini di motivi.

■ Innanzitutto, se da un lato il familiare aiutando il paziente a evitare, a eseguire i suoi rituali e controlli, rassicurandolo circa le sue paure, ottiene una riduzione nell'immediato dell'ansia e dello stress del paziente, dall'altro così facendo gli impedisce di acquisire informazioni utili a disconfermare le sue credenze circa la probabilità di accadimento dell'evento temuto, la gravità delle conseguenze, le possibilità di fronteggiamento e la tollerabilità dell'ansia e del disagio, relative alla valutazione primaria di minacciosità dell'evento. Inoltre, la riduzione

temporanea e immediata dell'ansia rinforza le credenze del paziente circa l'utilità e l'efficacia di tali provvedimenti, motivandolo a farvi ricorso nuovamente in futuro e a reiterare le stesse richieste al familiare. In altre parole, se il familiare interviene per prevenire o contenere l'ansia, il paziente non avrà modo di scoprire che è in grado di tollerarla, che il disagio è destinato a diminuire naturalmente anche senza prendere provvedimenti e senza mettere in atto comportamenti particolari.

■ Un altro meccanismo attraverso il quale l'accomodamento contribuisce a mantenere il disturbo è la riduzione dei costi dell'attività ossessivo-compulsiva fa sì che le conseguenze negative della sintomatologia ossessiva siano meno evidenti e più tollerabili agli occhi del paziente, che la valutazione secondaria della sintomatologia sia meno pesante e pressante. È noto però come nella maggior parte dei casi siano proprio i costi dell'attività ossessiva, in termini di tempo speso nelle

compulsioni, stress emotivo e compromissioni nella vita quotidiana, a spingere il paziente a chiedere aiuto e a impegnarsi per il cambiamento.

■ Infine, se è vero che l'accomodamento dei familiari sembra inizialmente ridurre il fardello del disturbo per il paziente, è anche vero che a farne le spese sono poi i familiari stessi, che devono fare i conti con i costi del loro coinvolgimento nella sintomatologia. Diversi studi hanno evidenziato tra i familiari più coinvolti nei meccanismi di accomodamento, livelli di stress e depressione più elevati, maggiori atteggiamenti di rifiuto verso il paziente e una peggiore qualità della vita. Ciò contribuisce a creare un clima relazionale teso e conflittuale all'interno della famiglia, che andrà a esacerbare l'ansia stessa del paziente, rendendo più probabile e frequente l'attivazione di ossessioni e della sintomatologia ossessiva. Inoltre, a livello di valutazione secondaria, spesso questi effetti attivano nel paziente vissuti di colpa che solitamente producono un inasprimento della sintomatologia ossessiva.

### L'antagonismo

Effetti altrettanto negativi sono associati alle modalità di risposta dei familiari alla sintomatologia collocabili sulla polarità dell'antagonismo.

Malgrado anche queste modalità di interazione siano spesso la manifestazione del desiderio del familiare di stimolare il paziente, motivarlo a dismettere i comportamenti sintomatici, ostacolare il disturbo, purtroppo l'effetto che producono è ancora una volta controproducente, di mantenimento ed esacerbazione dei sintomi, anche qui per diverse ragioni.

■ Le risposte critiche e ostili dei familiari non fanno che rendere concreta la minaccia temuta. Il paziente si sentirà colpevolizzato, disprezzato e ciò potrà indurlo a investire ancora più di prima nell'attività preventiva, per ridurre la possibilità di essere nuovamente disprezzabile in futuro.

■ Di fronte a un atteggiamento ostile e aggressivo del familiare, il paziente potrebbe sperimentare rabbia e, a sua volta, rispondere con aggressività e ostilità per poi sentirsi in colpa e moralmente disprezzabile per la sua condotta.

■ Inoltre, in conseguenza dell'ostilità e del criticismo del familiare, è possibile che il paziente sperimenti senso di inefficacia e di vergogna, che potrebbero condurlo a nascondere il suo disturbo e a vedersi come incapace di fronteggiarlo.

### LE TRAPPOLE INTERPERSONALI

L'interlocutore di una persona con DOC, sia che partecipi attivamente ai sintomi del paziente (situazioni del I tipo), sia che subisca suo malgrado l'esecuzione dei rituali (situazioni del II tipo), solitamente mette in atto sei tipi di strategie di contrasto del DOC.



## 1-La pacca sulla spalla

Consiste in un rapido e superficiale tentativo di rassicurazione, senza entrare nel merito dei suoi timori e senza argomentare le ragioni per cui dovrebbe tranquillizzarsi.

Tale atteggiamento è segnalato da espressioni verbali quali "Va tutto bene", "Sta' tranquillo", "Non c'è niente da temere"

La "pacca sulla spalla" oltre che essere quasi sempre valutata dal paziente come un aiuto inadeguato, ha un'altra seria controindicazione: può provocare reazioni di ira. Chi la riceve può infatti non sentirsi preso sul serio e reagire reiterando energicamente le ragioni della propria ansia. A ciò seguiranno nuovi tentativi di rassicurazione da parte del familiare e ancora nuove obiezioni irritate del paziente, ed entrambi scivoleranno rapidamente in una spirale viziosa senza uscita.

## La bugia a fin di bene

Un'altra tipica risposta dell'interlocutore alla persona ossessiva è la piccola bugia (o l'omissione di informazioni ansiogene) detta allo scopo di rassicurarla, o di non procurarle ansia. Anche questi tentativi, al pari della pacca sulla spalla, non solo sono poco efficaci, ma non di rado determinano una reiterazione delle richieste di rassicurazione e un inasprimento dell'interazione. Il paziente ossessivo, infatti, esercita un controllo molto accurato sulle informazioni relative alle proprie paure, ed è spesso in grado di scoprire l'inganno. In conseguenza di ciò, oltre a provare rabbia per il tentativo di raggirio, alza ulteriormente i livelli di guardia e di controllo sul comportamento dell'altro, inasprendo non poco il clima relazionale e perpetuando dei cicli dialogici sterili e controproducenti.

## La disputa razionale

Gli interlocutori spesso s'impegnano con tutte le proprie forze a trovare argomentazioni logiche e razionali che smontino l'idea di pericolo da cui i pazienti si sentono minacciati, allo scopo di placare la loro ansia e bloccare i loro rituali.

L'avvio di un ciclo di disputa razionale è spesso segnalato da espressioni verbali quali: "Ok, proviamo a ragionare!", "Usiamo la testa"; si assiste molto spesso a lunghe ed estenuanti discussioni che non solo non scalfiscono minimamente i timori del paziente, ma finiscono per inasprirli e mantenerli.

I pazienti ossessivi non ragionano affatto in modo illogico o "folle" (non hanno bisogno che qualcuno insegni loro a ragionare), ma piuttosto adottano criteri molto rigidi e severi per valutare razionalmente la solidità dell'ipotesi rassicurante (accettano cioè con molta difficoltà informazioni

rassicuranti, per non correre il rischio di colpevoli sottovalutazioni del rischio). I tentativi di rassicurazione, anche quelli più articolati, si scontrano dunque con questi criteri estremamente rigorosi. Per questo falliscono o ottengono risultati scarsi e limitati nel tempo.

## Il suggerimento di soluzioni

I pazienti si mostrano peraltro solitamente molto attenti ai consigli pratici e se, dopo averli analizzati con cura, li giudicano idonei, provano anche ad applicarli. Talvolta, quando ciò accade, paziente e familiare possono inizialmente avere l'impressione di aver trovato un buon rimedio e può effettivamente seguire una momentanea riduzione dei livelli di ansia. Tuttavia, in un buon numero di casi, le soluzioni suggerite dal familiare, anche se apparentemente efficaci, finiscono per mantenere e inasprire il disturbo del paziente.

## La compiacenza

Molto spesso chi è vicino a una persona con DOC, accetta le regole imposte dal disturbo e fa, spontaneamente o su richiesta, esattamente quello che il paziente si aspetta, convinto che sia

l'unico modo per bloccare i suoi sintomi ossessivo-compulsivi. Queste manovre accomodanti hanno lo scopo di evitare al proprio caro con DOC l'esposizione alla situazione ansiogena e di alleggerire il carico delle compulsioni che altrimenti eseguirebbe da solo. Consentono perciò al paziente di provare un sollievo momentaneo e al familiare di evitare conflitti e discussioni, ma lungi dall'essere una soluzione definitiva, determinano un aggiramento difensivo dell'ostacolo che mantiene intatte tutte le paure ossessive.

Il biasimo

L'effetto dei rimproveri del paziente non è marginale. Il familiare, infatti, subendo il rimprovero, oscillerà tra sentimenti di colpa e di rabbia che lo porteranno a reazioni controproducenti. Quando percepirà il rimprovero come meritato, si sentirà in colpa e metterà in atto comportamenti di aiuto accomodante che, come abbiamo già visto, rappresentano un grave fattore di mantenimento del disturbo; quando invece percepirà come ingiusto il rimprovero ricevuto dal paziente, proverà rabbia e reagirà a propria volta in modo aggressivo.

Nel corso di una psicoterapia si può peraltro osservare che le critiche che i pazienti raccontano di ricevere dagli altri non differiscono nei contenuti dagli autorimproveri che rivolgono a se stessi quando riflettono sul proprio disturbo: svolgono un ruolo molto specifico nel mantenimento del disturbo perché attivano temi personali direttamente implicati nello sviluppo del DOC.

### **Strade senza uscite**

Riassumendo, chi vive accanto al paziente prova, in definitiva, ad arginare la sintomatologia del proprio caro seguendo tre strade principali: quella della persuasione, quella del soccorso accomodante e quella della colpevolizzazione. E in alcuni casi, per fortuna rari, la strada della forza.

Le ragioni per cui queste strade non porteranno a nulla di buono sono le seguenti.

- Persuadere il paziente ossessivo, convincerlo che non ci sono pericoli è virtualmente impossibile perché il DOC non chiede rassicurazioni parziali, ma assolute, certe, definitive, che umanamente nessuno sarà mai in grado di fornirgli.

- Soccorrere in modo accomodante il paziente allo scopo di aggirare i timori ossessivi con piccoli suggerimenti pratici, o sostituendosi a lui, o facendo esattamente quello che egli chiede o si aspetta, calmerà solo temporaneamente le sue ansie mantenendo nel tempo il suo disturbo.

- Colpevolizzare il paziente per la messa in atto dei suoi sintomi non solo non li bloccherà (se non per breve tempo), ma alimenterà il suo timore di colpa, che, come abbiamo illustrato nel paragrafo sugli effetti del biasimo, è il vero responsabile dello sviluppo della sintomatologia ossessiva.

- Infine, l'uso della forza o le minacce messi in atto in alcuni casi dai familiari per bloccare i rituali, oltre che essere rimedi eticamente inaccettabili, non portano che all'inasprimento del clima in casa e all'inevitabile peggioramento del disturbo.

### **USCIRE DALLE TRAPPOLE**

Alla luce di quanto detto finora, si possono ricavare le seguenti indicazioni:

- non assecondare le richieste ossessive di rassicurazione;
- non aiutare il paziente nell'esecuzione dei rituali;
- non consentire al paziente di evitare le situazioni temute sostituendosi a lui;
- non accettare che regole e abitudini casalinghe vengano stravolte dai rituali imposti dal DOC;
- imparare gradualmente a opporsi con gentilezza - ma in modo fermo e sicuro - alle richieste e alle imposizioni del DOC;
- non rimproverare il paziente e non forzarlo a bloccare bruscamente i rituali.

## **Gli stati d'animo del familiare**

I comportamenti patologici del paziente suscitano nel familiare dispiacere, pena, ma anche paura, senso di colpa, esasperazione e rabbia, e questi sentimenti, umani e inevitabili, portano ad avere reazioni ora compiacenti ora critiche.

-L'affetto e la pena per il proprio caro spingono a un atteggiamento di soccorso.

-La paura, altre volte, fa sì che il familiare asseondi il DOC. Teme che non tollerando un certo rituale molesto, non aiutando il proprio caro nella sua esecuzione, non rispondendo alle richieste reiterate di rassicurazione.

-La rabbia e l'exasperazione, causate dai disagi imposti dal DOC, conducono, viceversa, a reazioni critiche e aggressive e, talvolta, all'illusione che il disturbo possa essere vinto alzando la voce.

-Il senso di colpa fa sì che spesso il familiare sia portato a credere, erroneamente, che il disagio del proprio caro dipenda da lui/lei, da una presunta carenza di affetto, da presunti suoi sbagli, da traumi non ben precisati di cui si sarebbe in qualche modo reso responsabile.

Bisogna gestire questi stati emotivi tenendo presente che:

-Pena. L'affetto che il familiare prova per il proprio caro e la pena per la sua sofferenza sono sentimenti nobili: vanno però usati per motivarlo a curarsi e rinunciare gradualmente ai rituali che il DOC gli impone;

-Paura. Non bisogna cedere alla paura! Se il familiare imparerà a rifiutarsi gentilmente (ma in modo fermo) di assecondare le richieste del DOC, contribuirà alla guarigione del proprio caro.

-Rabbia. La rabbia e l'exasperazione sono sentimenti umani e inevitabili quando si convive con una persona affetta da DOC. Tuttavia, le dure critiche vanno evitate.

-Colpa. Non bisogna sentirsi in colpa per il DOC del proprio caro: non serve a nulla! Non è colpa del familiare se si è ammalato, se prova ansia, se il DOC lo tortura giorno e notte.

## **Fronteggiare le situazioni del I tipo**

- Validare lo stato emotivo del paziente.

- Rifiutarsi garbatamente ma in modo fermo di compiacere la richiesta ossessiva.

- Motivare il rifiuto senza entrare nella logica ossessiva.

- Sostenere e incoraggiare il paziente a tollerare l'ansia provocata dalla rinuncia alla compulsione fino alla sua scomparsa.

- Dopo avere compiuto in modo convinto i passi precedenti, chiudere gentilmente lo scambio. Prolungarlo eccessivamente rischierebbe di avviare un lungo botta-e-risposta, sterile e deleterio.

## **Fronteggiare le situazioni del II tipo**

Le situazioni del II tipo sono spesso le più difficili da gestire. Come abbiamo visto nel paragrafo precedente, quando il familiare partecipa al sintomo del proprio caro (situazioni del I tipo) l'uscita dalla trappola è teoricamente semplice: è sufficiente rifiutarsi in modo gentile, sicuro, empatico e motivato di continuare a prendere parte a quei sintomi. Il paziente insisterà, talvolta protesterà, ma se il familiare manterrà il punto, la trappola sarà disattivata.

Nelle situazioni del II tipo, invece, il familiare è suo malgrado nella trappola. Non partecipa ai sintomi, ma è costretto a subirli.

Le strategie che suggeriamo per gestire le situazioni del II tipo non differiscono nei principi di base da quelle indicate per le situazioni del I tipo, ma richiedono degli accorgimenti in più.

- Non subire passivamente l'esecuzione dei sintomi ossessivi del familiare.

- Motivare gentilmente le ragioni della propria opposizione.

- Validare in modo empatico lo stato emotivo del paziente. In altri termini, riconoscere, accogliere, condividere l'angoscia e la sofferenza di cui è vittima, non colpevole.

- Condividere un contratto: negoziare in modo collaborativo una soluzione compatibile con i bisogni dei familiari e che aiuti il paziente a liberarsi gradualmente dei sintomi. Il contratto dovrà essere stipulato a freddo, in un momento di calma, non nel corso di una crisi ossessiva, e deve essere condiviso in tutte le sue parti. Dovrà essere sintetico, chiaro e realisticamente applicabile.
- Applicare quanto previsto dal contratto a caldo (quando cioè il paziente è in preda all'ansia e mette in atto i sintomi). Farlo con gentilezza, ma in modo fermo e coerente con gli accordi presi in precedenza.
- Sostenere e incoraggiare il paziente a tollerare le difficoltà derivate dall'applicazione del contratto.

Gestire situazioni del II tipo è più difficile perché non è sufficiente sottrarsi a una richiesta di rassicurazione o di aiuto nell'esecuzione di un rituale. È necessario fare qualcosa in più: negoziare degli accordi che comporteranno manovre del familiare spesso chiaramente contrarie alle richieste immediate del paziente.

## **CAPITOLO VENTIDUE.**

### **TRAPPOLE DURANTE IL TRATTAMENTO CREDENZE E SCOPI CHE LE DETERMINANO E SOLUZIONI**

Sono diverse le trappole in cui sia il terapeuta che il paziente possono cadere nel corso delle varie fasi della terapia:

#### TRAPPOLE NELLA FASE DI ASSESSMENT (sette trappole)

Le trappole che più comunemente incontriamo nella fase di assessment delle nostre terapie con pazienti ossessivi sono sette.

- la spiegazione perfetta;
- il giudizio morale del terapeuta;
- la conferma "tecnica" di indegnità;
- la figura ridicola;
- la diagnosi di follia;
- "se ne parlo si avvera";
- il terapeuta è in pericolo!

#### **La spiegazione perfetta**

Il terapeuta inizia ad avvertire un senso di frustrazione e irritazione per le continue ridefinizioni del paziente e quest'ultimo appare sempre più ansioso di fornirle nel modo più chiaro possibile. Il terapeuta è messo in difficoltà dalla logorrea puntigliosa e inarrestabile del paziente e si è ben lontani dal porre le basi di una salda alleanza terapeutica. Questo però non consente al paziente di modificare il proprio eloquio e tollerare approssimazioni perché è concentrato sul tentativo di non fare errori o omissioni imperdonabili.

#### **Il giudizio morale del terapeuta**

Può essere sintetizzato in un semplice esempio: "Se parlo al terapeuta del pensiero ricorrente di accoltellare i miei bambini, gli apparirò come un essere mostruoso. Sarebbe inaccettabile!". È probabile che, almeno in una prima fase, la preoccupazione del paziente si manifesti con riserbo e tendenza alla chiusura più che con un eccesso di verbosità e ricerca spasmodica del termine esatto, come accadeva nell'esempio prima riportato di Michele. L'effetto che tale atteggiamento può avere sul percorso terapeutico è lo stallo nell'esplorazione del problema.

#### **La conferma "tecnica" di indegnità**

Alla trappola precedente può affiancarsi un'altra preoccupazione, il timore che l'interpretazione tecnica del contenuto delle ossessioni sveli e confermi la propria indegnità morale. Il paziente non è solo intimorito da un giudizio morale, quanto piuttosto da una valutazione tecnica: il terapeuta, infatti, pur astenendosi da giudizi personali, potrebbe fornire la conferma "scientifica" della sua intima malvagità ("Se il terapeuta confermasse che il pensiero raccapricciante che mi assilla non è altro che l'espressione conscia dei miei desideri più veri e inconfessabili? Oddio, sarebbe terribile!").

### **La figura ridicola**

Il paziente riferisce di provare una profonda vergogna, oltre che colpa, per questi assurdi impulsi che affollano la sua mente (e che peraltro non sembrano provocargli alcun eccitamento sessuale).

Il paziente non teme il giudizio morale (e/o tecnico) del terapeuta, come nel caso precedente, ma la sua derisione.

### **La diagnosi di follia**

Il paziente teme di essere considerato matto. I contenuti delle ossessioni e il tipo di compulsioni appaiono talvolta tanto bizzarri e insoliti da ricordare quadri psicotici e solo una valutazione clinica accurata può consentire una corretta diagnosi.

Il timore non deriva solo dal fatto di poter scoprire di essere psicotici, i pazienti con DOC sono ben certi di non essere psicotici ma dal fatto che tale diagnosi possa causare scenari catastrofici (per esempio: impostazione di una terapia sbagliata, il dolore dei propri cari, lo stigma, ecc.) di cui il paziente si sentirebbe, in buona misura, responsabile.

### **"Se ne parlo si avvera"**

Parlare al terapeuta di una paura implica pensare agli incidenti e dunque, dal suo punto di vista, renderli più probabili. Per questo, riuscirà a svelare in seduta il contenuto delle proprie ossessioni solo dopo molto tempo e con grande disagio.

All'innesco di questa trappola contribuisce il fenomeno chiamato fusione pensiero-azione che, è determinato da: 1) la credenza che pensare a un evento inaccettabile renda più probabile che tale evento accada; 2) la credenza che avere un pensiero inaccettabile sia moralmente equivalente al fatto di averlo messo in pratica.

Qui non si teme necessariamente la sua valutazione tecnica o morale, né la sua derisione, né di poterlo in qualche modo offendere, quanto il fatto che parlare chiaramente delle proprie ossessioni implichi necessariamente una rinuncia all'evitamento.

Il terapeuta dovrebbe perciò sempre chiedersi, in fase di assessment, se le resistenze del paziente, i suoi silenzi o il suo eloquio stentato o confuso, non derivino semplicemente dalla difficoltà di abbandonare l'evitamento ossessivo.

### **Il terapeuta è in pericolo!**

Nel corso di una psicoterapia il terapeuta può, per varie ragioni, divenire oggetto delle ossessioni del paziente. Il dilemma è di quelli senza via di uscita, perché se soffermarsi sui dettagli inquietanti relativi alla pericolosità dell'amianto significa contagiare il terapeuta delle sue stesse preoccupazioni ossessive e rovinargli la vita, d'altro canto non parlargliene significa lasciarlo colpevolmente esposto alla contaminazione da amianto. Il terapeuta viene qui rappresentato come potenziale vittima di un paziente colpevole di avergli in qualche modo rovinato la vita.

### **TRAPPOLE NELLA FASE DI IMPLEMENTAZIONE DEL TRATTAMENTO (quattro trappole)**

Come nella fase di assessment, anche durante quella di implementazione della terapia possono facilmente incontrarsi ostacoli dovuti a specifiche valutazioni del paziente, tutte

riconducibili, in ultima istanza, allo scopo sovraordinato di prevenire colpe morali. Sulla base dell'osservazione clinica abbiamo distinto quattro delle trappole più frequenti e le abbiamo chiamate:

- l'errore del terapeuta;
- i valori del terapeuta;
- l'errore del paziente;
- le prescrizioni severe.

Esemplificheremo ciascuna di esse, come già fatto per quelle tipiche della fase di assessment, con la breve descrizione di uno o più casi clinici per trappola.

### **L'errore del terapeuta**

È dato dal timore del paziente che una terapia espositiva incauta e mal concertata dal terapeuta, rischierebbe di fare aumentare le probabilità di commettere atti deprecabili e per questo non la eseguiva.

### **I valori del terapeuta**

La paura che la terapia comporti l'adesione a valori diversi dai propri può essere presente anche in pazienti ossessivi privi di qualsiasi forma di adesione a una confessione religiosa.

Le conseguenze manifeste di tale timore sono un possibile atteggiamento guardingo nei confronti del terapeuta e resistenze passive o attive alle sue prescrizioni, che nei casi peggiori possono sfociare in una definitiva frattura dell'alleanza terapeutica e nell'abbandono della terapia.

### **L'errore del paziente**

Talvolta, anche quando il paziente si fida del terapeuta e delle sue indicazioni, può essere ossessionato dal pensiero dell'esecuzione corretta degli esercizi terapeutici. Qui il terapeuta è rappresentato come un tecnico capace, detentore attendibile di conoscenza e dispensatore di giusti consigli e il paziente come potenziale cattivo fruitore dell'aiuto che gli viene offerto. Lo scopo principale consiste, perciò, nel prevenire la colpa di un uso scorretto dell'aiuto tecnico.

Da ciò derivano dubbi, esecuzione incerta delle prescrizioni, richieste continue al terapeuta di rassicurazione rispetto all'esecuzione, anche con un uso compulsivo del telefono e un inevitabile stallo della terapia.

### **Le prescrizioni severe**

Le indicazioni terapeutiche comportavano una duplice angoscia: la prima derivava dalla rinuncia ai sintomi, la seconda dalla pressione severa che gli sembrava provenire dalla persona del terapeuta. Tutte le volte che gli veniva assegnato un esercizio terapeutico temeva di non riuscire a eseguirlo e immaginava che il terapeuta lo avrebbe rimproverato per lo scarso impegno, continuando a sopportarlo per etica professionale, ma senza rinunciare al proprio giudizio inflessibile. La terapia era quindi diventata una fonte di stress che si aggiungeva a quello dovuto al disturbo, e non gli sembrava utile continuarla.

### **TRAPPOLE NELLA FASE DI CHIUSURA DELLA TERAPIA (due trappole)**

Terminiamo con la descrizione di due tra le trappole che più di frequente si possono incontrare in fase di chiusura del trattamento. Le abbiamo chiamate:

- la restitutio ad integrum;
- la causa profonda.

La prima sembra derivare da valutazioni ossessive relative allo scopo di una guarigione completa, assoluta. La seconda dal timore ossessivo di concludere il trattamento senza avere sviscerato la causa vera, ultima del disturbo.

### **La restitutio ad integrum**

I pazienti ossessivi valutano in modo molto scrupoloso i cambiamenti occorsi durante la terapia e non di rado tendono, prudenzialmente, a sottostimarli e a perseguire ossessivamente un'idea perfezionistica di guarigione. Il terapeuta che incautamente si mostri entusiasta dei miglioramenti del paziente può essere, per queste ragioni, facilmente rappresentato come un professionista che si accontenta di risultati parziali e da tale rappresentazione possono derivare sentimenti di insoddisfazione e un non facile avvio della fase di chiusura del trattamento.

Il terapeuta, in questi casi, ha il difficile compito di riconoscere e prevenire il rischio di innesco di scambi interpersonali caratterizzati da confronti dialettici aspri e di aiutare il paziente a considerare la propria preoccupazione come l'effetto di meccanismi psicologici assai simili a quelli che determinano gli altri suoi sintomi ossessivo-compulsivi. Tale compito di gestione della delicata fase di chiusura viene naturalmente facilitato se sin dall'inizio della terapia sono state esplorate le aspettative del paziente rispetto ai cambiamenti e concordati in termini realistici e verificabili gli obiettivi terapeutici.

### **La causa profonda**

Non viene messa in discussione la remissione dei sintomi e il benessere psicologico raggiunto, ma il fatto che tale benessere sia stato ottenuto eliminando davvero, alla radice, le cause del disturbo.

### **USCIRE DALLE TRAPPOLE**

L'uscita dalle trappole prevede alcuni passi simili in tutte le fasi del processo terapeutico. I passi tipici sono i seguenti:

- a) riconoscere la trappola;
- b) segnalarla al paziente;
- c) darle un nome;
- d) dividerne il funzionamento;
- e) validare i vissuti del paziente;
- f) far emergere con atteggiamento socratico le analogie esistenti tra la trappola interna alla terapia e gli altri sintomi ossessivi;
- g) far emergere i costi della modalità ossessiva che determina la trappola;
- h) legittimare l'abbandono della modalità ossessiva che determina la trappola.

Non esiste evidentemente una ricetta sempre vincente, ma in linea generale è utile aiutare il paziente a guardare dall'alto il meccanismo in cui è intrappolato, dargli un nome e illuminare le analogie esistenti tra la trappola che blocca il processo terapeutico e gli altri sintomi ossessivi. Questo consente al paziente di ampliare la prospettiva con cui guarda al proprio disturbo, di comprenderne appieno la natura e realizzare come le sensibilità psicologiche che ne sono alla base operino anche in domini non strettamente sintomatici (quale per esempio l'interazione terapeutica in atto).

Nel caso delle trappole che si manifestano con chiusura e riserbo, si pone una difficoltà in più, dovuta proprio alla prudente ritrosia del paziente e al fatto che il terapeuta non sa esattamente quale sia il sintomo né la ragione precisa di un'interazione tanto stentata. Il terapeuta dovrà quindi procedere segnalando tale difficoltà e proporre al paziente alcune ipotesi sulle ragioni del riserbo, provando contemporaneamente a validare i suoi stati interni, rassicurarlo e motivarlo all'apertura.

Nei casi, fortunatamente rari, in cui, nonostante gli sforzi del terapeuta, il paziente dovesse mantenere ferma l'intenzione di non parlare del contenuto delle proprie ossessioni, c'è ancora un'alternativa praticabile per prevenire l'abbandono precoce della terapia. Se, nonostante l'estrema riservatezza, il terapeuta è ragionevolmente certo che il paziente soffre di DOC gli proporrà di proseguire la fase di assessment e di formulazione provvisoria del problema con l'aiuto dello schema a 5 fasi, rinunciando temporaneamente a entrare nel merito dei contenuti ossessivi. Pur omettendo i contenuti dell'ossessione, grazie allo schema, sarà ugualmente

possibile avviare con il paziente la condivisione del funzionamento generale e provvisorio del disturbo, esplorando gli effetti deleteri degli evitamenti, delle compulsioni, degli autorimproveri (valutazioni di II livello) e i relativi cicli di mantenimento.