

Autore: Dr. Fabrizio Didonna

Psicologo e Psicoterapeuta

Vice-Presidente Associazione Italiana Disturbo Ossessivo-Compulsivo (AIDOC)

Presidente ISIMIND – Istituto Italiano Mindfulness

Divisione di Psichiatria

Coordinatore Unità per i Disturbi d'Ansia e dell'Umore

Casa di Cura *Villa Margherita*

Via Costacolonna, 20 Arcugnano (VI)

Tel. + 39 0444 - 997611 (Clinica)

Fax.: + 39 0444 997989

**Key Words:** *Obsessive-Compulsive Disorder – Perceptive-Sensorial Experience – Validation – Cognitive Therapy*

**Ruolo dell'invalidazione dell'esperienza sensoriale nell'attivazione e mantenimento del dubbio ossessivo: la tecnica della validazione dell'esperienza percettiva**

***(The role of the invalidation of the sensorial experience in activating and maintaining the obsessive doubt: the perceptive experience validation technique)***

**Fabrizio Didonna**

Vice-Presidente Associazione Italiana Disturbo Ossessivo-Compulsivo (AIDOC)

Unità per i Disturbi d'Ansia e dell'Umore

Casa di Cura *Villa Margherita*

**Abstract**

Un aspetto a cui fino ad oggi è stato dato raramente rilievo nella letteratura del Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) è il ruolo giocato dalla dimensione percettivo-sensoriale nella genesi, attivazione e mantenimento della sintomatologia ossessiva.

L'ipotesi sviluppata nel presente articolo è che nei pazienti con DOC, in particolare nei *checkers*, si verificherebbe un'elaborazione e/o un utilizzo deficitario dell'informazione sensoriale rilevante inerente alle situazioni in cui si attivano le cognizioni ossessive. Si ritiene che questo fenomeno potrebbe avere un ruolo decisivo nell'attivazione del dubbio patologico. L'integrazione tra la prospettiva cognitivista, quella cognitivo-evoluzionista e la neuropsicologia può permettere una comprensione maggiore del rapporto esistente tra l'esperienza percettiva consapevole del paziente e la fenomenologia ossessiva.

Le considerazioni sviluppate nel presente lavoro formano il *rationale* di una tecnica terapeutica (VEP) che ha lo scopo di aiutare il paziente a *validare* il più possibile il ricordo e la consapevolezza della propria esperienza percettiva, utilizzandoli come '*antidoto*' all'attivazione dell'ideazione ossessiva.

## Abstract

The role of the perceptive-sensorial dimension in the genesis, activation and maintenance of obsessive symptoms has seldom been considered in the literature regarding obsessive compulsive disorder (OCD). The hypothesis discussed in the present paper is that OCD patients, in particular *checkers*, might have a deficit in processing and/or using of relevant sensorial information regarding the situations in which obsessive cognitions are activated. It is hypothesized that this problem could have a decisive role in activating pathological doubt. By integrating cognitive, cognitive-evolutionary and neuropsychological approaches the relationship between the patient's aware perceptive experience and obsessive phenomenology can be better understood.

The issues and topics developed in the present work form the *rationale* of a therapeutic technique (PEV) that is aimed at helping patients to validate as much as possible the memory and consciousness of his/her own perceptive experience, using them as an 'antidote' against the activation of obsessive ideation.

## Introduzione

Le teorie cognitive più attuali (Rachman, 1998, 2003; Salkovskis, Forrester, Richards & Morrison, 1998; Wells, 1997) mostrano come il fattore cruciale nell'attivazione della sindrome ossessiva non risiede nei pensieri intrusivi (ossessioni), bensì nell'interpretazione o *meta-valutazione* che il soggetto fa del pensiero intrusivo. In particolare sarebbe la valutazione in termini di *responsabilità personale per un danno a sé o ad altri* che giocherebbe un ruolo cruciale nella problematica ossessivo-compulsiva. La persona con Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC) avrebbe infatti una particolare tendenza ad assumersi in modo particolarmente intenso e/o frequente e/o inadeguato la responsabilità di eventi negativi che potrebbero accadere in futuro o che possono essere già accaduti (Rachman, 1998, 2003; Salkovskis and Kirk, 1989; Shafran, 1997). Questo fattore ci spiega in effetti il motivo per cui il soggetto con DOC sente il *bisogno di fare qualcosa* (neutralizzazioni, rituali) per prevenire un evento negativo temuto. Senza una convinzione di responsabilità personale verso un danno soggettivamente importante non si svilupperebbe un problema ossessivo-compulsivo, ma un qualsiasi altro disturbo

d'ansia, che non determina la coazione ad intervenire attivamente sulla realtà al fine di evitare il verificarsi dell'evento temuto. Lo scopo del soggetto in generale si collega spesso alla necessità di prevenire l'emozione di *colpa*, come già evidenziato da alcuni autori (Mancini, 1997) e di evitare quindi in tutti i modi possibili il rischio di potersi scoprire responsabile di un danno di gravità soggettivamente elevata.

Oltre al *sensu di responsabilità estremo*, un gruppo internazionale di esperti del disturbo (OCCWG, 1997) ha evidenziato la presenza nel DOC di almeno altri cinque *domini cognitivi*, che rappresentano delle strutture cognitive di significato attraverso le quali i pazienti con DOC tendono a interpretare o valutare in modo selettivo i pensieri intrusivi che essi esperiscono normalmente. Tali domini, di dimostrata rilevanza nell'eziologia e mantenimento del disturbo, sono stati classificati nelle seguenti categorie: 1) Eccessiva importanza attribuita al pensiero (Shafran, Thordarson & Rachman, 1996); 2) Sovrastima della probabilità e gravità della minaccia (Steketee, Frost & Cohen, 1996); 3) Necessità di controllo totale sui pensieri (Clark & Purdon, 1993); 4) Intolleranza all'incertezza e all'ambiguità (Guidano & Liotti, 1983; Mancini, D'Olimpio, Del Genio, Didonna, Prunetti, 2002); 5) Perfezionismo, necessità di non fare errori (Frost & Steketee, 1997).

La terapia cognitiva si propone di intervenire in modo elettivo su tali strutture di significato patogene, laddove la loro messa in discussione e successiva modificazione determina conseguentemente l'estinzione dei tipici *meccanismi di mantenimento* del DOC (Salkovskis *et al.*, 1998; Didonna, 2003), tra i quali i rituali compulsivi sono la manifestazione più evidente (figura 1). Anche attraverso le tecniche di esposizione e prevenzione dei rituali (intervento d'elezione con il DOC) il paziente tende a modificare tali strutture di significato anche perché egli si espone alle conseguenze reali della rinuncia al comportamento compulsivo, togliendo a quest'ultimo la sua funzione falsamente protettiva e correggendo il senso di responsabilità ipertrofico.

Lo scopo che l'Autore si propone nel presente articolo è quello di esplorare un altro processo o *bias* cognitivo riscontrabile nel DOC, piuttosto trascurato dalla letteratura, ma che può essere verosimilmente centrale in questi pazienti, in particolare nei *checkers*, e rilevante nell'attivazione del dubbio ossessivo: *l'invalidazione della propria esperienza percettiva*. Le riflessioni che seguono cercano inoltre di fornire alcune ipotesi rispetto a un quesito fondamentale per la comprensione della fenomenologia ossessiva: che cosa succede nella mente del soggetto durante una crisi ossessiva e perché questa si attiva in alcuni contesti e momenti specifici e non in altri?

## Il ricordo dell'esperienza percettiva nel DOC

Un'attenta analisi della genesi cognitiva e dell'attivazione delle ossessioni cliniche porta ad osservare che nei pazienti affetti da DOC, in particolare in quelli con problematiche di controllo (*checkers*), vi è spesso una consistente difficoltà a utilizzare le informazioni *percettive* relative alle situazioni vissute che sono connesse con la loro problematica ossessiva (es.: “Ho *visto* che la porta era chiusa”; “Non ho *udito* alcun rumore d'urto”, etc.). Tali informazioni infatti, se utilizzate, sarebbero di per sé in grado di contrastare, neutralizzare o prevenire il dubbio ossessivo. Si può ipotizzare che questo possa essere determinato in particolare da tre condizioni:

- *Deficit sensoriale*: mancata o parziale esperienza percettiva, una sorta di *anestesia* o *ipoestesia* (come avviene nella depressione) durante le situazioni rilevanti (il paziente non ha realmente visto, sentito, udito determinati elementi significativi della situazione);
- *deficit mnestico generalizzato*, con conseguente *amnesia* della propria esperienza percettiva (il paziente non riesce a recuperare le informazioni rilevanti relative alla propria esperienza percettiva poiché esse cadono in oblio);
- *svalutazione, sfiducia o utilizzo deficitario* delle informazioni relative all'esperienza percettiva, delle quali il paziente sarebbe consapevole. L'informazione rilevante per il soggetto verrebbe perciò elaborata e immagazzinata in memoria in modo sostanzialmente adeguato, ma il soggetto non riesce a utilizzarla ai fini della pianificazione delle azioni o della omissione di un'azione.

Mentre le prime due condizioni non sono state a tutt'oggi confermate in modo significativo da alcuno studio, l'osservazione clinica (Didonna, 1998) ci porta spesso a verificare in seduta l'ultima condizione, cioè a constatare che i pazienti ossessivi hanno solitamente coscienza del ricordo dell'esperienza percettiva vissuta durante l'evento ansiogeno che ha attivato le ossessioni, ma è presente in loro, durante la crisi ossessiva, una consistente difficoltà a recuperare volontariamente e/o ad avere fiducia e dare valore (validazione) alle proprie “informazioni sensoriali” relative a quel evento. Questo deficit di validazione iniziale comporta successivamente (anche a causa di una serie di circoli viziosi in cui entra il paziente, vedi figura 1), un sovrainvestimento o sopravvalutazione del dubbio che tende perciò a invalidare e/o scotomizzare sempre più l'oggettività (di per sé auto-rassicurante e *anti-ossessiva*) della propria esperienza percettiva; quest'ultima perciò diventerebbe alla fine secondaria come rilevanza al dubbio ossessivo al quale il soggetto ha creato, in qualche modo, “terreno fertile”. Il paziente potrà dire ad esempio: “So di aver chiuso il

rubinetto, me lo ricordo, ma non ne ho la certezza assoluta e ho bisogno di essere sicuro!”. Questo fenomeno avviene solo quando il paziente si confronta con una situazione che si collega in qualche modo all’evento temuto e sarebbe favorito anche dalla valutazione disfunzionale relativa alla *gravità* (e non tanto alla probabilità) dell’evento. Di conseguenza un evento anche se estremamente improbabile è valutato dal soggetto di gravità talmente elevata da rendere inaccettabile anche il minimo rischio che accada o che possa essere già accaduto.

Questa sfiducia nella propria esperienza sensoriale può essere legata a una propensione del soggetto con DOC a sentirsi escluso, emarginato o umiliato, in caso d’errore, da parte del proprio gruppo sociale di appartenenza. Come osserva bene Liotti (2001), tale propensione è una caratteristica specifica del DOC e non si riscontra in pazienti con altri disturbi d’ansia, i quali si pensano ad esempio bisognosi di aiuto o mancanti a un compito di oblatività coatta.

Nell’esempio che segue, una paziente di 28 anni era ossessionata dall’idea che guidando l’auto potrebbe aver tamponato, o semplicemente urtato, *senza accorgersi*, un altro mezzo e che tale danno sarebbe poi stato la causa di un incidente mortale per il conducente del mezzo danneggiato. Analizzando in seduta il ricordo che la paziente aveva della sua esperienza percettiva durante il fatto temuto si scopriva che ella possedeva un ricordo molto nitido di quelle esperienze sensoriali che avrebbero di per sé neutralizzato o prevenuto il dubbio ossessivo (es. “Non ho udito il rumore di un urto”; “Non ho percepito lo sbandamento del mezzo”, etc.). Ciò che la paziente non riusciva a fare era semplicemente dare valore, importanza, oggettività e perciò utilizzare tali esperienze durante la crisi ossessiva.

In un altro classico caso clinico, un ragazzo di 23 anni aveva un rituale di controllo consistente nel dover ritornare anche 15-20 volte a casa per verificare se uscendo aveva chiuso le tapparelle del suo appartamento, all’ottavo piano di un palazzo. Il timore era che qualcuno avrebbe potuto entrare in sua assenza e derubarlo di ogni avere. Durante il colloquio in realtà il paziente riusciva a riferire con notevole precisione il ricordo visivo che lui aveva delle tapparelle serrate, delle stanze al buio, delle sue mani mentre fanno scorrere la corda della persiana nonché la memoria uditiva del rumore che da questa veniva provocato. Il problema era che durante la crisi ossessiva il paziente non utilizzava in alcun modo il ricordo di tali esperienze percettive.

## Ipotesi eziopatologiche

Per capire che cosa determina lo sviluppo del fenomeno ossessivo può essere utile chiedersi che cosa porta la maggior parte delle persone a *non* attivare sintomi ossessivi. L'ipotesi, utile anche in funzione di un processo di *normalizzazione* della fenomenologia ossessiva, è che nelle persone non affette da DOC non si attivi il dubbio ossessivo sulle azioni o eventi anche perché esse utilizzano in modo automatico, e contemporaneamente valorizzano e *auto-validano*, la consapevolezza della propria esperienza percettiva nelle varie situazioni, rendendola saliente e prioritaria. *Validare* la propria esperienza percettiva significa dare valore di realtà e oggettività a ciò che la persona percepisce, rendendo la consapevolezza di tale esperienza gerarchicamente sovraordinata nell'attivazione delle emozioni e comportamenti del soggetto. Ad esempio, se una persona, uscendo di casa, si chiede se ha spento o meno la luce, immediatamente recupera il ricordo della sua esperienza visiva in cui vede la stanza al buio o il proprio dito nell'atto di premere l'interruttore di accensione. Questo ricordo, anche se non nitido, è solitamente di per se sufficiente per prevenire l'attivarsi di un dubbio. Anche nei pazienti ossessivi, in particolare in quelli a elevato *insight* o egodistonici, sarebbe presente, nel magazzino della memoria episodica, un ricordo sostanzialmente chiaro delle esperienze sensoriali (visive, uditive, tattili, etc.) la cui consapevolezza e utilizzo permetterebbe loro di sconfermare o non attivare i dubbi ricorrenti, ma tali soggetti non riescono a valorizzare e/o validare tale informazione. A tale proposito, sul piano della ricerca e dell'osservazione clinica, sarebbe interessante riuscire a verificare se nella storia di questi pazienti sia possibile individuare eventuali esperienze significative e ricorrenti di *invalidazione dell'esperienza percettiva* da parte delle figure significative, in particolare quelle di attaccamento, soprattutto durante i primi anni di vita. Esperienze di invalidazione possono essere rappresentate da messaggi svalutanti o critici rispetto a ciò che il bambino percepisce o prova o afferma di aver percepito o provato, ovvero a causa di messaggi ambigui e/o contraddittori (come osservano Guidano e Liotti, 1983) nel confronto tra il piano verbale e quello non verbale: tali messaggi porterebbero il bambino a considerare non vera o reale o comunque incerta, indefinita o ambigua la propria esperienza emotiva e percettiva. Esempi a riguardo potrebbero essere rappresentati da una serie di esperienze in cui vengono negati (invalidazione) al bambino in vari modi, da parte della figura di attaccamento o di altri significativi, la realtà e l'evidenza di fatti a cui il soggetto ha assistito e che ha perciò percepito attraverso i vari sensi (es. il soggetto viene colpevolizzato in continuazione di atti

da lui non commessi quando egli potrebbe essere stato addirittura testimone di tali eventi). È verosimile pensare che esperienze ricorrenti di questo tipo possano portare il soggetto nel tempo a svalutare o auto-invalidare la memoria relativa alla propria esperienza sensoriale e a un atteggiamento di sfiducia verso le proprie percezioni.

## **DOC e Sistemi Motivazionali Interpersonali**

Se da un lato quindi ci potrebbe essere da parte del paziente con DOC una scarsa valorizzazione dell'informazione inerente la propria esperienza percettiva relativa agli eventi "ossessivogeni", dall'altro si può ipotizzare che durante la crisi ossessiva vi sia un utilizzo deficitario di tale informazione, comunque immagazzinata nella memoria episodica. Tale fenomeno verrebbe spiegato molto bene dalla prospettiva cognitivo-evoluzionista (Liotti, 1991c, 1996a, 2000c, 2001; Gilbert, 1989) e dalla neuropsicologia (Damasio, 1999) che considerano essenziale il ruolo giocato dai *Sistemi Motivazionali Interpersonali (SMI)* nella regolazione dell'aggressività, aspetto questo ritenuto centrale nel DOC. Tali sistemi rappresentano delle mete innate che generano sistemi funzionali di controllo e regolazione del comportamento sociale nell'interazione con l'ambiente interpersonale (Liotti, 2001). Essi organizzano non solo il comportamento sociale, ma anche l'esperienza emozionale e la rappresentazione di sé con l'altro. Nel DOC, caratterizzato secondo numerosi autori dalla presenza di livelli abnormi di aggressività interiorizzata, ma non agita (Liotti, 2001; Tallis, 1995; Gilbert, 1989), appare determinante il funzionamento di uno di questi sistemi, quello di tipo *agonistico*, che regola la competizione per il rango di dominanza o sottomissione. Alcuni studi mostrano come l'iperattivazione del sistema agonistico determina nell'essere umano (e nei primati antropomorfi) una modalità di elaborazione dell'informazione socio-emozionale e percettiva rapida, rigida e inflessibile (De Waal, 1989; Suomi, 2000). Quindi, in tale condizione di attivazione un minor numero di informazioni, comprese quelle relative all'esperienza percettiva, verrebbe utilizzato ed elaborato dalla memoria operativa (memoria di lavoro, Baddeley, 1986), predisposta alla ricerca dell'informazione pertinente alla pianificazione delle azioni e all'integrazione dell'informazione proveniente da diverse fonti (percettive e mnestiche) (Liotti, 2001). Quando invece nel soggetto è attivo il *sistema motivazionale cooperativo*, che disattiva quello agonistico ed è generato dalla percezione di uno scopo condiviso e da emozioni di fiducia ed empatia, ovvero è presente nel soggetto una sensazione protratta di sicurezza

nell'attaccamento, l'elaborazione dell'informazione è più lenta, più ampia e più flessibile e un maggior numero di informazioni percettive e mnestiche vengono confrontate e integrate fra loro all'interno della memoria operativa (Liotti, 2001).

Questo spiegherebbe anche un fenomeno tipico di notevole rilevanza, che si osserva nella pratica clinica durante i colloqui psicoterapeutici, nei quali, grazie al *setting*, all'empatia, alla percezione di un obiettivo comune e alla relazione terapeutica viene stimolata l'attivazione del sistema cooperativo, ovvero in condizioni di ospedalizzazione in cui la dimensione '*accudente*' del ricovero può permettere una sensazione di 'sicurezza' in risposta all'attivazione del *sistema motivazionale dell'attaccamento*: il soggetto nelle suddette situazioni raramente riporta o sperimenta ossessioni, ovvero esse sono notevolmente ridotte di frequenza e intensità; inoltre egli spesso riferisce ricordi relativi all'esperienza percettiva riguardante i momenti cruciali con lucidità e precisione non diverse da quelle che avrebbe una qualsiasi persona non affetta da DOC. Se tale ricordo fosse stato presente nelle situazioni critiche avrebbe verosimilmente prevenuto o neutralizzato il dubbio ossessivo. Una simile lucidità mnestica non è invece posseduta dal paziente nei contesti in cui si attivavano le ossessioni (attivazione del sistema agonistico).

Gli aspetti sopra considerati potrebbero avere delle implicazioni rilevanti anche in relazione ai livelli di *ego-distonia* (o viceversa di *ego-sintonia*) del paziente verso i sintomi (Mancini, 1996), che sappiamo possono variare a seconda delle situazioni e/o dei contesti interpersonali. Si può infatti spesso osservare che in presenza di fattori che attivano nel soggetto il sistema agonistico (es. dinamiche e conflitti familiari, situazioni o immagini che attivano emozioni di ansia, vergogna o disgusto) è più facile rilevare un elevato livello di ego-sintonia verso i sintomi; viceversa quelle condizioni che favoriscono l'attivazione del sistema cooperativo (es. *setting* psicoterapico, utilizzo di tecniche terapeutiche, telefonata al terapeuta, riascolto della registrazione di un colloquio, etc.) o del sistema dell'attaccamento (es. ricovero ospedaliero, relazione terapeutica, co-terapia) determinerebbero o comunque faciliterebbero nel paziente un atteggiamento di tipo maggiormente ego-distonico nei confronti delle cognizioni ossessive. È forse utile evidenziare che l'iperattivazione del sistema agonistico, nella sua *sub-routine* di resa, non è sufficiente di per sé per generare i meccanismi patogeni di cui sopra; sappiamo infatti che tale attivazione può essere presente in moltissime persone le quali non presentano alcuna problematica di tipo ossessivo. Tale fenomeno infatti può avere delle implicazioni cliniche, in senso ossessivo, solo qualora interagisca con fattori di vulnerabilità al DOC presenti in certi individui: la predisposizione al senso di responsabilità estremo, come già

illustrato sopra; un alterato funzionamento del *sistema di attaccamento* (i cui stili nel DOC sono verosimilmente di tipo *insicuro resistente o insicuro disorganizzato*); il tipo di organizzazione cognitiva strutturatasi nel soggetto; etc. Per gli opportuni approfondimenti si rimanda necessariamente alla letteratura sul tema (Liotti, 2000c; 2001; Bara, Manerchia, Pelliccia, 1996; Lorenzini e Sassaroli, 2000; Solomon, George, Dejong, 1995; Lyos-Ruth, 1996).

È importante evidenziare che il paziente con DOC tende ad attivare molto spesso le ossessioni e i rituali in assenza di un'interazione interpersonale; di conseguenza ci si potrebbe chiedere come può svilupparsi la sintomatologia ossessiva in risposta all'attivazione di un SMI innato, che regola appunto la condotta nelle interazioni sociali, se il soggetto si trova in un contesto non interattivo. L'ipotesi prevede che durante l'attivazione delle ideazioni ossessive nella mente del soggetto si formino delle *rappresentazioni di sé-con-l'altro* (Liotti, 2001), implicanti drammatiche conseguenze future, generate o meno da specifici stimoli esterni o interpersonali; tali rappresentazioni attivano il sistema agonistico nella sua *sub-routine* di resa o sottomissione e causano poi le emozioni di paura, disgusto o vergogna che tipicamente si rilevano nell'esperienza emotiva di queste persone. L'analisi attenta della descrizione in seduta delle crisi ossessive mostra infatti come non di rado il paziente riferisca la presenza di immagini interiorizzate relative a situazioni interpersonali, inaccettabili da parte del soggetto, il quale si vede umiliato, sconfitto, isolato o escluso nel confronto con gli altri.

Interessanti e in linea con tali considerazioni risultano essere le osservazioni di Lorenzini e Sassaroli (2000) in relazione alle categorie di contenuti mentali attivi nel paziente ossessivo e al suo mondo rappresentativo. Gli Autori evidenziano che nei soggetti con DOC gli eventi presenti nell'ideazione ossessiva, riferiti in seduta, appartengono fondamentalmente a due categorie: *eventi Alfa*, quelli più espliciti, riportati con maggiore chiarezza dal paziente, presenti all'inizio della catena di ideazioni ossessive (pensieri intrusivi), collegati con una valutazione di minaccia e pericolo e perciò attivanti emozioni di paura e angoscia (es. "Potrei causare un incidente mortale"); *eventi Omega*, impliciti, che il paziente interpreta come conseguenze finali di una catena di eventi che iniziano con gli eventi Alfa e che sono più chiaramente collegati con l'attivazione del sistema agonistico, nella *sub-routine* di resa e attivanti perciò emozioni di vergogna, umiliazione, disprezzo o disgusto (es. "Se fossi responsabile di un incidente mortale, sarei considerato socialmente pericoloso e se non andassi a controllare mi sentirei un vigliacco e alla fine verrei biasimato ed emarginato da tutti..."). È verosimile pensare che

quest'ultima categoria di cognizioni possa costituire il substrato eziologico del senso di responsabilità ipertrofico riscontrabile nel DOC.

Nella figura 1 si è cercato di schematizzare in modo sistematico l'organizzazione della sindrome ossessiva, alla luce delle considerazioni e delle osservazioni di cui sopra: l'ipotesi è che il soggetto si confronti, nella sua esperienza quotidiana, con una serie di eventi o situazioni (reali o immaginati) che sono, in modo diretto o simbolico, significativi da un punto di vista sociale o interpersonale; tale confronto attiverebbe nel soggetto il sistema motivazionale agonistico, nella sua *sub-routine* di *resa/sottomissione*, il quale, nel determinare un processo di invalidazione dell'esperienza percettiva, genera i dubbi e le cognizioni ossessive. Tali ossessioni, o pensieri intrusivi, vengono interpretate (meta-valutazione) in particolare nel senso di una grave responsabilità personale verso un danno a sé o ad altri o sulla base di altri *domini cognitivi* evidenziati nel DOC (OCCWG, 1997). Tale interpretazione da un lato incrementerebbe la frequenza delle ossessioni, dall'altro attiverebbe i tipici *meccanismi di mantenimento* del problema ossessivo, quali rituali, strategie protettive, attenzione e ragionamento selettivi, rassicurazioni, etc. (Salkovskis *et al.*, 1998; Didonna, 2003). Tali meccanismi avrebbero la funzione di prevenire (ad esempio attraverso la neutralizzazione del senso di responsabilità estremo) il rischio, considerato grave e inaccettabile, di esclusione, emarginazione o isolamento dal gruppo sociale (scopo fondamentale e gerarchicamente sovraordinato). Essi in realtà hanno altresì l'effetto di riattivare e auto-alimentare il sistema agonistico, l'autoinvalidazione dell'esperienza percettiva, e di conseguenza le cognizioni ossessive, dando luogo a un pernicioso e complesso circolo vizioso.

- FIGURA 1 -

-

La tecnica che viene in seguito descritta ha come *rationale* le ipotesi e le riflessioni illustrate sopra ed è stata sviluppata, implementata e verificata attraverso l'attenta osservazione di diversi casi clinici. A prescindere dagli aspetti procedurali, nell'utilizzare la tecnica è rilevante, ai fini dell'efficacia, lo stile terapeutico adottato e la possibilità di instaurare un rapporto collaborativo e cooperativo col paziente.

## **Tecnica della Validazione dell'Esperienza Percettiva (VEP)**

Come precedentemente osservato, in seguito a una probabile iperattivazione del sistema agonistico, le capacità di elaborazione delle informazioni del paziente durante le crisi ossessive possono essere sensibilmente compromesse; in tali situazioni il paziente risulta avere consistenti difficoltà a dare valore e salienza al ricordo dell'esperienza percettiva, che pure possiede e che impedirebbe al dubbio ossessivo di attivarsi. Partendo da questi presupposti l'autore ha sviluppato una procedura che ha lo scopo di aiutare il paziente a dare valore, validare e riconoscere come prioritario il ricordo dell'esperienza percettiva relativa alle situazioni problematiche, fornendo perciò ad esso un carattere di sempre maggiore oggettività e realismo e minimizzando contemporaneamente la rilevanza e la salienza del dubbio, evidenziandone la sua soggettività e labilità. L'idea di base, suffragata dall'osservazione clinica, è che un'abitudine continua e persistente da parte del paziente a validare la propria esperienza sensoriale ("fidarsi dei propri sensi"), come antidoto al dubbio, può favorire una riduzione o un annullamento del deficit di funzionamento della memoria operativa e una diminuita attivazione del sistema agonistico che lascerebbe il posto ad un'*esperienza interiorizzata di relazione cooperativa*. A tale proposito, non è trascurabile, secondo l'autore, l'effetto del ricordo nel paziente, durante l'utilizzo autonomo della tecnica, del clima cooperativo presente in seduta durante i momenti di condivisione di tale procedura terapeutica.

### **Metodo**

La tecnica consiste innanzitutto nel far riportare al paziente su un foglio la descrizione precisa del pensiero intrusivo (dubbio, ossessione, immagine) sul quale si desidera lavorare e di indicare, in percentuale, il suo livello di convinzione relativo alla probabilità di accadimento o al livello di gravità dell'evento temuto; si chiederà poi di dividere il foglio in due colonne e di riportare per prima cosa sulla colonna di sinistra tutte le informazioni che il paziente ricorda relative alla sua esperienza percettiva in una data situazione, che sono incompatibili o contrastanti con il dubbio ossessivo (es. ho visto che la finestra era chiusa); nella parte destra del foglio, invece, il paziente riporterà successivamente tutti quegli elementi (supposizioni, ipotesi, ragionamenti selettivi, etc.) che mantengono e alimentano il suo dubbio ossessivo e che non sono basati in alcun modo sulla sua esperienza

percettiva. È importante prescrivere al paziente di non inserire nella parte sinistra del foglio alcun elemento derivato da rassicurazioni esterne o da eventuali rituali che in tal caso verrebbero rinforzati. Dopo di che sarà fondamentale operare da una parte un intervento di *validazione dell'esperienza percettiva* del paziente (la parte sinistra del foglio), dando conferme, ad esempio, con il nostro comportamento verbale e non verbale, sul fatto che riteniamo reale, oggettivo e indiscutibile ciò che il paziente riferisce di aver percepito; dall'altra cercheremo di aiutarlo a imparare ad *auto-validare* tale esperienza, anche e soprattutto al di fuori delle sedute. Questo porterà automaticamente, e spesso da subito, a svalutare l'importanza degli elementi che alimentano il dubbio i quali, dopo una serie di esercizi, facilmente tenderanno a essere sempre meno presenti. È importante prescrivere al paziente di non sovrarappresentare gli elementi percettivi della parte sinistra del foglio poiché in tal caso questi svolgerebbero un ruolo di rassicurazione inutile e controproducente. Sarà opportuno infatti che il paziente impari a considerare sufficiente anche soltanto un elemento relativo all'esperienza percettiva (come d'altra parte avviene nella maggior parte delle persone) per neutralizzare il dubbio e terminare un rituale ossessivo; cosa che in effetti i pazienti stessi fanno nelle situazioni non connesse con la loro problematica ossessiva. Quindi, ad esempio, potrà essere considerato necessario e sufficiente uno dei seguenti ricordi: *“Non ho sentito il rumore di un urto”*, *“Ho visto che la stanza era buia uscendo di casa”*, *“Non ho udito alcun vagito di neonato proveniente da quel cassonetto”*, etc. Al termine dell'esercizio verrà chiesto al paziente di indicare nuovamente il livello di convinzione che ha in quel momento riguardo al pensiero relativo all'evento temuto e di confrontarlo con il livello iniziale.

Esercizi comportamentali in seduta possono essere effettuati allo scopo di aiutare il paziente a rendersi conto delle sue capacità di ricordare la propria esperienza percettiva e di utilizzarla allo scopo di pianificare le azioni e di prendere decisioni, capacità quest'ultima spesso altamente deficitaria in questi pazienti. Ad esempio si potrà far descrivere al paziente, in forma scritta, alcuni particolari delle esperienze che egli ha vissuto durante la giornata o addirittura in giornate precedenti, aiutandolo a capire come le sue azioni e le sue scelte siano state influenzate proprio dal ricordo e dalla consapevolezza della sua esperienza percettiva.

L'obiettivo in generale di queste procedure è quello di far sì che la persona riesca progressivamente a diminuire quel profondo senso di insicurezza e vulnerabilità, che spesso pervade ogni area della sua esistenza, e a sviluppare sempre più la capacità di *fidarsi del proprio Sé* nel suo agire quotidiano e nel suo rapportarsi con se stesso e gli altri.

Per ottenere ciò è opportuno che in seduta si stimoli l'attivazione del sistema motivazionale cooperativo, attraverso l'instaurazione di una buona relazione terapeutica e l'adozione di uno stile terapeutico empatico (Didonna, 2001), ma sarà fondamentale altresì individuare nell'ambiente del soggetto eventuali fattori che tendono ad attivare o a mantenere attivato il sistema agonistico nella sua esperienza quotidiana (es. dinamiche familiari, conflitti relazionali, comportamenti e messaggi invalidanti, critici o collusivi da parte delle persone significative, etc.). A tal fine potranno essere utili colloqui con i familiari o con le figure significative dell'ambiente del paziente volti ad evidenziare e a prevenire tali fattori (Didonna, 2001).

Nel caso citato in precedenza della paziente con l'ossessione del tamponamento ciò che si è cercato di fare è stato aiutare la persona a dare valore al ricordo, peraltro chiaro, della sua esperienza percettiva relativa al fatto in oggetto, recuperando e dando significato e oggettività a tale esperienza (colonna di sinistra); questo portava la paziente automaticamente a dare minore importanza, se non nulla, agli elementi soggettivi che prima alimentavano il suo dubbio ossessivo (colonna di destra):

**Cognizione intrusiva:** "Temo che facendo manovra nel parcheggio potrei aver urtato un furgone che stava dietro di me".

**livello di convinzione:** 75%

<p><b>Informazioni derivate dalla mia esperienza percettiva</b> <i>(Che cosa ho visto, udito, sentito o percepito in quella circostanza?)</i></p>	<p><b>Informazioni <u>non</u> derivate dalla mia esperienza percettiva</b> <i>(Di che cosa sono preoccupato? Che cosa penso sia successo?)</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Non ho udito</u></b> alcun colpo sulla mia auto</li> <li>• Guardando dallo specchietto <b><u>ho visto</u></b> il furgone abbastanza lontano da non crearmi danno</li> <li>• Nell'istante in cui sono partita <b><u>ho sentito</u></b> un rumore, ma non la classica botta da tamponamento</li> <li>• <b><u>Non ho percepito</u></b> alcun sbandamento o spostamento della mia macchina</li> <li>• <b><u>Ho visto</u></b> il furgone immettersi sulla strada senza problemi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partendo <b>credo</b> di essermi mossa indietreggiando</li> <li>• Il conducente <b>potrebbe</b> non essersi accorto dell'urto</li> <li>• <b>Credo</b> che l'angolazione fosse quella giusta per toccarlo</li> </ul>

**livello di convinzione al termine dell'esercizio:** 20%

Alla fine dell'esercizio la paziente affermava: "Oggi ho capito che ricercare di continuo tutti gli elementi che alimentano i miei dubbi e le mie ossessioni (colonna di destra) serve solo a creare nuovi dubbi e ossessioni; d'ora in poi voglio dare più valore alla mia esperienza percettiva". Questa tecnica veniva poi ripetuta altre volte in seduta e si notava come alla fine per la paziente risultava necessario e sufficiente solo un elemento "oggettivo" nella colonna di sinistra per neutralizzare i dubbi ossessivi della parte destra del foglio. Veniva inoltre prescritto di effettuare a casa l'esercizio ogni qual volta comparivano le ideazioni ossessive e di mantenere in diverse occasioni della giornata, al di fuori delle situazioni ansiogene, un atteggiamento *consapevole* e *validante* verso la propria esperienza sensoriale.

Ciò che si nota in questa procedura è che l'intervento non è centrato sul problema del senso di responsabilità iperattivato, considerato rilevante e centrale nella terapia cognitiva standard, che viene comunque affrontato con la paziente in altre sedute e con altri strumenti; riguarda invece un piano precedente, cioè quello dell'esame di realtà verso le proprie azioni, grazie al quale una persona non si sentirà responsabile di qualcosa che non ha commesso ovvero diverrà consapevole della reale irrisoria e innocua entità di un danno effettivamente procurato. L'intervento sul senso di responsabilità appare comunque imprescindibile; questo perché è importante che il paziente riesca ad accettare l'idea che l'evento, che egli cerca ossessivamente di prevenire, può realisticamente accadere, anche se non dipenderà mai dalla sua volontà, considerata la sua incongrua preoccupazione, e che comunque, in caso di accadimento, egli sarà difficilmente l'unico responsabile.

## **Conclusioni**

È opinione dell'autore che le considerazioni di cui sopra possano avere una rilevanza clinica e delle implicazioni terapeutiche di importanza non trascurabile in relazione all'utilizzo di qualsiasi tecnica psicoterapeutica. Si può ipotizzare infatti, sulla base dell'osservazione clinica, che qualsiasi intervento o procedura utilizzati in terapia volti a stimolare e rinforzare nel paziente un atteggiamento cooperativo o una percezione di sicurezza rispetto a bisogni di accadimento da lui espressi possano potenziare notevolmente l'efficacia del trattamento attraverso l'interiorizzazione nel soggetto di rappresentazioni di sé-con-l'altro sempre più prive di modalità agonistiche e basate invece

su componenti di condivisione e su una generale sensazione di sicurezza. In sintesi, si ipotizza che la stimolazione del sistema cooperativo nel soggetto possa favorire in quest'ultimo la validazione della sua stessa esperienza percettiva; ma si ritiene altresì che una tendenza continua dello stesso a *fidarsi dei propri sensi* si contrapponga automaticamente alla sensazione di insicurezza e vulnerabilità, tipicamente ossessiva, indicativa dell'attivazione del sistema agonistico nella sua *sub-routine* di resa/sottomissione.

La tecnica VEP nasce dall'idea che nel paziente affetto da DOC (soprattutto nei *checkers*) si attiverebbe il dubbio patologico anche perché egli non attribuisce sufficiente valore e importanza al ricordo della propria esperienza percettiva, che in qualsiasi soggetto senza problematiche ossessive rappresenta uno dei fattori preventivi o neutralizzanti l'attivazione di un dubbio ossessivo.

In realtà la VEP, più che una procedura terapeutica, vorrebbe rappresentare un atteggiamento mentale, uno stile di pensiero, un modo diverso con il quale il paziente si dovrebbe relazionare continuamente con sé stesso e la propria esperienza nel mondo e che può aiutarlo a non considerare necessaria la certezza, poiché gli elementi che già possiede sono sufficienti in quanto carichi di valore, significato e oggettività.

Se le osservazioni di cui sopra appaiono rilevanti nei pazienti con problematiche relative al controllo (*checkers*) e al lavaggio (*washers*) con timore di contaminazione, resta da chiarire quale sia il ruolo giocato dalla validazione/invalidazione dell'esperienza percettiva nelle persone con ossessioni e/o compulsioni di ordine, simmetria o accumulo (*hoarders*), nei quali tale esperienza può apparire meno centrale. È comunque ipotizzabile che pazienti ossessivi con sintomatologia diversa possiedano una storia eziopatogenetica differente e nei quali la fenomenologia ossessiva acquista significati e funzionalità diversi. Si sa infatti, ad esempio, che il sintomo ossessivo nel paziente ossessivo *'puro'* non ha lo stesso significato dello stesso sintomo nei pazienti con disturbo *borderline* di personalità, che è a sua volta differente da quello presente nella paziente con rituali di lavaggio a causa di emozioni di disgusto derivate da esperienze sessuali traumatiche.

Si desidera infine evidenziare che il presente articolo non vuole in alcun modo presentare una nuova teoria sul Disturbo ossessivo-compulsivo, bensì si propone di fornire degli stimoli euristici e illustrare alcune ipotesi derivate dall'esperienza clinica che comunque necessitano di verifiche empiriche e di studi controllati.

A tale proposito, gli studi sul *processo* in psicoterapia potrebbero fornire indicazioni rilevanti ed eventuali conferme (o disconferme) rispetto alle ipotesi di cui sopra,

analizzando ad esempio quali fattori durante le sedute psicoterapeutiche tendono a favorire delle condizioni cooperative o accidenti ovvero di tipo agonistico e qual è la conseguente risposta emotiva, comportamentale e cognitiva del paziente, in particolare quella relativa alla problematica ossessiva.

## **Ringraziamenti**

## **Acknowledgements**

Un caro ringraziamento a Gianni Liotti per i preziosi stimoli offertimi nella stesura del manoscritto

## **Bibliografia**

- Baddeley A. (1986). *La memoria di lavoro*. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano 1990.
- Bara, B., Manerchia, G., Pelliccia, A. (1996). L'organizzazione cognitiva di tipo ossessivo. In Bara, B. (a cura di), *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino, pp. 248-277.
- Clark D. A., & Purdon C. (1993). *New perspectives for a cognitive theory of obsessions*. Australian Psychologist; 28, 161-167.
- Damasio A. (1999). *Emozione e coscienza*. Tr. It. Adelphi, Milano 2000.
- De Waal, F. (1989). *Far la pace fra le scimmie*. Tr. It. Rizzoli, Milano, 1990.
- Didonna F. (1998). *Nuovi orientamenti nella terapia cognitiva del Disturbo Ossessivo Compulsivo*. Relazione presentata al IX Congresso Nazionale S.I.T.C.C. Torino, novembre 1998.
- Didonna F. (2001). *Il disturbo ossessivo-compulsivo: quali fattori ne ostacolano il trattamento e come fronteggiarli?* Quaderni di Psicoterapia Cognitiva; 8 (4), 62-84.

- Didonna F. (In Corso Di Stampa). La formulazione del problema nel disturbo ossessivo-compulsivo. In Aquilar F., Del Castello E., Pinto A. (a cura di) *Psicoterapia del disturbo ossessivo-compulsivo*. Franco Angeli, Milano.
- Frost R. O., & Steketee G. (1997). *Perfectionism in obsessive compulsive disorder patients*. Behaviour Research and Therapy; 35, 291-296.
- Guidano V. & Liotti G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford Press.
- Gilbert P. (1989). *Human Nature And Suffering*. Lea. London.
- Liotti G. (1987). *The resistance to change of cognitive structures: A counterproposal to psychoanalytic metapsychology*. Journal of Cognitive Psychotherapy; 1, pp. 87-104.
- Liotti G. (1991c). Il significato delle emozioni e la psicoterapia cognitiva. In Magri T., Mancini F. (a cura di), *Emozione e conoscenza*. Editori Riuniti, Roma, pp. 227-244.
- Liotti G. (1996a). *La psicopatologia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Giornale Italiano di Psicopatologia; 3, 208-215.
- Liotti G. (2000c). *La memoria operativa e la regolazione dell'aggressività nei disturbi ossessivo-compulsivi: ipotesi sull'interazione fra farmacoterapia e psicoterapia*. Psicoterapia; 19, 28-37.
- Liotti G. (2001). *Le opere della coscienza: psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Lyons-Ruth, K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 64-73
- Lorenzini R., Sassaroli S. (2000). *La mente prigioniera: strategie di terapia cognitiva*. Raffaello Cortina, Milano.
- Mancini F. (1996). L'egodistonia. In Bara B. (a cura di), *Manuale di terapia cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino, pp. 131-175.
- Mancini F. (1997). *Il senso di colpa: un'analisi cognitiva*. Psicoterapia; 9, 31-46
- Mancini F., D'Olimpio F., Didonna F., Del Genio M., Prunetti E. (2002). *Obsessions and compulsions and intolerance for uncertainty in a non-clinical sample*. Journal of Anxiety Disorders; 16, 401-411.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997). *Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder*. Behaviour Research and Therapy; 35 (7), 667-681
- Rachman S. J. (1998). *A cognitive theory of obsessions: elaborations*. Behaviour Research and Therapy; 36 (4), 385-401
- Rachman S. J. (2003). *The treatment of obsessions*. Oxford: Oxford University Press.

- Salkovskis P. M. and Kirk J. (1989). Obsessionals Disorders. In *Cognitive Behaviour Therapy For Psychiatric Problems: A Practical Guide* (Ed. K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk And D. M. Clark). Oxford University Press.
- Salkovskis P. M., Forrester E., Richards C. & Morrison N. (1998). The devil is in the detail: conceptualising and treating obsessional problems. In *Treating Complex Cases: The Cognitive Behavioural Therapy Approach*. Ed. by N. Tarrier, A. Wells and G. Haddock. John Wiley & Sons Ltd.
- Shafran R., Thordarson D. S., & Rachman S. (1996). *Thought action fusion in obsessive compulsive disorder*. *Journal of Anxiety Disorders*; 5, 379-391.
- Shafran, R. (1997). *The manipulation of responsibility in obsessive-compulsive disorder*. *British Journal of Clinical Psychology*; 36, 397-407.
- Steketee G., Frost R., & Cohen I. (1996, November). *Measurement of beliefs in patients with OCD*. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New York, NY.
- Solomon, J., George, C., Dejong, A. (1995). Children classified as controlling at age six: Evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and at school. *Development and Psychopathology*, 7, 447-463.
- Suomi, S.J. (2000). A biobehavioral perspective on developmental psychopathology. Excessive aggression and serotonergic dysfunction in Monkeys. In Sameroff, A. J., Lewis, M., Miller, M. (a cura di), *Handbook of developmental psychopathology*. Plenum Press, New York, 237-256.
- Tallis, F. (1995). *Obsessive-Compulsive Disorder: A Cognitive and Neuropsychological Perspective*. John Wiley, Chichester.
- Wells A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*. Ed. J. Wiley & Sons.

**Per la corrispondenza (corresponding author):**

Dr. Fabrizio Didonna  
Unità per i Disturbi d'Ansia e dell'Umore  
Casa di Cura Villa Margherita  
Via Costacolonna, 20 Arcugnano (VI)  
e-mail: fabdidon@libero.it

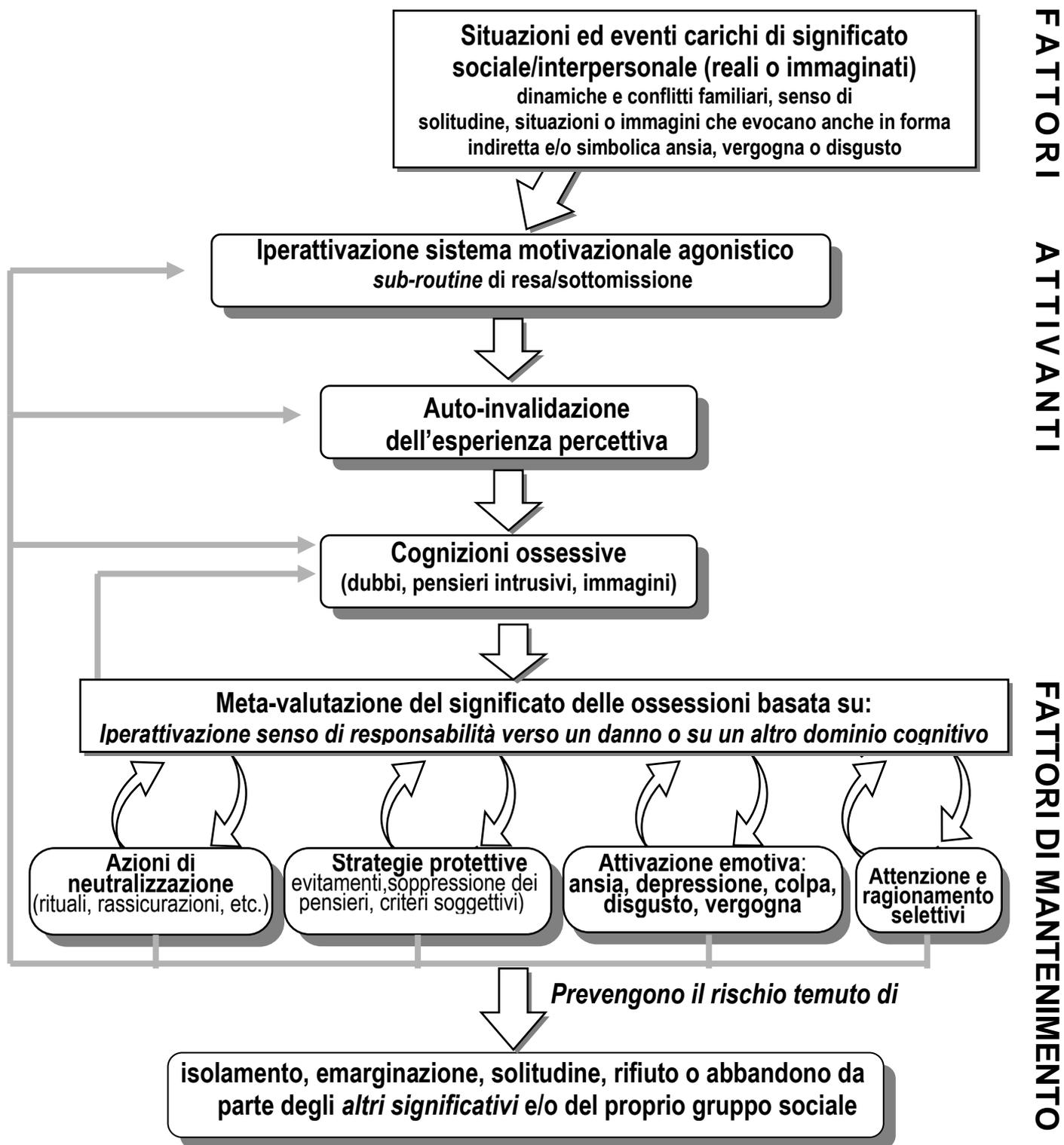


Figura 1: ipotesi di organizzazione del problema ossessivo: fattori attivanti e di mantenimento.