

La formulazione del problema e le tecniche d'intervento nella psicoterapia cognitiva del disturbo ossessivo-compulsivo

Fabrizio Didonna

Casa di Cura Villa Margherita, Arcugnano (VI)
Divisione di Psichiatria - Unità per i Disturbi d'Ansia e dell'Umore
AIDOC –Associazione Italiana Disturbo Ossessivo-Compulsivo

Corresponding author: Dr. Fabrizio Didonna fabdidon@libero.it

Parole chiave: Disturbo Ossessivo-compulsivo, Formulazione cognitiva, Tecniche cognitive

Key Words: *Obsessive-Compulsive Disorder, Cognitive formulation, Cognitive techniques*

Meglio agitarsi nel dubbio che riposare nell'errore
Alessandro Manzoni

Abstract

L'evoluzione delle teorie e della psicoterapia cognitivo-comportamentali nel campo del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) ha portato negli ultimi decenni alla realizzazione di strumenti terapeutici che hanno mostrato interessanti risultati nei confronti di una patologia considerata molto spesso intrattabile.

Le *tecniche comportamentali* si sono rivelate da sempre le più efficaci nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo, con percentuali di successo che raggiungono l'80% dei casi trattati. È necessario quantunque considerare che non tutti i pazienti con DOC accettano questo tipo d'intervento, tra quelli che lo iniziano vi sono diversi *drop-out* e inoltre vi è una categoria di pazienti con ossessioni senza compulsioni manifeste (ruminatori) nei confronti dei quali la terapia comportamentale non fornisce risultati apprezzabili. I limiti di tale tipo di trattamento rispetto a quest'ultima categoria di pazienti ha suggerito il bisogno di un approccio alternativo alla concettualizzazione e alla terapia del DOC che trovasse comunque un'integrazione con gli aspetti utili della terapia comportamentale e in cui il trattamento più specifico dei fattori cognitivi che attivano e mantengono il disturbo potesse assumere un ruolo elettivo nell'intervento terapeutico.

Lo scopo del presente lavoro è quello di illustrare il percorso che va dal raggiungimento con il paziente di una condivisa comprensione e formulazione del problema ossessivo all'applicazione di tecniche e strategie *ad hoc*, che agiscano in primo luogo sui meccanismi di mantenimento del disturbo evidenziati da tale formulazione e in un secondo momento sui fattori causali e attivanti. Dopo aver esplicitato il razionale che sta alla base di ogni strategia e tecnica terapeutica, verranno descritte alcune tra le procedure terapeutiche più utilizzate oggi secondo i modelli più attuali e le più recenti acquisizioni nell'ambito della terapia cognitiva del DOC. Verranno altresì illustrate due recenti tecniche (tecnica della discrepanza e VEP), derivate dall'esperienza clinica dell'Autore e dimostrate utili con una percentuale significativa di pazienti affetti da problematiche ossessive. Una particolare attenzione sarà data agli interventi applicabili con pazienti con ossessioni senza compulsioni manifeste.

Abstract

In the recent decades, the evolution of cognitive and behavioural theory and therapy regarding the Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), has made it possible to create some therapeutic tools which have shown interesting results for a disorder which has often been considered untreatable.

Behavioural techniques have always proven to be the most effective in OCD treatment, with success rates reaching 80% of treated cases. However, it is necessary to consider that not all OCD patients accept this kind of therapy. Among those who begin the treatment many drop out and, furthermore, there is a category of patients who have obsessions without overt compulsions (ruminators) in which case behavioural therapy doesn't give significant outcomes. The limits of this kind of treatment with this latter group of patients have led to the need for an alternative approach to the conceptualisation and therapy of OCD which would integrate the useful aspects of behavioural therapy and where the more specific cognitive activating and maintaining factors of the disorder may have a main role in the therapeutic approach.

The aim of this paper is to show the process that leads from the moment a shared understanding and formulation of the obsessive problem has been reached with the patient to the application of *ad hoc* techniques and strategies that initially work on maintaining mechanisms of the disorder that have come out of the formulation and then work on its activating and causal factors. First the *rationale* of the therapeutic strategies and techniques are discussed and then some of the most common therapeutic procedures used in cognitive therapy for OCD today are described in detail. Furthermore, two new techniques (Discrepancy technique and Perceptive Experience Validation), derived from the clinical experience of the Author and demonstrated helpful with a significant rate of OCD patients, are illustrated. Particular attention is paid to the techniques which are useful with obsessive patients who don't have overt compulsions.

Introduzione

Negli ultimi anni è emersa nell'ambito della psicoterapia la tendenza a dare alla pratica clinica un'impronta sempre più scientifica, in cui i protocolli di intervento, le strategie e le tecniche terapeutiche utilizzate possano derivare il più possibile da ipotesi e modelli teorici chiari ed efficaci da un punto di vista esplicativo, fondati sui dati della ricerca e i cui esiti possano essere misurabili, riproducibili e comparabili.

In linea con tale tendenza e con tali obiettivi, fin dagli anni settanta, nell'ambito della terapia comportamentale sono state sviluppate diverse procedure terapeutiche che hanno mostrato una sorprendente efficacia nel trattamento del DOC con compulsioni manifeste od *overt* (lavaggio, controllo, ordinamento, etc.), con percentuali di successo che arrivavano fino al 80-90% dei casi trattati (Foa et al., 1992; Emmelkamp et al., 1985;1988; Hoogduin & Hoogduin, 1984). Tali procedure però non hanno fornito risultati apprezzabili con i pazienti con comorbidità di depressione maggiore (Foa, 1979; Rachman & Hodgson, 1980) e in quei casi (peraltro non rari) di disturbo ossessivo con assenza di compulsioni manifeste, i cosiddetti *ruminatori*, nei quali le neutralizzazioni (i rituali, le compulsioni) avvengono a livello cognitivo. Tali pazienti sembravano essere difficilmente trattabili, sia per l'assenza di comportamenti patologici manifesti e sia perché le strategie d'intervento tradizionali non risultavano efficaci. Come afferma Rachman (1983): "Il principale ostacolo al successo nel trattamento delle ossessioni è l'assenza di tecniche efficaci". In linea con tale affermazione si potrebbe quasi definire la patologia mentale come l'assenza nel paziente di (o la difficoltà ad utilizzare) strumenti efficaci e/o funzionali per fronteggiare un problema.

Fortunatamente, negli ultimi quindici anni sono state sviluppate nell'ambito della terapia cognitiva (Salkovskis, 1985, 1992, 1998; Rachman, 1998; Wells, 1997; Freeston *et al.*, 1997) diverse strategie terapeutiche che riescono a rispondere efficacemente alle problematiche che quest'ultimo tipo di pazienti ci porta in seduta.

Nel presente lavoro, partendo dalla descrizione del come effettuare in seduta la *formulazione del problema ossessivo* e l'analisi in particolare dei fattori che mantengono, e in certi casi aggravano, il disturbo, verrà presa in considerazione una serie di strategie e di procedure terapeutiche le quali vanno ad agire fundamentalmente su tali fattori e che si sono rivelate efficaci inoltre nella prevenzione delle ricadute.

Le teorie cognitive più attuali (Salkovskis, 1985,1999; Rachman, 1997, 1998; Wells, 1997) ci 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 (Salkovskis, 1985, 1989, 1999). Il senso di responsabilità nel DOC viene definito come *la convinzione che una persona ha un potere cruciale nel determinare o nel prevenire delle conseguenze soggettivamente negative e la prevenzione di esse viene considerata essenziale. Tali conseguenze possono riguardare sia aspetti reali e concreti che di tipo morale o spirituale* (Salkovskis et. al., 1992, Salkovskis,1997). La persona con DOC avrebbe infatti una particolare tendenza ad assumersi in modo particolarmente intenso e/o frequente la responsabilità di eventi negativi che potrebbero accadere in futuro o che possono essere accaduti in passato (Salkovskis, 1985, 1992, 1997; Shafran, 1997; Rachman, 1997, 1998). Questo fattore ci spiega in effetti il perché il soggetto con DOC sente il *bisogno di fare qualcosa* (neutralizzazioni) 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, in cui nella persona non è presente la coazione ad intervenire attivamente sulla realtà per prevenire l'evento ansiogeno. Lo scopo del soggetto in generale si collega spesso alla necessità di prevenire l'emozione di colpa, come già evidenziato da diversi autori, e di evitare perciò in tutti i modi possibili il rischio di potersi scoprire responsabile di un danno di gravità soggettivamente elevata.

Conte e Castelfranchi (1996) hanno osservato che gli elementi necessari per attivare questa preoccupazione verso la responsabilità di un danno sono:

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

Uno dei principali fattori che determina l'intensità di questa preoccupazione è il livello di inaccettabilità del danno e della conseguente emozione di colpa. L'inaccettabilità dipende non solo dalla gravità soggettiva della colpa, ma anche dal tipo di percezione che il soggetto ha delle conseguenze, sociali, morali o materiali, che la commissione del danno (o l'omissione della prevenzione di esso) avrebbe sulla sua vita rispetto ai suoi scopi fondamentali. Ciò che si osserva curiosamente infatti nella maggior parte dei pazienti con DOC è che essi non sono affatto preoccupati che il danno, qualsiasi esso sia, possa accadere (ostentando a volte una paradossale indifferenza), ma di potersi scoprire, o di essere scoperti da altri, responsabili di esso.

In alcuni casi invece si riscontra che le emozioni che il soggetto con DOC cerca di prevenire sono il *disgusto* e la *vergogna*. Tali emozioni sono specificamente organizzate dall'attivazione del sistema agonistico, uno dei sistemi motivazionali a base innata con funzione di mediazione delle interazioni sociali e di regolazione della condotta e delle emozioni (Liotti, 2000c; 2001). Nella sua *subroutine* di resa o sottomissione, il sistema agonistico implica emozioni di vergogna e umiliazione, provate dallo sconfitto verso il dominante (Gilbert, 1989). Nella *subroutine* di dominanza il sistema implica emozioni di disgusto e di disprezzo, che il vincitore può provare verso lo sconfitto. È possibile che tali *subroutine*, cioè la tendenza a percepirsi sottomessi, umiliati, emarginati, rifiutati e rifiutabili, ovvero carichi di vergogna, di disgusto o di disprezzo, giochino un ruolo importante nella genesi del DOC, almeno quanto la paura e la colpa (Liotti, G., comunicazione personale, 2000). Nel caso del disgusto il danno temuto potrebbe essere rappresentato dal significato morale disfunzionale che il soggetto attribuirebbe all'idea di essere sporco o di sporcare gli altri, senza che siano necessariamente implicate idee di danno materiale (es. contagio di malattie, etc.). Nel caso della vergogna invece l'evento vissuto come dannoso potrebbe condurre ad una possibile compromissione della propria immagine sociale o al rischio di perdita del proprio rango sociale (Lorenzini, 1999; Lorenzini e Sassaroli, 2000). In generale, per tutte le emozioni sopra citate, il comportamento preventivo che la persona mette in atto potrebbe verosimilmente ricondursi a un bisogno di appartenenza al proprio gruppo sociale e perciò ad uno scopo adattivo, presente nel soggetto, di evitamento del rischio di isolamento o di emarginazione sociale (Didonna, 2005).

Il senso di responsabilità estremo verso un danno presente in questi pazienti sarà perciò uno degli obiettivi principali dell'intervento terapeutico ed alcune tra le tecniche più efficaci per affrontare questo *target* saranno in seguito descritte.

La formulazione del problema

Una delle cause di insuccesso terapeutico con il DOC sembra essere sovente dovuta al fatto che il paziente ha spesso difficoltà a comprendere il funzionamento del suo problema e i fattori che fan sì che esso continui a funzionare in quel modo. Egli perciò continuerà a reiterare inconsapevolmente i *meccanismi di mantenimento* del disturbo e qualsiasi tecnica terapeutica proposta verrà scarsamente utilizzata o si rivelerà inefficace se mancherà a priori una condivisa comprensione dei fattori che riattivano in continuazione il problema e nei confronti dei quali perciò tale tecnica dovrebbe essere impiegata.

Di conseguenza, la prima strategia diagnostico-terapeutica che si è rivelato utile applicare con i pazienti ossessivi consiste nel raggiungere una *chiara e condivisa formulazione del problema* (Salkovskis, 1989, 1998). Questo tipo di intervento può essere attuato fin dalla prima seduta cercando di ricostruire insieme al paziente il modo in cui il suo problema ossessivo si è sviluppato e organizzato nel tempo, partendo dall'analisi dei fattori causali e predisponenti, fino ad arrivare a quelli attivanti e di mantenimento, che sono l'obiettivo prioritario della terapia. Inoltre tale ricostruzione permetterà di fornire al paziente una collocazione e un significato chiari al problema della responsabilità all'interno del complesso quadro sindromico che ci viene presentato in seduta.

Per procedere alla formulazione si possono seguire i seguenti passaggi (Fig. 1):

Fattori predisponenti

1) Esperienze precoci

Innanzitutto si cercherà di evidenziare la presenza, nella storia del paziente, di eventuali **esperienze cruciali**, vissute nell'arco dello sviluppo, che possono aver determinato nel soggetto una predisposizione e una vulnerabilità al disturbo ossessivo. In particolare tali esperienze possono aver contribuito alla formazione di una serie di credenze disfunzionali, altamente specifiche nel DOC e prevalentemente collegate con il senso di responsabilità, che costituiscono il nucleo centrale del problema ossessivo (Salkovskis, Shafran, Rachman and Freeston, 1999). La ricostruzione in seduta di questo tipo di esperienze risulta particolarmente utile con i pazienti con una lunga storia di malattia, i quali si mostrano più resistenti a modificare le interpretazioni e le assunzioni disfunzionali, evidentemente consolidate nel corso degli anni. In tali casi, aiutare il paziente a capire come si sono generate determinate credenze, quali eventi possono averne favorito lo

sviluppo e quali scopi sottendevano originariamente a tali assunzioni può risultare particolarmente efficace per favorirne il cambiamento. La persona potrà perciò rendersi consapevole che certi comportamenti o credenze, che erano legittimamente e logicamente funzionali a particolari scopi durante una particolare epoca dello sviluppo, ora possono essere diventati inutili e controproducenti rispetto ai suoi scopi attuali.

Esempi di tali esperienze possono essere (Salkovskis, Shafran, Rachman, & Freeston, 1999):

- La presenza in famiglia di codici morali e di condotta estremamente rigidi.
- La persona non si è mai confrontata durante lo sviluppo con l'assunzione di responsabilità.
- Il verificarsi di uno o più eventi accidentali nei quali l'agire o la scelta di non agire della persona ha realmente determinato o contribuito in modo significativo all'accadimento di gravi danni a sé stesso o ad altri.
- Presenza di uno o più eventi accidentali in relazione ai quali il soggetto *ha la convinzione* (erronea) che i propri pensieri e/o il proprio agire, o la scelta di non agire, hanno contribuito ad una grave sventura (es. il bambino che in seguito a un litigio con la nonna ha dei desideri di morte nei confronti della stessa e quando questa subito dopo muore accidentalmente il bambino se ne assume totalmente la responsabilità).
- La persona ha dovuto confrontarsi durante lo sviluppo con l'assunzione di responsabilità eccessive o incongrue rispetto all'età e alle capacità del soggetto (es. la condizione di figlio primogenito di una famiglia numerosa con padre alcolista e madre depressa con diversi figli da accudire, in cui la persona deve farsi carico fin da piccolo di tutti i fratelli. In tale situazione la persona vedrà attivarsi un elevato senso di responsabilità che non è in realtà in grado di assumersi e di gestire).

- Figura 1 -

2) Assunzioni di base o credenze disfunzionali

Il passo successivo è quello di capire in che modo eventi predisponenti, come quelli sopra descritti possono aver determinato lo sviluppo di alcune tipiche credenze disfunzionali o assunzioni di base (Beck, 1976) che il soggetto utilizza per interpretare la realtà e la propria esperienza e che si ritrovano specificamente in questo tipo di pazienti. *Le cognizioni intrusive* (ossessioni) *vengono condizionate e attivate da tali schemi di base*. Si cercherà quindi di definire in modo chiaro quali credenze sono presenti nella struttura cognitiva del soggetto. Le più frequenti assunzioni presenti nel DOC (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997; Salkovskis, 1997) sono:

- Avere un pensiero su un'azione è equivalente a commettere quell'azione.
- L'incertezza, la novità e il cambiamento sono condizioni intollerabili perché potenzialmente pericolose (Mancini, D'Olimpio, Del Genio, Didonna, Prunetti, 2002).
- Il pensare a qualcosa aumenta la probabilità che quella cosa accada.
- Non riuscire a prevenire (o non tentare di prevenire) un danno a sé o ad altri è equivalente a causare noi stessi il danno.
- Il fatto che un pensiero sia comparso riflette i veri desideri della persona.
- Non "neutralizzare" quando compare un pensiero intrusivo è equivalente a cercare o desiderare il danno implicato in quell'intrusione.
- Una persona dovrebbe (e può) esercitare un controllo "preventivo" sui propri pensieri.
- Qualsiasi influenza si possa avere sulle conseguenze di un evento = Responsabilità totale per tali conseguenze. Quindi se il soggetto ha una minima possibilità di poter influire su un evento si sentirà totalmente responsabile per le conseguenze di tale evento, senza tenere conto di altri fattori che incidono in misura maggiore.
- La responsabilità non viene attenuata da altri fattori (es. una bassa probabilità di accadimento).

Tali assunzioni, che possono essere evidenziate anche tramite l'uso di questionari specifici (es. Responsibility Assumptions Scale – Salkovskis *et al.*, 1999), si sviluppano e si strutturano nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza, ma rimangono "inattive" e silenti da un punto di vista clinico fino al momento dell'esordio, finché cioè non avvengono nella vita del soggetto determinati eventi critici attivanti (Fig. 1). Fino ad allora, infatti, i pensieri intrusivi vengono comunque attivati nella mente del soggetto, ma la loro *comparsa* e il loro *contenuto* non vengono interpretati dal soggetto in modo patogeno (responsabilità) o con pensieri automatici negativi (N.A.T.) e perciò non vengono messe in atto le conseguenti neutralizzazioni.

3) Eventi attivanti

Ad un certo punto, nel corso della vita del soggetto, avvengono uno o più eventi soggettivamente cruciali, di solito collegati con il senso di responsabilità, che portano all'attivazione delle credenze disfunzionali. Queste a loro volta attivano determinate cognizioni intrusive (ossessioni) che il soggetto però, da quel momento in poi, attraverso una sorta di *interazione patogena* con tali credenze, tenderà a *interpretare* in termini di responsabilità personale per un danno a sé o ad altri.

Spesso questi eventi sono piuttosto specifici e abbastanza chiaramente collegati con un incremento della responsabilità in determinate aree della vita, ad esempio il matrimonio, una promozione professionale, la nascita di un figlio, un esame o un colloquio di lavoro. Tali eventi però possono anche non essere presenti in modo evidente e conclamato; a volte infatti non c'è un esordio chiaro e definito; in certi casi si può assistere a una serie di eventi apparentemente poco significativi nel corso di un periodo più o meno lungo (es. determinati messaggi ripetuti da parte di persone care o colleghi di lavoro).

4) Cognizioni intrusive: la comparsa nella vita del soggetto di eventi o situazioni particolarmente stressanti porta a far sì che le ora le sue assunzioni di base attivino pensieri, immagini, impulsi, dubbi intrusivi, che pure erano già presenti in precedenza, ma con una frequenza e una intensità molto superiore a prima. Le cognizioni intrusive sono costituite da pensieri, immagini, impulsi, dubbi che entrano nella coscienza in modo *improvviso, automatico e involontario* e sui quali di conseguenza il soggetto non ha alcun controllo. In realtà, come Rachman e altri hanno ben evidenziato in alcuni studi (Rachman & De Silva, 1978; Salkovskis & Harrison, 1984a), il 90% delle persone sperimenta quotidianamente pensieri intrusivi il cui contenuto (e, in certi casi particolari, la cui frequenza) non differisce da quello delle cognizioni ossessive. Tali pensieri, perciò, non solo fanno parte dell'esperienza normale degli esseri umani, ma in molte situazioni e in molte aree della nostra vita sono funzionali e utili al raggiungimento dei nostri scopi (basti pensare al ruolo che giocano le cognizioni intrusive nella creatività, nel problem-solving o in certe condizioni sentimentali quali l'innamoramento o nella consapevolezza di essere stati traditi). Di conseguenza le cognizioni intrusive di per sé non sono né patologiche e né costituiscono o determinano una manifestazione ossessivo-compulsiva, a meno che su tali cognizioni non venga effettuata una specifica meta-valutazione la quale poi è in grado di elicitare la particolare sindrome clinica; i pensieri intrusivi diventano *ossessioni* solo nel momento in cui vengono interpretati in modo inaccettabile e/o insolito dal soggetto tanto da far diventare saliente e cruciale la loro comparsa e/o il loro contenuto. La distinzione tra pensieri intrusivi/ossessioni e gli altri fattori cognitivi implicati nella problematica ossessiva (significati, meta-valutazioni, assunti di base) è determinante ai fini di un chiaro *assessment* e di un efficace intervento terapeutico. Le ossessioni cliniche normalmente sono rappresentate da pensieri esprimenti un dubbio, un'ipotesi, un'inferenza (es.: "Potrei non aver chiuso la porta"; "Forse non ho spento la luce"; "Potrei essere sporco"; "Potrei aver causato un incidente, etc."); Tali pensieri, poiché si ritrovano nell'esperienza normale degli esseri umani, non costituiscono di per sé un problema, ma la iper-attivazione degli assunti disfunzionali del paziente fa sì che ora tali cognizioni intrusive vengono interpretate in modo inaccettabile e/o insolito dal soggetto tanto da far diventare saliente e cruciale la loro comparsa e/o il loro contenuto: in quel momento tali cognizioni assumono la dimensione di *ossessioni cliniche*.

Meccanismi di mantenimento

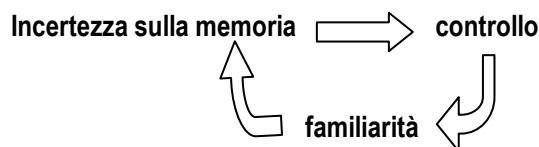
5) Meta-valutazioni disfunzionali: l'interazione tra l'evento (o eventi) attivante e gli schemi o assunzioni di base fa sì che ora *la comparsa e/o il contenuto* di tali pensieri intrusivi inizino a essere interpretati dai soggetti ossessivi nella direzione di un estremo e distorto **senso di responsabilità verso possibili danni**, a sé stessi o agli altri, in qualche modo collegati con il pensiero intrusivo. Dal momento dell'esordio in poi i **pensieri intrusivi** (ossessioni) possono aumentare di frequenza e di intensità, ma l'effetto patogeno determinante (ed è in questo che le ossessioni si differenziano dai pensieri intrusivi normali) è dato dal fatto che ora essi vengono interpretati come se la persona può essere stata o potrà essere responsabile per un danno grave o per la prevenzione di esso. Lo scopo del soggetto, a quel punto, sarà perciò quello di prevenire l'attivazione di specifiche emozioni, in particolare la colpa, e di evitare quindi in tutti i modi possibili il rischio di potersi sentire responsabile del danno temuto.

6) Meccanismi di neutralizzazione: da questo momento in poi il disturbo viene attivato e il soggetto inizia a mettere in atto una serie di **meccanismi di neutralizzazione**, (rituali, compulsioni, rassicurazioni) che sono attività *iniziate volontariamente* che hanno lo scopo di prevenire il danno temuto e quindi di annullare o diminuire il più possibile il senso di responsabilità percepito. Ciò che in realtà le neutralizzazioni determinano è una riduzione del livello d'ansia nel soggetto, ed è tale effetto che porta a rinforzare tali meccanismi e a prevenire nello stesso tempo il processo di abitudine dell'ansia. Il soggetto sentirà di poter terminare il comportamento compulsivo nel momento in cui l'ansia cessa o diminuisce, creando quindi l'equazione: diminuzione dell'ansia = cessazione del pericolo. Il rituale determina inoltre l'effetto di far credere al soggetto che poiché il danno non è avvenuto dopo che ha messo in atto tale comportamento, significa che quest'ultimo ha assolto la funzione di prevenzione. Perciò il rituale, da quel momento in poi, diventerà assolutamente

necessario poiché tutte le volte che il soggetto lo ha attuato ha constatato che non accadeva l'evento temuto. Quindi, tramite il rituale il soggetto si impedisce la disconferma della minaccia. Egli si convincerà, di conseguenza, di possedere degli strumenti per prevenire il danno temuto, ma questo non può che incrementare il senso di responsabilità percepito verso di esso, mantenendo quindi il circolo vizioso (Fig. 1). Inoltre il fatto stesso di mettere in atto in continuazione un comportamento finalizzato alla riduzione di responsabilità implicitamente comunica ripetutamente all'individuo l'idea che egli può essere effettivamente responsabile di un danno.

Rituali di lavaggio: nel caso dei cosiddetti *washers*, i rituali di pulizia possono attivare un ulteriore meccanismo di mantenimento (Salkovskis, 1996b): il paziente che ha il pensiero di essere contaminato, nonostante il lavaggio ripetuto delle sue mani, incomincia, a causa dell'ansia, a sudare maggiormente ed esperisce la sensazione che le mani stanno diventando "sporche". Questa sensazione è probabilmente potenziata dal fatto che le mani a causa del lavaggio diventano particolarmente secche e la percezione di sudore assume perciò una maggiore salienza. Questo però non può che riattivare in continuazione l'impulso a lavarsi.

Rituali di controllo: nel caso invece dei cosiddetti *checkers*, alcuni studi sperimentali (van den Hout, 2002) hanno evidenziato che i rituali di controllo determinano particolari circoli viziosi che mantengono la coazione al controllo: i ricercatori partono da alcuni presupposti di base: 1) i soggetti con DOC avrebbero una fiducia deficitaria nei confronti della loro memoria; 2) maggiore è la familiarità verso uno stimolo o situazione e minore è la fiducia nella propria memoria; 3) quando il ricordo di una situazione è dettagliato e vivido il soggetto ha fiducia nella propria memoria. I comportamenti di controllo ripetuti aumentano necessariamente la familiarità verso l'oggetto del controllo; questo determina un'elaborazione dell'informazione che porta ad un ricordo meno vivido e dettagliato della situazione e di conseguenza ad una minore fiducia da parte del soggetto verso la propria memoria che stimolerà necessariamente ulteriori controlli:



È importante differenziare tra *pensiero intrusivo* che è automatico e involontario e la *neutralizzazione* che è invece un meccanismo attuato deliberatamente, poiché la terapia cognitiva è focalizzata sui meccanismi volontari del soggetto e non prenderà quindi in considerazione le cognizioni intrusive. I rituali all'inizio sono abbastanza chiaramente collegati con il pensiero intrusivo, ma con il tempo tale collegamento può diventare sempre più labile e incerto. Si possono ritrovare perciò delle compulsioni che non hanno un apparente connessione con un danno temuto o con i pensieri intrusivi. Anche *la rassicurazione*, che i soggetti ossessivi spesso ricercano, è un meccanismo di neutralizzazione poiché serve a deresponsabilizzare il soggetto o a determinare una condivisione di responsabilità rispetto ad un possibile danno. Ma se la persona cerca in continuazione rassicurazione implicitamente si definisce ogni qual volta come potenzialmente responsabile incrementando questa sensazione e mantenendo così il circolo vizioso (vedi fig. 1).

7) **Ragionamento emotivo:** l'interpretazione distorta che il soggetto fa del significato delle intrusioni in termini di responsabilità personale e l'idea di un possibile danno di gravità soggettivamente elevata attivano sovente nelle persone ossessive stati emotivi negativi, in particolare ansia e depressione (Clark, 1983; Sutherland, Newman & Rachman, 1982), ma anche vergogna e disgusto (Liotti, 2001). Tale attivazione emotiva però a sua volta retroagisce nei confronti delle suddette valutazioni che l'hanno generata, incrementando sia il senso di responsabilità che la frequenza dei pensieri intrusivi e possono inoltre aumentare il livello di attivazione delle pre-esistenti assunzioni disfunzionali. Questo è uno dei motivi per cui la comorbilità depressiva rende spesso difficile il trattamento dei pazienti ossessivi (Foa, 1979; Salkovskis, 1998). In particolare, ciò che avviene nei pazienti ansiosi, e in modo specifico nel DOC, è il fenomeno del *ragionamento emotivo*, che corrisponde ad un caso particolare di un fenomeno più generale definibile *emozione come informazione*: cioè i pazienti ansiosi tendono a usare le informazioni relative alle emozioni e sensazioni percepite in un dato momento per giungere a conclusioni relative alla loro situazione contingente. Es.: "Se ho l'ansia = presenza di una minaccia";

8) **Strategie di protezione controproducenti:** il soggetto ossessivo tende inoltre a mettere in atto una serie di strategie finalizzate a ricercare la sicurezza dall'evento temuto.

L'evitamento, presente in diversi disturbi d'ansia, è un tipico comportamento protettivo che però impedisce la disconferma della minaccia e aumenta la temibilità della stessa. Più il soggetto evita una situazione e più si nega la possibilità di disconfermare che quella situazione è realmente minacciosa. Un ulteriore effetto della condotta evitante è che essa previene il verificarsi del processo di abituação all'ansia in seguito all'esposizione a un oggetto fobico, di conseguenza l'ansia tenderà a riattivarsi in continuazione. Inoltre la consapevolezza che, in seguito all'evitamento di un oggetto o di una

situazione, l'evento temuto non è accaduto porta il soggetto ad attribuire tale effetto al comportamento evitante creando perciò su di esso un rinforzo continuo.

La soppressione del pensiero, in cui il soggetto tenta attivamente di eliminare o scacciare i pensieri intrusivi, porta in realtà a un incremento della frequenza e dell'intensità di tali cognizioni. Questo avviene poiché se una persona cerca di allontanare volontariamente una cognizione intrusiva in qualche modo deve rappresentarsi nella mente il pensiero che desidera scacciare, aumentandone la salienza e riattivandolo perciò in continuazione. Ad esempio è ciò che accadrebbe se qualcuno ci chiedesse di pensare intensamente ad un elefante rosa e poi di scacciare attivamente quell'immagine.

I soggetti con DOC utilizzano inoltre dei **criteri soggettivi interni** per terminare i loro rituali (es. ripetere un comportamento un numero predefinito di volte, oppure contare fino ad una data cifra, ovvero lavarsi le mani fino a quando si sente "sicuro") che non tengono conto di criteri esterni oggettivi e basati su dati di realtà, di conseguenza tali criteri non possono essere falsificati e invalidati e verranno così riutilizzati in modo continuativo.

9) Attenzione e ragionamento selettivi: sappiamo inoltre che questi pazienti mettono in atto un'attenzione selettiva nei confronti di tutti gli stimoli collegati con il problema ossessivo (della responsabilità e del danno temuto) ovvero effettuano frequentemente ipotesi e congetture relative ad esso e hanno la tendenza a focalizzarsi sui propri processi mentali. Ma se il soggetto dedica un tempo consistente all'osservazione degli stimoli che sono collegati con il possibile danno temuto, ricerca attivamente il problema e non può che incrementare la sensazione di minaccia verso la propria esperienza, dare maggiore salienza all'idea di responsabilità personale e facilitare la comparsa delle intrusioni. Alcuni autori (Wells e Matthews, 1994) ipotizzano che le persone con DOC avrebbero la tendenza ad attribuire maggiore importanza alla propria realtà "mentale" interna, piuttosto che a quella esterna. Di conseguenza, anche quando le afferenze sensoriali esterne confermano l'esecuzione di un determinato comportamento, queste persone indulgono eccessivamente sulle rappresentazioni mentali riguardanti le conseguenze della mancata realizzazione di quell'azione. Questa tendenza a concentrarsi sui dubbi e sulle proprie ideazioni interne può compromettere la capacità mnestica riguardo ad azioni o eventi e può contribuire alla messa in atto di rituali di controllo (Wells, 1997). L'attenzione selettiva è un meccanismo normale negli esseri umani, ma in questo tipo di pazienti determina un'intensificazione del problema. Alcuni recentissimi studi (van den Hout, 2002) ci mostrano come nei pazienti ansiosi e in particolare in quelli affetti da DOC, a differenza dei soggetti normali, l'attenzione selettiva è un meccanismo automatico, involontario e può essere anche inconscio.

In relazione alla tematica attentiva e percettiva si rimanda anche all'ipotesi del ruolo giocato dalla cosiddetta *'invalidazione dell'esperienza sensoriale'* nell'attivazione e mantenimento del dubbio ossessivo (Didonna, 2005). Secondo tale ipotesi 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. L'osservazione clinica ci porta spesso 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 essi manifestano, durante la crisi ossessiva, una consistente difficoltà a recuperare volontariamente e/o ad avere fiducia e dare valore di realtà (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".

Tutti questi meccanismi e circoli viziosi portano a incrementare non solo il senso di responsabilità verso un danno o verso la prevenzione di esso, ma anche la frequenza dei pensieri intrusivi determinando quindi un mantenimento della sindrome ossessiva (Fig. 1).

Tale formulazione viene riportata su un grafico (Fig. 1) durante la seduta, utilizzando le parole e i contenuti riportati dal paziente e viene poi a questo consegnato al termine dell'incontro.

L'esperienza clinica ci mostra come già questo intervento iniziale produce i seguenti importanti effetti (Didonna, 1999): *crea le basi del rationale* del trattamento che seguirà; *incrementa la motivazione* nei confronti della terapia e dell'utilizzo delle varie procedure terapeutiche. In particolare favorisce l'applicazione delle tecniche di esposizione e prevenzione della risposta che risultano spesso estremamente ansiogene per i pazienti con DOC e che costituiscono spesso una causa importante di *drop-out*. Crea un effetto di *normalizzazione* del problema ossessivo, liberandolo da quella connotazione iperpatologizzante che spesso suscita un senso di impotenza e favorisce l'insorgenza di depressione maggiore in questi pazienti. Attraverso l'aspetto della condivisione di questo processo di comprensione la formulazione del problema tende a *favorire l'alleanza terapeutica* e permette inoltre al paziente di impegnarsi in terapia verso *obiettivi chiari e realistici* e, nei casi meno complessi, si è notato che può essere addirittura sufficiente per bloccare in modo significativo le ossessioni e i rituali.

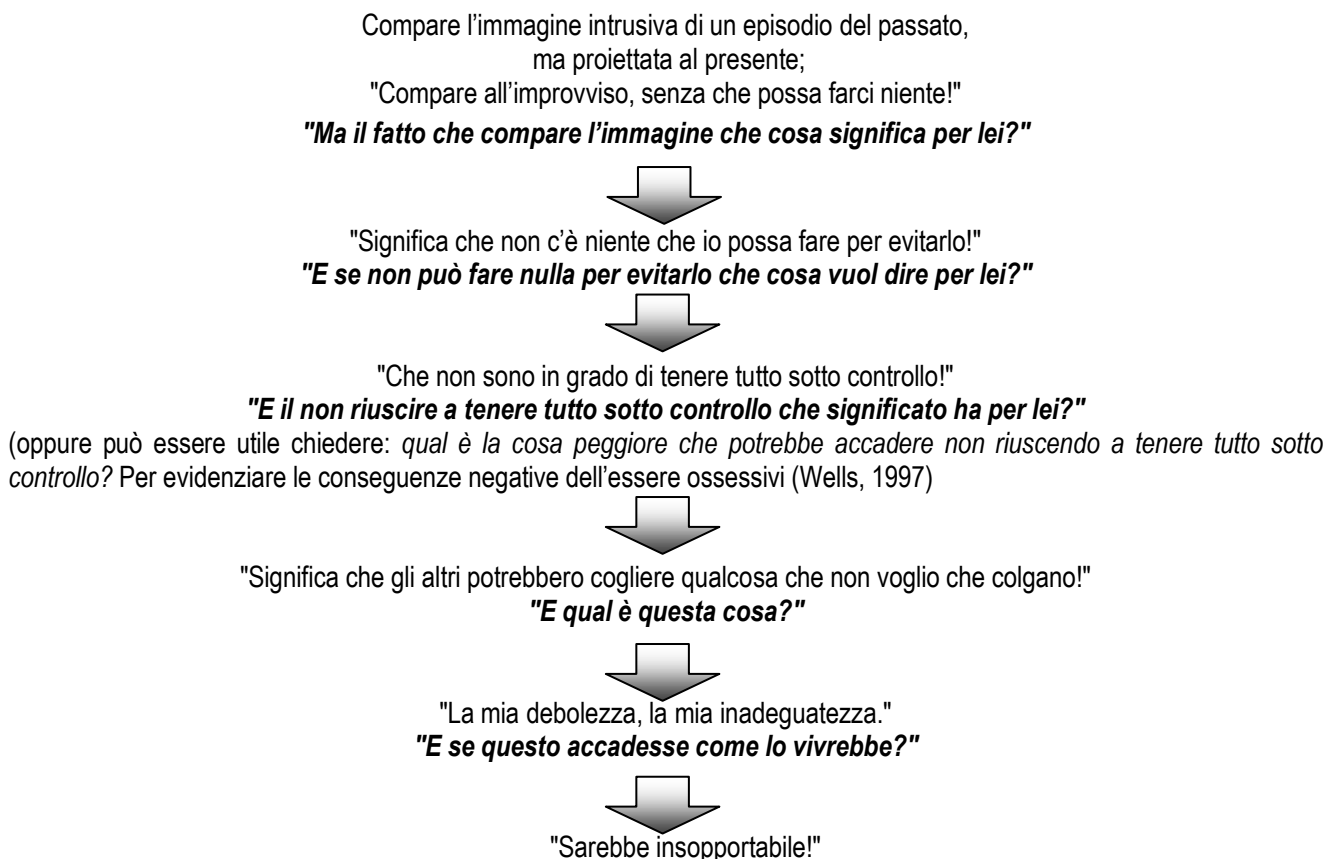
Strategie di assessment

Per quanto riguarda l'analisi dei fattori attivanti e di mantenimento bisogna considerare che i diversi fattori cognitivi implicati nella sindrome ossessiva (assunzioni disfunzionali, cognizioni intrusive, interpretazioni e pensieri automatici, neutralizzazioni) spesso non sono chiaramente differenziati nella descrizione che il paziente ci fa del suo problema. È fondamentale ai fini dell'assessment e dell'intervento terapeutico riuscire a discriminare le cognizioni intrusive, involontarie, dalle valutazioni e neutralizzazioni che come si è visto sono elicitate da uno sforzo deliberato. Si può iniziare facendosi descrivere un episodio recente in cui il pensiero intrusivo è emerso, chiedendo per esempio: dove si trovava? Con chi era? Che cosa era successo prima? Ci si fa quindi descrivere con precisione il pensiero o l'immagine intrusivi e si identifica lentamente la sequenza in cui l'episodio è accaduto.

Tecnica delle frecce discendenti

La tecnica delle frecce discendenti è una procedura di assessment e terapeutica finalizzata a definire l'organizzazione dei fattori cognitivi implicati nella problematica del paziente. Partendo dall'individuazione e descrizione della cognizione intrusiva (nella quale è rilevante la comparsa o il contenuto), si evidenziano le diverse interpretazioni o meta-valutazioni effettuate su di essa, fino a giungere alla comprensione delle convinzioni disfunzionali o assunzioni di base che stanno al vertice dell'organizzazione cognitiva del paziente. Questo intervento ha una notevole rilevanza clinica perché permette di: a) rendere il paziente consapevole del modo in cui un pensiero apparentemente innocuo può determinare una così intensa sofferenza emotiva; b) esaminare i pensieri del paziente sulle conseguenze dei propri comportamenti e sul significato dato ai propri pensieri; c) discutere col paziente su ognuno dei vari livelli dell'organizzazione cognitiva del problema del paziente (Salkovskis, 1999).

Nell'esempio che segue si può vedere come si è passati dall'individuazione della cognizione intrusiva (immagine), rispetto alla quale era rilevante sia la comparsa che il contenuto, alle meta-valutazioni (responsabilità verso un danno alla propria immagine), fino alle assunzioni disfunzionali (bisogno di controllo):



Scopi della terapia

La terapia cognitiva è una scoperta guidata effettuata insieme al paziente, che si realizza all'interno di una relazione collaborativa, utilizzando come strumento elettivo il dialogo socratico.

Lo scopo non è quello di cambiare la personalità del soggetto, ma è quello di modificare quegli aspetti cognitivi, motivazionali, emotivi e comportamentali che determinano il suo problema e di migliorare la funzionalità del soggetto nelle diverse aree della sua vita evidentemente compromesse dal disturbo.

Gli obiettivi principali che si desidera raggiungere nel caso dei pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo sono (Salkovskis, 1998):

- ❑ Aiutare il paziente a raggiungere la consapevolezza che i pensieri ossessivi, per quanto disagiati, non hanno alcuna influenza sulle sue azioni.
- ❑ Aiutare il soggetto a modificare il significato dei pensieri intrusivi rendendolo il più possibile congruente con il significato esperito dalla maggior parte delle persone (non ossessive). Nessuno sforzo viene diretto verso la loro riduzione poiché si parte dal presupposto che essi siano normali e poiché sono involontari non è possibile agire su qualcosa verso il quale il soggetto non ha alcun controllo. Si può intervenire invece sul significato che il paziente attribuisce a tali pensieri.
- ❑ Mantenere il pensiero, ma non reagire ad esso (con neutralizzazioni). Al termine della terapia si nota comunemente però che come effetto indiretto della modificazione delle meta-valutazioni anche i pensieri intrusivi in realtà diminuiscono di frequenza.
- ❑ Aiutare il paziente a considerare le prove per l'interpretazione alternativa del problema ossessivo ("il mio è un problema di preoccupazione e non di reale rischio").
- ❑ Aiutare la persona a bloccare e prevenire i comportamenti controproducenti (neutralizzazioni *overt* o *covert*) che mantengono il problema e ostacolano il raggiungimento dei suoi scopi.
- ❑ Favorire nel paziente, anche attraverso particolari interventi come quelli basati sulla *mindfulness* (Schwartz & Begley, 2002; Didonna, *in press*; 2006), un processo di decentramento, di de-fusione e di disidentificazione dall'esperienza cognitiva ("*io non sono il mio pensiero*"; "*i pensieri non sono fatti*")
- ❑ Recupero degli scopi precedenti al disturbo ed elaborazione e sviluppo di nuovi obiettivi verso i quali il paziente vuole dirigersi durante e dopo il termine della terapia.
- ❑ Obiettivo finale: aiutare il paziente ad identificare e modificare le assunzioni disfunzionali sottostanti che potrebbero portare, terminata la terapia, alla riattivazione della sindrome ossessiva. Questo risulta essere perciò un lavoro fondamentale ai fini della prevenzione delle ricadute.

Fasi, strategie e tecniche terapeutiche.

A scopo esclusivamente indicativo e didattico si possono individuare fondamentalmente cinque fasi nel processo psicoterapeutico con i pazienti affetti da DOC:

Fase 1: Assessment e definizione degli obiettivi: in questa fase gli scopi sono rappresentati dal raccogliere i vari dati anamnestici del paziente, ricostruire insieme a lui il modo in cui il disturbo si è sviluppato nel corso del tempo e analizzare quali fattori possono aver attivato e quali attualmente mantengono il problema.

In particolare si cercherà di:

- ❑ Raggiungere una chiara e condivisa formulazione e comprensione del problema;
- ❑ Concordare gli obiettivi (target) della terapia:
 - ❑ A breve termine (raggiungibili dopo 5-6 sedute)
 - ❑ A medio termine (ragionevolmente raggiungibili al termine della terapia)
 - ❑ A lungo termine (che cosa il paziente vorrebbe raggiungere nel corso degli anni immediatamente successivi al termine della terapia).

Fase 2: “normalizzare” l’esperienza del paziente e considerare spiegazioni alternative non minacciose: in questa fase si cercherà di approfondire la formulazione del problema e di chiarire ulteriormente i meccanismi di mantenimento del problema ossessivo. Inoltre si procederà allo scopo di favorire un processo di normalizzazione della problematica ossessiva. Il paziente infatti spesso arriva in terapia con una visione iperpatologizzata del suo problema e questo spesso può favorire l’insorgenza di un senso di impotenza e attivare perciò un problema secondario di depressione. Per raggiungere questo obiettivo può essere utile:

- ❑ Discutere la normale funzione dei pensieri intrusivi. Si cerca di capire col paziente a che cosa servono i pensieri intrusivi;
- ❑ Discutere il collegamento tra la *comparsa* e/o il *contenuto* dei pensieri intrusivi e la loro valutazione;
- ❑ Discutere su quale tipo di persona esperirebbe particolari pensieri e che cosa significherebbe per quella persona (es. che significato attribuirebbe al fatto di avere dei pensieri blasfemi il capo di una setta satanica); (Salkovskis, 1998). In questi casi l’interpretazione viene fatta principalmente sul *contenuto* del pensiero intrusivo.
- ❑ Considerare il modo in cui un pensiero intrusivo *positivo* potrebbe essere valutato negativamente se esso comparisse in un contesto inappropriato. Si enfatizza quindi il fatto che non sono i pensieri o le immagini intrusivi che di per sé creano le emozioni negative, bensì il modo in cui essi vengono interpretati;
- ❑ Identificare l’utilità di avere pensieri intrusivi *negativi* in situazioni inusuali (es. in condizioni di minaccia della nostra vita da parte di qualcuno). Quindi anche qui si cerca di evidenziare il fatto che ci possono essere diversi modi in cui si può interpretare un particolare pensiero a seconda del contesto.
- ❑ Chiedere al paziente di considerare come sarebbe in realtà la nostra vita senza pensieri intrusivi. (Come sarebbe la sua vita se lei dovesse pianificarsi tutti i suoi pensieri?);
- ❑ Utilizzo di metafore, esempi, analogie;
- ❑ Ridimensionare l’eccessivo senso di responsabilità (utilizzo della tecnica del grafico a torta).

Fase 3: riconsiderare il problema alla luce delle nuove evidenze e riflessioni: In questa fase il paziente viene aiutato a confrontarsi con le due possibili spiegazioni alternative al problema ossessivo (vedi paragrafo successivo) e viene sottolineata l’importanza e l’utilità del non cercare di prevenire i pensieri intrusivi e del riuscire ad esperirli senza provare ansia e senza quindi mettere in atto alcun meccanismo di neutralizzazione. Si cerca altresì di evidenziare le credenze relative alla responsabilità e viene spiegato il razionale dell’uso di esercizi di esposizione e prevenzione della risposta.

Fase 4: ristrutturazione delle meta-valutazioni disfunzionali: Si possono utilizzare in questa fase le tecniche di ristrutturazione cognitiva e di dissuasione, gli esperimenti comportamentali (Salkovskis, 1998) e si può effettuare il training di abitudine alle ossessioni audioregistrate, particolarmente utile con i pazienti con un problema di ossessioni in assenza di compulsioni manifeste (vedi descrizione), ovvero si possono applicare gli esercizi di esposizione e prevenzione della risposta per i rituali *overt*. Al termine delle varie procedure si chiederà sempre al paziente come i vari esiti delle tecniche utilizzate si adattano ad ognuna delle due spiegazioni alternative del suo problema; si effettuerà inoltre regolarmente un monitoraggio dei pensieri intrusivi, dei livelli di ansia, delle meta-valutazioni e della tendenza a mettere in atto rituali e neutralizzazioni. Si possono utilizzare ulteriori esercizi comportamentali, quali la procedura musicale di induzione dell’umore (Clark, 1983), ovvero cognitivi, quale la tecnica della discrepanza o la VEP (Didonna, 1998; 2005). Tutti questi esercizi sono finalizzati a far accettare sempre più al paziente la spiegazione alternativa del problema ossessivo e ad aiutarlo a modificare il significato dei pensieri intrusivi nel modo in cui essi vengono esperiti dalla maggior parte delle persone.

Fase finale: prevenzione delle ricadute: Alla fine della terapia si cercherà di valutare tutte le possibili difficoltà che il paziente potrebbe incontrare in futuro e può essere utile far scrivere al paziente un resoconto di ciò che egli ha acquisito durante la terapia. Si aiuterà inoltre il paziente ad assumersi sempre maggiori responsabilità nelle situazioni che costituiscono il problema di partenza e in seguito in situazioni nuove. Il terapeuta giocherà in misura sempre maggiore un ruolo di monitoraggio di un cambiamento che ora è sempre più sotto la responsabilità del paziente.

Sarà importante infine evidenziare (anche tramite l’utilizzo dei questionari utilizzati per l’assessment) qualsiasi tendenza residua ad effettuare valutazioni in termini di responsabilità in seguito alla comparsa dei pensieri intrusivi e il grado in cui valutazioni più realistiche e funzionali vengono ora effettuate. Verranno quindi ancora utilizzate tecniche di discussione ed esercizi comportamentali per modificare qualsiasi problema residuo identificato. Si è osservato che può risultare particolarmente utile in questa fase della terapia la partecipazione dei pazienti a un training di *mindfulness* (es. MBCT, Segal, Williams, Teasdale, 2002), che favorisce in modo significativo lo sviluppo e il consolidamento di un processo di decentramento e disidentificazione del paziente dalla sua esperienza cognitiva (Didonna, 2006; *in press*).

Uno scopo fondamentale da perseguire prima del termine della terapia sarà quello di aiutare il paziente a riempire i vuoti esistenziali lasciati dalla terapia. Soprattutto i pazienti molto gravi e con una lunga storia di malattia hanno spesso

saturato la loro vita nel corso degli anni di rituali e ossessioni, creandosi quindi una sorta di omeostasi patologica, spesso più o meno involontariamente rinforzata dall'ambiente familiare. L'eliminazione progressiva che può avvenire di questi comportamenti attraverso la terapia può creare sensazioni di vuoto esistenziale che possono esitare in stati d'ansia e depressivi anche gravi, dovuti ora all'assenza del problema ossessivo. Risulta quindi essenziale, in questi casi, cercare gradualmente, nel corso della terapia, di sostituire il tempo e le situazioni che prima il paziente occupava con il problema ossessivo con una serie di scopi e attività (che possono essere evidenziati già durante l'assessment) che potevano già essere presenti nella vita della persona prima dell'insorgenza del disturbo, ovvero con nuove attività e interessi che il paziente ora desidererebbe coltivare e sviluppare.

Le due alternative al problema

Spesso i pazienti con DOC ritengono che il pericolo o il danno da essi temuti potrebbero avvenire ad una distanza di tempo relativamente elevata o addirittura non prevedibile (ad es. "Se tocco quell'oggetto potrei ammalarmi di A.I.D.S.", oppure "L'aver continuamente pensieri blasfemi farà sì che io vada all'inferno"). In questi casi le tecniche finalizzate a dimostrare al paziente che l'evento temuto non accadrà sono destinate a fallire. La cosa fondamentale in questi casi è ancora una volta cercare di raggiungere col paziente una chiara e condivisa comprensione del modo in cui il suo problema funziona. La strada più efficace per modificare un'interpretazione negativa è quella di aiutare il paziente a suggerire un'interpretazione alternativa meno minacciosa della propria esperienza. Di conseguenza le varie procedure adottate (discussioni socratiche, esperimenti comportamentali, etc.) sono fondamentalmente dirette ad aiutare la persona ad operare una distinzione tra le differenti interpretazioni che egli ha rispetto a eventi, sensazioni, pensieri o comportamenti e a formularne di nuove (Salkovskis, 1997).

Una delle prime cose che possono essere fatte all'inizio della terapia è cercare il consenso da parte del paziente sul fatto che esistono due sole possibili alternative riguardo al suo problema:

Teoria A) il suo problema consiste in un *reale rischio* di danno e di *effettiva* responsabilità personale verso esso;

Teoria B) il suo è in realtà un problema di eccessiva *preoccupazione* verso un danno e su una *possibile* responsabilità personale per la sua prevenzione.

Si cercherà durante tutta il corso della terapia di capire, sulla base delle evidenze che progressivamente si produrranno in seduta tramite le discussioni socratiche che verranno sollecitate e gli esperimenti comportamentali che verranno proposti, quale delle due alternative riesce a spiegare meglio ogni problematica portata dal paziente.

Lo scopo è quello di aiutare la persona a passare da un'idea di rischio reale di danno a quella che il problema in realtà consiste in una preoccupazione esagerata verso un possibile danno, la quale viene mantenuta e incrementata dall'ansia. Si sottolinea inoltre che tale preoccupazione essendo un fattore cognitivo è irrilevante rispetto agli eventi e alle azioni.

Tecnica della discrepanza

Tale procedura ha lo scopo di rendere consapevole il paziente della discrepanza esistente tra i fattori che potrebbero portare il soggetto a compiere il danno temuto e non desiderato e i fattori che portano in realtà a commettere tale danno da parte di quelle persone che normalmente lo compiono (Didonna, 1998). L'obiettivo è quello di intervenire sul fenomeno, tipicamente presente nelle persone con DOC, della fusione tra pensiero-azione: il soggetto sente che l'aver un pensiero su un'azione rende più probabile la sua messa in atto ovvero può significare che potrebbe esserci un desiderio da parte sua nei confronti di quell'azione. Insieme al paziente si cerca di rappresentare graficamente il divario esistente tra il paziente e le persone che realmente mettono in atto i comportamenti che il paziente teme di compiere, sottolineando le implicazioni motivazionali, cognitive, emotive e comportamentali necessarie per l'attuazione di un'azione. In particolare lo scopo sarà quello di evidenziare come la preoccupazione del paziente di mettere in atto il comportamento temuto e le neutralizzazioni attivate, finalizzate a prevenire la responsabilità personale verso il danno (elicitata dall'assunzione disfunzionale che il fatto di avere un pensiero relativo a un danno rende più probabile l'accadimento dell'evento temuto e se la persona non si preoccupa per questo è come se lo desiderasse e quindi deve sentirsi responsabile) non sono necessarie o rilevanti a tale scopo. Questo può avvenire perché il paziente si rende consapevole che la maggior parte delle persone pur avendo la *potenzialità* di mettere in atto il danno temuto, non avendo il *desiderio* di farlo e pur non avendo la *preoccupazione* di poterlo fare alla fine non lo mettono in atto. Le persone che invece commettono solitamente le azioni temute dal paziente non sono solitamente preoccupate di poterle attuare e desiderano inoltre compierle. La fondamentale differenza, perciò, tra il paziente e le persone che non commettono i comportamenti temuti consiste nel livello di preoccupazione e non da altri fattori cognitivi, emotivi o motivazionali (Fig. 2).

Al termine della procedura il paziente potrà rendersi conto che egli in realtà possiede rispetto alla maggior parte delle persone non una potenzialità maggiore di danno, bensì utilizza degli strumenti di prevenzione pleonastici (preoccupazione, neutralizzazioni, etc.), che in realtà sono ininfluenti e non necessari ai fini della prevenzione del danno (Didonna, 1999).

- Figura 2 -

Tecnica del grafico a torta

È una tecnica che viene utilizzata per affrontare direttamente il problema dell'estremo senso di responsabilità verso un possibile danno (Van Oppen, De Haan, Van Balkom, Spinhoven, Hoodguin, and Van Dyck, 1995). Il terapeuta e il paziente lavorano insieme allo scopo di apprendere una strategia finalizzata a mettere in discussione una delle più comuni assunzioni disfunzionali presenti nei pazienti con DOC: "Se una persona può in qualsiasi misura influenzare un esito dannoso in una particolare situazione egli è responsabile per esso". Questo tipo di *pensiero dicotomico* (Beck, 1976) è particolarmente difficile da modificare se riguarda eventi del passato nei quali, col senno di poi, è relativamente possibile che la persona possa aver prevenuto un evento negativo. Il grafico a torta è usato come strategia per fronteggiare il *pensiero tutto o nulla*, mentre allo stesso momento permette al terapeuta di evitare di discutere direttamente sul pensiero intrusivo, intervento che incrementerebbe i tentativi del paziente di neutralizzare e di cercare rassicurazione. Il terapeuta procede disegnando su un foglio o su una lavagna un grafico a torta che rappresenta la proporzione di responsabilità per l'evento negativo in questione, che all'inizio il soggetto si attribuisce di solito al 100%. Al paziente viene quindi chiesto di elencare tutti i possibili fattori che possono influire (o potrebbero aver influito) nell'accadimento di tale evento, *indicando come primo elemento della lista il proprio comportamento o l'omissione di un comportamento*. Vengono poi elencati tutti gli altri fattori cercando di dare tutto il tempo necessario affinché la lista possa essere il più possibile esaustiva e cercando di evitare di fornire suggerimenti. È consigliabile inserire almeno 8-10 elementi in tale elenco. Quando la lista è stata completata, viene chiesto al paziente di assegnare una proporzione di responsabilità (in percentuale) ad ogni fattore seguendo l'ordine dell'elenco e *partendo dall'ultimo elemento della lista*. Questo significa che la responsabilità del paziente sarà l'ultimo fattore preso in considerazione. Da sottolineare che il terapeuta non cercherà di rassicurare il paziente; i fattori presenti nella lista sono forniti dal paziente, con solo occasionali e limitati suggerimenti da parte del terapeuta, la cui principale funzione è quella di fornire la struttura a questa discussione. Da rilevare, inoltre, che lo scopo non è quello di convincere il paziente che egli non è responsabile, ma piuttosto porre l'attenzione sul fatto che rispetto ad un evento i fattori che possono essere responsabili del suo accadimento possono essere molteplici e che *la responsabilità è rappresentata da diversi livelli di grigio piuttosto che dal bianco o dal nero* (Salkovskis, 1997). Tale tecnica può essere utile per evidenziare che è raramente possibile provare che una persona non ha alcuna responsabilità rispetto a degli eventi passati e che l'analizzare in dettaglio tali eventi porterà ad incentivare il dubbio piuttosto che la certezza che egli non è stato responsabile.

Nell'esempio che segue, un paziente con DOC di 23 anni temeva di poter fare licenziare qualcuno se avesse preso in mano il ricevitore del telefono o se avesse acceso un computer nel quale fosse stato installato un programma di posta elettronica o un *browser* per internet. Per prima cosa si è proceduto disegnando su un foglio un grafico a torta in cui all'inizio veniva rappresentata la proporzione di responsabilità che il soggetto riteneva di avere in relazione all'evento in oggetto (100%). Al paziente è stato quindi chiesto di elencare tutti i possibili fattori che potrebbero determinare il licenziamento di una persona, indicando per prima nella lista la responsabilità che egli riteneva di poter avere in merito. Dopodiché, partendo dall'ultimo fattore indicato dal paziente gli si chiede di attribuire a ognuno di essi la presunta percentuale di responsabilità che quel fattore potrebbe avere nel causare (o nell'aver causato) l'evento. La figura 3 mostra qual è stato l'esito della discussione e la percentuale di responsabilità che il paziente riteneva di avere alla fine dell'esercizio rispetto all'evento temuto.

- Figura 3 -

La tecnica del *tape-loop* (nastro continuo)

È una tecnica di esposizione e prevenzione della risposta a livello cognitivo, consistente in un training di abitudine ai pensieri ossessivi. È particolarmente indicata con pazienti con ossessioni senza compulsioni manifeste (ruminatori). Come accennato in precedenza, i pensieri intrusivi (ossessioni), le meta-valutazioni e le neutralizzazioni (Fig.1) sono fenomeni mentali mescolati insieme nell'esperienza cognitiva del paziente ossessivo. È determinante ai fini del trattamento riuscire a discriminare tra loro tali fenomeni per poter intervenire sui fattori che effettivamente attivano e mantengono il problema. I pensieri intrusivi, involontari, che producono ansia devono essere differenziati da quei pensieri che il paziente

deliberatamente attiva in seguito a uno sforzo volontario e che sono finalizzati a ridurre l'ansia o la sensazione di rischio (Salkovskis et al., 1998). Ci possono anche essere comportamenti di evitamento di tipo *covert* (non manifesto), come ad esempio tentativi di non pensare ad un particolare pensiero. L'evitamento non viene definito in termini di quanto esso è efficace nel prevenire l'ansia, ma piuttosto in termini di ciò che esso è finalizzato ad ottenere. Gli evitamenti e le neutralizzazioni di tipo *covert* possono essere valutati chiedendo al paziente quali sforzi mentali egli mette in atto a causa del problema. Per esempio un paziente si sentiva costretto a pensare ogni pensiero "negativo" un certo numero di volte. Egli passava buona parte della giornata sforzandosi di non avere pensieri "negativi" (evitamento); questi tentativi erano sovente seguiti dagli stessi pensieri "negativi" che cercava di allontanare, come ad esempio "odio mia madre" (ossessioni). Egli allora avrebbe dovuto avere quello stesso pensiero un certo numero di volte (neutralizzazione) e poi cercare di fermarlo (evitamento); questo ciclo veniva poi ripetuto. Il pensiero ossessivo può diventare un pensiero di neutralizzazione se quest'ultimo è derivato da uno sforzo volontario; per esempio come il paziente che attiva deliberatamente particolari pensieri prima che essi compaiano spontaneamente.

Il *training* di abitudine è basato sull'idea di elicitare ripetutamente e in modo prevedibile un pensiero ossessivo per la durata richiesta per la riduzione dell'ansia, mentre contemporaneamente si cerca di prevenire qualsiasi comportamento di evitamento e neutralizzazione di tipo *covert*. Nel momento in cui l'abitudine agli stimoli prevedibili è stata raggiunta si procede con la tecnica utilizzando situazioni di stimolo e di abitudine più imprevedibili mentre il paziente si trova in uno stato d'ansia (Salkovskis, 1983; Salkovskis et al., 1998).

Gli scopi di tale procedura sono:

- Facilitare gli esercizi di esposizione e prevenzione della risposta (ERP);
- Provocare i pensieri ossessivi e identificare le meta-valutazioni e qualsiasi impulso a controllare o neutralizzare tali pensieri;
- Aiutare il paziente a separare il pensiero intrusivo dall'interpretazione o valutazione;
- Aiutare il paziente a riconoscere i pensieri intrusivi come un innocuo (e potenzialmente utile) aspetto del normale funzionamento mentale.

Le fasi che si possono seguire nell'applicare tale tecnica possono essere le seguenti:

- Inizialmente la tecnica viene utilizzata in seduta;
- Poi come homework utilizzandola in momenti predefiniti;
- Successivamente in situazioni che solitamente attivano le ossessioni;
- Infine il paziente verrà aiutato ad applicare la tecnica tutte le volte che il pensiero intrusivo compare nel corso della giornata (utilizzando ad esempio un walkman).

Procedura:

- Differenziare con chiarezza la cognizione intrusiva (immagine, pensiero, impulso) dall'interpretazione e/o dalla neutralizzazione;
- Durante la seduta il paziente registra la descrizione dettagliata del pensiero intrusivo, senza neutralizzazione, utilizzando possibilmente un registratore digitale o un lettore MP3, che può riproporre ripetutamente la stessa traccia registrata, oppure registrando una serie dello stesso pensiero, per 30 secondi su audio-cassetta. Ad esempio un paziente potrebbe registrare il pensiero: "Potrei violentare una donna se mi trovassi solo con lei in una strada deserta o in una casa isolata". È fondamentale evitare di includere nella registrazione qualsiasi pensiero di neutralizzazione;
- Far definire i dettagli e i particolari soggettivi dell'intrusione;
- Al paziente verrà quindi chiesto di ascoltare la traccia registrata, la quale deve suscitare ansia nel paziente, più attentamente possibile per 10 presentazioni;
- Alla fine di ogni presentazione, il livello di disagio e l'impulso a neutralizzare vengono valutati su una scala da 0 a 100;
- Chiedere al paziente di ascoltare la traccia registrata ogni giorno *in momenti predefiniti* per almeno 5 giorni, due volte al giorno e per la durata di almeno un'ora, preferibilmente fino a che il livello di ansia non si riduce almeno del 50% rispetto al livello più alto raggiunto durante le esercitazioni;
- Verificare durante la seduta successiva le difficoltà incontrate durante le esercitazioni, rifare eventualmente la registrazione e riprescrivere il compito per altri 5 giorni, ma in situazioni critiche;
- In seguito chiedere al paziente di usare la traccia registrata o l'audio-cassetta tutte le volte che il pensiero intrusivo compare spontaneamente (utilizzando ad esempio un lettore portatile).

Infine l'abitudine dovrà avvenire in seguito all'elicitazione volontaria dei pensieri intrusivi da parte del paziente, senza l'utilizzo della traccia registrata o dell'audiocassetta ed evitando qualsiasi forma di neutralizzazione, in situazioni diverse.

Tecnica della Validazione dell'Esperienza Percettiva (VEP)

In seguito ad una probabile iperattivazione del sistema agonistico (Liotti, 2000c; 2001), 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 (Didonna, 2005). 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* (Liotti, 2001). 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.

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 (preoccupazioni, 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, 2003).

Nel caso citato in precedenza della paziente con l'ossessione del tamponamento (vedi capitolo 2), 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%

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

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.

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

Uno degli scopi importanti della terapia cognitiva consiste nel favorire il più possibile un processo di normalizzazione del problema che il paziente ci porta in seduta. Questo significa aiutare il paziente a capire che probabilmente la maggior parte delle persone che avessero vissuto le esperienze evolutive ricostruite nella storia del paziente e che avessero poi utilizzato come strategie difensive quelle da lui adottate fino ad oggi, verosimilmente avrebbero attivato lo stesso disturbo evidenziato nella formulazione del problema. Questo obiettivo può essere raggiunto adottando uno stile terapeutico caldo ed empatico, che attraverso la scoperta guidata aiuti il paziente a ricostruire lo sviluppo del suo problema, a capire quali fattori l'hanno attivato e mantenuto fino a quel momento e in seguito a testare attivamente un'alternativa coerente e una spiegazione meno minacciosa della propria esperienza.

Numerosi studi hanno dimostrato l'efficacia del tipo di approccio cognitivo-comportamentale sopra descritto (Roth and Church, 1994; Headland and Macdonald, 1987; Freeston *et al.*, 1997) riportando inoltre un mantenimento significativo dei risultati al follow-up. In alcuni studi l'efficacia di questo tipo di intervento si è rivelata comparabile (Emmelkamp *et al.*, 1988) e in certi casi superiore (van Oppen *et al.*, 1995) alle procedure di esposizione e prevenzione della risposta. La carta

vincente nell'approccio terapeutico con il DOC non è comunque la separazione, bensì la piena integrazione tra le procedure cognitive e quelle comportamentali, in cui le prime favoriscono in modo significativo l'utilizzo spesso difficile delle seconde (vedi tecniche di esposizione e prevenzione della risposta) e dove l'intervento comportamentale determina sovente anche una ristrutturazione degli aspetti cognitivi del problema.

Il ruolo centrale del senso di responsabilità nella sindrome ossessiva è ormai universalmente riconosciuto. Sono comunque attesi ulteriori approfondimenti e indagini empiriche che permettano di comprendere quali fattori cognitivi e motivazionali stanno alla base del senso di responsabilità e che aiutino a far luce sulla genesi di tale costrutto.

È auspicabile, infine, che in futuro in Italia si possa assistere ad un incremento dell'interesse verso lo sviluppo di nuove strategie e tecniche terapeutiche, che partendo dalla concettualizzazione dei meccanismi che attivano e mantengono il problema ossessivo possano altresì contemplare l'intervento su quei fattori di comorbidità, spesso presenti nella sindrome ossessiva, che sovente rappresentano un ostacolo importante al successo psicoterapeutico. Questo al fine di offrire una risposta sempre più efficace a quel 50% di pazienti con DOC che ancora non trae beneficio dalla psicoterapia e che perciò è destinato a convivere con uno dei disturbi più invalidanti e complessi conosciuti dalla psichiatria.

Bibliografia

- BECK, A. T. (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International University Press. New York
- CLARK, D. M. (1983) On the induction of depressed mood in the laboratory: evaluation and comparison of the veltan and musical procedures. *Advances in Behavioural Research and Therapy*, 5, 27-49
- CONTE, R. E CASTELFRANCHI, C. (1996) *La società delle menti*. Torino. UTET
- 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. (1999) La formulazione del problema nella psicoterapia cognitiva del disturbo ossessivo-compulsivo. Relazione presentata al X Congresso Nazionale A.I.A.M.C. di Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva. Napoli, novembre 1999
- 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., ZORDAN P., BATENI, M. (2001). *Obsessive-compulsive disorder: what are the challenges and how can we deal with them?* Paper presented at the XXXI International Congress of European Association for Behaviour and Cognitive Therapy. Istanbul. Turkey, settembre 2001, Abstract Book.
- DIDONNA, F. (2005) Ruolo dell'invalidazione dell'esperienza sensoriale nell'attivazione e mantenimento del dubbio ossessivo: la tecnica della Validazione dell'Esperienza Percettiva. *Psicopatologia Cognitiva*, 2 (2)
- DIDONNA, F. (2006). *Mindfulness-based training for clinical problems*. Meet the Expert Session, Lecture presented at the XXXVI International Congress of European Association for Behaviour and Cognitive Therapy. Paris. France, 21 September 2006, Abstract Book.
- DIDONNA, F. (in press) Mindfulness and its clinical application for psychological problems: conceptualization, rationale and mechanisms of action for specific disorders
- DIDONNA, F. (in press). *Clinical Handbook of Mindfulness*. New York: Springer
- EMMELKAMP, P. M. G., HOEKSTRA, R. J., & VISSER, S. (1985) The behavioral treatment of OCD: Prediction of outcome at 3.5 years follow-up. In P. Pichot, P. Berner, R. Wolf, & K. Thau (Eds.), *Psychiatry: The state of the art*. New York: Plenum Press
- EMMELKAMP, P. M. G. ET AL., (1988) Cognitive therapy vs exposure *in vivo* in the treatment of obsessive-compulsive. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 103-14
- FOA, E. B. (1979) Failure in treating obsessive-compulsives. *Behaviour Research and Therapy*, 17 (3), 169-176
- FOA, E. B., KOZAK, M. J., STEKETEE, G. S., & MCCARTHY, P. R. (1992) Imipramine and behavior therapy in the treatment of depressive and obsessive-compulsive symptoms: Immediate and long-term effects. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 279-292
- FREESTON, M. H., LADOUCCER, R., GAGNON, F., THIBODEAU, N., RHEAUME, J., LETARTE, H., & BUJOLD, A. (1997) Cognitive-behavioral treatment of obsessive thoughts: a controlled study. *Journal of Consultant and Clinical Psychology*, 65 (3), 405-413
- GILBERT, P. (1989) *Human nature and suffering*. LEA. London
- HOOGDUIN, C. A. L. & HOOGDUIN, W. A. (1984) The outpatient treatment of patients with an obsessional-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 455-459

- LADOUCER, R., LEGER, E., REHAUME, J. AND DUBÈ D. (1996) Correction of inflated responsibility in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 34 (10), 767-774
- 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.
- LORENZINI, R. (1999) *La terapia cognitiva del disturbo ossessivo-compulsivo*. Relazione al Convegno "Psicoterapia e Psicofarmaci nel Trattamento del Disturbo Ossessivo-Compulsivo". Clinica Villa Santa Chiara, Verona, 12 novembre 1999
- LORENZINI R., SASSAROLI S. (2000). *La mente prigioniera: strategie di terapia cognitiva*. Raffaello Cortina, Milano.
- MANCINI, F., D'OLIMPIO, F., DEL GENIO, M., DIDONNA, F., PRUNETTI, E. (2000) Intolerance of uncertainty and obsessivity in a non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*
- OBSESSIVE COMPULSIVE COGNITIONS WORKING GROUP (1997) Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 35 (7), 667-681
- RACHMAN, S. J. AND DE SILVA, P. (1978) Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248
- RACHMAN, S. J. & HODGSON, R. J. (1980) Obsessions and Compulsions. Englewood Cliffs, NJ.:Prentice-Hall
- RACHMAN S. J.(1983) Obstacles to the successful treatment of obsessions. In Foa E. B., Emmelkamp P.M.G. (Eds.) Failures in behaviour therapy. Wiley, New York, pp. 35-57
- RACHMAN S. J. (1997) A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35 (9), 793-802
- RACHMAN S. J. (1998) A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36 (4), 385-401
- SALKOVSKIS, P. M. (1983) Treatment of an obsessional patient using habituation to audiotaped ruminations. *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 311-13
- SALKOVSKIS, P. M. AND HARRISON, J. (1984a) Abnormal and normal obsessions – a replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 549-552
- SALKOVSKIS, P. M. (1985) Obsessional-compulsive problems: a cognitive behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 571-83
- SALKOVSKIS, P. M. AND WARWICK, H. M. C. (1988) Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder. In *The theory and practice of cognitive therapy*, (ed. C. Perris, I. M. Blackburn and H. Perris). Springer, Heidelberg
- SALKOVSKIS, P. M. AND KIRK, J. (1989) Obsessional 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., RACHMAN, S. J., LADOUCEUR, R., AND FREESTON, M. (1992) *Proceedings of the Toronto Cafeteria*
- SALKOVSKIS, P. M. (1997) Obsessive-compulsive disorder. In *Cognitive Behavioural Therapy: Science and Practice*. Ed. by D. M. Clark and C. G. Fairburn. Oxford University Press
- SALKOVSKIS, P. M., FORRESTER, E. & RICHARDS, C. (1998) Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *British Journal of Psychiatry*. 173 (suppl. 35), 53-63
- 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
- SALKOVSKIS, P. M. (1999) Understanding and treating obsessive-compulsive disorder
- SALKOVSKIS, P. M., SHAFRAN, R., RACHMAN, S. J., AND FREESTON, M. H. (1999) Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implications for therapy and research
- SCHWARTZ, J., BEGLEY, S. (2002). *The Mind & The Brain: Neuroplasticity and the Power of Mental Force*. New York: HarperCollins.
- SEGAL, Z. V., WILLIAMS, J. M., TEASDALE, J. D. (2002). *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.
- SHAFRAN, R. (1997) The manipulation of responsibility in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 397-407
- SUTHERLAND, G., NEWMAN, B. & RACHMAN, S. (1982) Experimental investigations of the relations between mood and intrusive, unwanted cognitions. *British Journal of Medical Psychology*. 55, 127-138
- TALLIS, F. (1995) Obsessive compulsive disorder. A cognitive and neuropsychological perspective. John Wiley & Sons Ltd
- TEASDALE, J. D. AND SPENCER, P. (1982) Effects of induced elation-depression on estimates of past success and subjective probability of future success. Unpublished manuscript, Department of Psychiatry, University of Oxford

- VAN DEN HOUT, M. (2002). *Repeated checking causes memory distrust: An explanation of meta-memory problems in OCD*. Paper presented at the XXXII International Congress of European Association for Behaviour and Cognitive Therapy. Maastricht, The Netherlands, September 2002.
- VAN OPPEN, P., DE HAAN, E., VAN BALKOM, A. J., SPINHOVEN, P., HOODGUIN, K., AND VAN DYCK, R. (1995) Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 379-90
- WELLS, A. (1997) *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*. Ed. J. Wiley & Sons

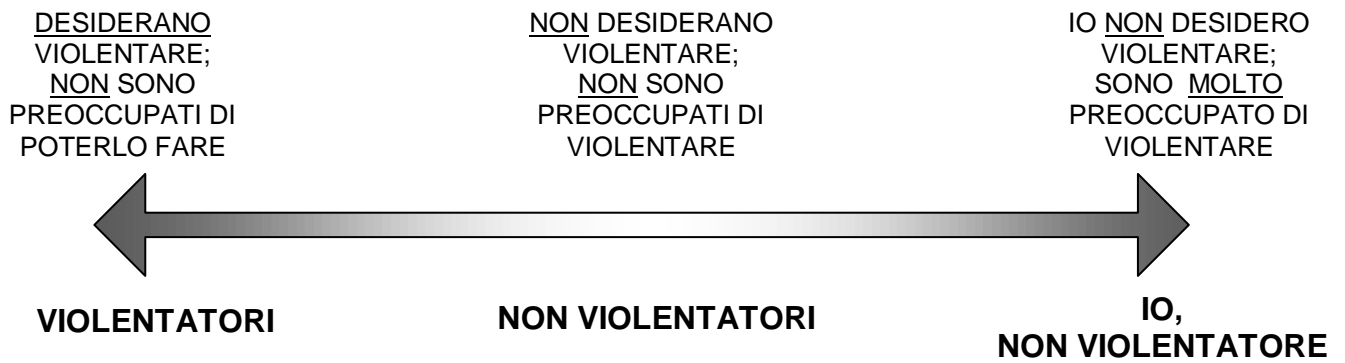


Figura 2: rappresentazione grafica della tecnica della discrepanza

- 1) Responsabilità del paziente;
- 2) Negligenza;
- 3) Assenteismo;
- 4) Uso di droghe o alcol in servizio;
- 5) Comportamenti violenti con i colleghi;
- 6) Furti;
- 7) Comportamenti immorali o socialmente inaccettabili;
- 8) Inefficienza;

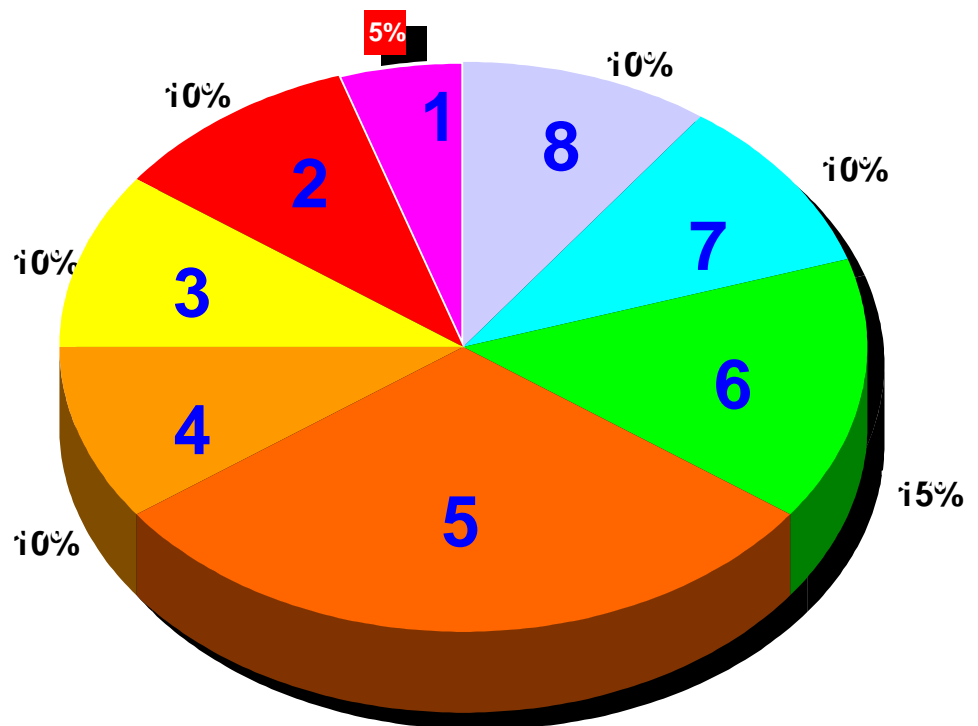


Fig. 3: tecnica del grafico a torta.

