

RICERCA

Per una teoria cognitiva sulla patogenesi e la cura del Disturbo Ossessivo-Compulsivo

Claudio Lalla

III Centro di Psicoterapia Cognitiva

Da qualche anno il Disturbo Ossessivo-Compulsivo ha destato un rinnovato interesse nei ricercatori, come dimostrato dal numero notevolmente accresciuto di pubblicazioni ad esso dedicate. Ciò è indubbiamente legato al fatto che la prevalenza del DOC nella popolazione generale risulta oggi enormemente superiore alle stime compiute in passato. A tal riguardo è stato fondamentale lo studio dell'Epidemiologic Catchment Area (Karno *et al.*, 1988; 1991) secondo il quale la prevalenza in 6 mesi era dell'1, 5% mentre quella nel corso della vita risultava essere del 2, 5%. Questi riscontri sono stati sostanzialmente confermati da altre indagini successivamente condotte in Canada, Europa, Asia, Nuova Zelanda e Africa. Se si pensa che in anni precedenti la prevalenza del disturbo nella popolazione generale era stata riconosciuta attorno allo 0, 05% ci si renderà immediatamente conto che le statistiche attuali forniscono una misura superiore di ben varie decine di volte. Sorvoliamo qui la questione sulla natura della differenza fra dati odierni e passati; se e quanto, cioè, sia in gioco un aumento oggettivo della prevalenza del DOC, un'accresciuta disponibilità delle persone che ne soffrono a richiedere un intervento terapeutico, oppure una maggior sensibilità diagnostica dei clinici per il disturbo. L'importanza del DOC si è evidenziata anche per i dati dell'indagine ECA riguardanti la comorbidità: il Disturbo Fobico era associato nel 46, 5% dei casi, il Disturbo Depressivo Maggiore nel 31, 7% e la Dipendenza da Sostanze (soprattutto alcool) nel 24, 1%.

Un'altra ragione del rinnovato interesse per il DOC risiede probabilmente nella dimostrazione, a partire dalla seconda metà degli anni '80, dell'efficacia antiossessiva della fluoxetina, prima molecola capace di inibire selettivamente la ricaptazione della serotonina, e quindi più

tollerabile rispetto alla clorimipramina nel trattamento farmacologico del DOC. Altre molecole appartenenti alla stessa classe hanno poi fatto il loro ingresso nell'armamentario psichiatrico, come la fluvoxamina e la sertralina. Questi farmaci, non avendo gli stessi effetti collaterali della clorimipramina sui sistemi colinergico e adrenergico, hanno cambiato il rapporto costo/beneficio della terapia farmacologica e pertanto aumentato l'interesse dei clinici per essa.

In questi ultimi anni anche la neuropsicologia ha fornito il suo contributo nel riaccendere l'interesse scientifico per il DOC. In particolare, gli studi di brain imaging funzionale (in cui viene utilizzata soprattutto la Tomografia a Emissione di Positroni) hanno mostrato che durante l'esposizione del paziente agli stimoli ansiogeni si verifica un aumento dell'attività metabolica e del flusso ematico della corteccia orbitofrontale, dei nuclei della base (in particolare del nucleo caudato) e della corteccia cingolata anteriore (Rauch *et al.*, 1994). E' emerso inoltre come sussista una correlazione positiva fra l'intensità della risposta sintomatologica e la misura del flusso ematico (McGuire *et al.*, 1994). Infine, la predetta iperattività cerebrale è apparsa diminuire insieme ai sintomi dopo un trattamento farmacologico o psicoterapeutico (Benkelfat *et al.*, 1990; Baxter *et al.*, 1992).

A fronte del nuovo interesse manifestato per il DOC però, la comprensione della sua natura rimane tuttora profondamente carente, e l'utilizzo degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, pur rappresentando un indubbio progresso nella terapia farmacologica, ha consentito un miglioramento sintomatologico tuttora decisamente parziale. A tale rilievo va aggiunto che il livello di ricaduta dopo l'interruzione della somministrazione di tali farmaci è alquanto alto, e ciò ha condotto in

genere a protrarre la loro assunzione per lunghi periodi. Tale considerazione ripropone con forza la necessità di approntare una cura che sappia incidere sui processi soggiacenti al disturbo, garantendo pertanto un suo effettivo e definitivo superamento.

Orbene, durante gli stessi anni in cui si è assistito agli studi sopra accennati, la psicoterapia cognitiva ha realizzato un consistente sviluppo, fornendo così nuovi strumenti concettuali a quanti tentano di capire e curare il DOC, tradizionalmente poco sensibile al trattamento psicologico. Nel presente articolo esporrò i risultati di studi clinici da me compiuti su questo disturbo, delineando dapprima il quadro dei suoi fondamentali meccanismi patogenetici e suggerendo poi le strategie e le tecniche di intervento che alla luce della mia esperienza sono apparse più efficaci.

La patogenesi

Abbandonando il letto di Procuste delle concezioni correnti, e quindi partendo dal riconoscimento che il DOC restava ancora un problema oscuro dal punto di vista psicopatologico, ho iniziato a studiarlo mettendo alla prova nuove congetture che ho via via sottoposto, nel corso del mio lavoro clinico, a vari tentativi di falsificazione. Una prima cosa che ho potuto stabilire è quanto sia errato ritenere che le ossessioni rappresentino forme di coscienza in cui l'ansia è evocata dall'oggetto che esse intenzionano. Se, ad esempio, un paziente ha pensieri persistenti di aver potuto contrarre l'AIDS, la sua ansia sarà vista come ansia dovuta alla minaccia incombente del contagio. Ebbene, questo non è vero. Ciò che sembra ovvio e quasi indiscutibile, in quanto ritenuto mero dato osservativo, costituisce in realtà un'apparenza illusoria. Nell'affermare ciò non voglio introdurre una comprensione tutta declinata in chiave simbolica della sintomatologia ossessiva. No, quanto sto per affermare si riferisce a una lettura strettamente aderente ai fenomeni, una lettura che, per così dire, non punta a scoprire cosa si nasconde *dietro* di essi, ma piuttosto a disvelare quel che si mimetizza *dentro* la loro trama. Ora, come dicevo, nel caso in questione è emerso che il paziente con DOC non soffre primariamente per ansia riferita all'evento temuto (contagiarsi, recar danno agli altri, compromettere il proprio status sociale, avere pensieri blasfemi o sacrileghi, averne di erotici inaccettabili, etc.) ma piuttosto per un'ansia "riflessiva": quella di dover convivere per un periodo considerevole o, peggio, indefinitamente protratto, con la coscienza che possa essersi verificato l'evento temuto. Per lui dover convivere con tale coscienza rappresenterebbe una sorta di improvviso salto orbitale a una vita ormai aggredita e compromessa da una presenza aliena e che perciò gli si alienerebbe a sua volta. Un uomo che recen-

temente ho avuto in cura lo ha detto con chiarezza: "La paura vera è che quel pensiero possa accompagnarmi per un tempo indefinito e possa rovinarmi la vita; perché avrei continuamente il dubbio. Non voglio fissarmi su un pensiero unico". E, passando da una citazione clinica a una letteraria, possiamo dire che lo stato mentale del paziente con DOC è fondamentalmente quello rappresentato da Sheakespeare nel personaggio di Macbeth quando questi afferma: "Ah, ricomincia qui la mia angoscia. Altrimenti mi sentirei del tutto liberato: compatto come marmo, saldo come roccia, libero e sconfinato come l'aria che respiriamo. Eccomi invece confinato, ingabbiato, relegato, inceppato di dubbi e di paure". Il paziente con DOC appare dunque alla ricerca in determinati ambiti mentali - la salute, l'etica, il senso del mondo - di una *tranquillità perfetta*, immacolata e incolume.

Che il DOC sia caratterizzato da un'angoscia che la coscienza ha nei confronti di sé stessa piuttosto che di qualcosa a lei esterno è dimostrato da almeno tre chiari rilievi clinici.

1) Se il paziente ossessivo soffre realmente per le sue ansie apparenti, allora queste dovrebbero essere sensibili al grado di probabilità che egli attribuisce loro. L'ansia diminuirebbe e salirebbe, cioè, insieme alla probabilità con cui venisse rappresentato l'eventuale accadere dell'evento temuto. In passato, quando prendevo ingenuamente per veri i motivi dichiarati dell'ansia ossessiva, escogitai una forma di intervento che avrebbe dovuto, almeno nelle mie intenzioni, produrre un tangibile effetto ansiolitico su questa classe di pazienti. Tenendo presente il dato clinico di come i pazienti con DOC, di fronte al dubbio che sia accaduto l'evento temuto, ripercorrono e ricontrollino infinite volte nella propria immaginazione una supposta sequenza di accadimenti, ed essendo al tempo stesso venuto a conoscenza della "reconsideration under suitable scripts" (Arcuri, 1989; Piattelli Palmarini, 1993), ovvero del bias cognitivo consistente nella tendenza a considerare più probabile un evento rappresentabile attraverso una narrazione, mi applicai a promuovere in essi la consapevolezza del fatto che la probabilità dell'evento temuto, alla luce delle stime probabilistiche che formulavano per ogni anello della catena di condizioni che lo realizzavano, era decisamente più bassa di quanto non fosse loro apparso. Più precisamente, dopo averli invitati a esprimere tali stime, gli spiegavo che la probabilità dell'ultimo anello, quello che sembrava angosciarli, secondo il principio della probabilità composta corrispondeva al prodotto delle probabilità di ottenere tutti gli altri anelli. Ora, siccome le probabilità sono espresse in statistica con dei numeri che vanno da 0 a 1, e le moltiplicazioni di numeri inferiori a 1 danno come prodotto un numero più basso rispetto a cia-

scuno di essi, la probabilità dell'evento temuto risultava quindi essere più bassa di ogni probabilità appartenente agli eventi condizionali, e quasi sempre molto più bassa di quanto essa non fosse stimata sotto l'influsso della narrazione ossessiva. I pazienti potevano rimanere colpiti dalla misura piccolissima che la probabilità dell'evento temuto veniva ad assumere, se ne convincevano sinceramente, ma... non ne traevano i benefici che mi sarei aspettato di constatare. Ciò appariva strano, perché se veramente essi fossero stati angosciati dalle possibilità di realizzazione dell'evento temuto, allora avrebbero dovuto - ripeto: "dovuto" - in parte tranquillizzarsi sapendo che esso era più improbabile di quanto avessero pensato, e quindi trarre beneficio dal mio intervento. Invece ciò non accadde, ed essi continuarono ad essere angosciati, ossessionati, come prima. Se il mio tentativo terapeutico si era risolto in un fallimento, esso mi aveva però reso scettico nei confronti dell' assunto che il DOC ruoti intorno agli eventi temuti. Avevo perso terapeuticamente, ma vinto in termini di conoscenza del problema. Era in effetti accaduto che un'ipotesi scientifica, messa a confronto con il controllo di una previsione da essa dedotta, fosse risultata falsificata. Sapevo ora che una mia precedente conoscenza era errata.

La nuova congettura, ossia che il paziente con DOC sia angosciato non tanto dall'evento temuto quanto piuttosto dalla coscienza che esso possa essersi verificato, viene invece corroborata dal fallimento del tentativo terapeutico precedentemente descritto. Infatti, se l'angoscia ossessiva intenziona la coscienza di una possibilità, allora è chiaro che essa permarrà anche allorché la possibilità stessa sia irrisoria. La coscienza di una possibilità piccola non è a sua volta più piccola della coscienza di una possibilità grande. Per chi soffre di DOC essa c'è, e tanto basta. Un'eccezione conferma la regola. La metodica terapeutica da me utilizzata risulta infatti efficace se la si applica quando le osservazioni hanno ceduto il posto alle relative idee prevalenti, che, a differenza delle prime, sono caratterizzate dalla mancata consapevolezza della loro assurdità. Non sembra proprio strano che queste idee rispondano al predetto trattamento e rilevino perciò una correlativa ansia per l'evento temuto.

Da quel che abbiamo detto emerge con forza perché il dubbio riferito all'evento temuto sia inaccettabile da questo genere di pazienti. Se occorre disfarsi della coscienza di una possibilità, non ci sarà altra strada che quella volta a cercare la *certezza assoluta* della sua negazione. Il bisogno di tale certezza si radica cioè nella logica

stessa che siamo venuti delineando, ne emerge come un suo tratto necessario e inseparabile.

2) Ai miei pazienti ho proposto il seguente *esperimento mentale*. "Se io disponessi di un farmaco che agisse facendole dimenticare selettivamente l'episodio che ha scatenato la sua ansia, lo assumerebbe oppure no?" Tutti hanno preso in considerazione con la massima serietà il problema che era loro stato proposto, concentrandosi su di esso e chiedendomi le delucidazioni che potevano loro occorrere per scansare ogni fraintendimento. Ebbene, *tutti i pazienti che soffrivano di ossessioni, tutti senza eccezione alcuna*, hanno infine fornito una risposta affermativa, sostenendo che avrebbero certamente scelto di assumere il farmaco immaginario. Ora, è evidente che anche in questo caso si è realizzato un duplice tentativo di falsificazione: dell'ipotesi secondo cui il paziente con DOC si sente in primo luogo minacciato dall'evento temuto e di quella che invece riconosce nella coscienza della sua possibilità la minaccia primaria. Se fosse stata vera la prima ipotesi, il paziente non avrebbe accettato di assumere il farmaco, perché la perdita di coscienza dell'evento temuto gli avrebbe impedito di ricorrere a qualsiasi accorgimento volto ad affrontarne l'eventuale accadere. La controprova di ciò è data dalla risposta del paziente allorché gli si offre una versione modificata del predetto esperimento mentale, ovvero gli si chiede se assumerebbe il farmaco in questione al fine di perdere coscienza di un evento temuto *non* appartenente al repertorio ossessivo, ma rientrante nell'ambito delle preoccupazioni per i normali problemi della vita quotidiana. In tali casi i pazienti con DOC rispondono sempre, e senza esitazioni, che non si sognerebbero mai di fare tale scelta.

Un'ulteriore conferma indiretta è rappresentata dai casi in cui le ossessioni si sono trasformate in idee prevalenti. Il paziente che non riconosce più l'irragionevolezza dei suoi timori decide sempre di non assumere l'immaginario farmaco "mnemolitico" e si comporta non a caso come quando compie la sua scelta ponendosi ipoteticamente di fronte ai problemi reali dell'esistenza.

L'esperimento mentale cui hanno partecipato i miei pazienti, evidenziando come sarebbero disposti a cancellare la loro coscienza dell'evento temuto, dimostra che è di essa che soffrono, e non di quest'ultimo. Se per effetto del farmaco immaginario tale coscienza se ne andasse, sarebbe il problema a scomparire, e non la coscienza del problema, perché in questo caso *la coscienza è il problema*.

Si è visto come la lettura qui delineata spieghi la nascita nel paziente con DOC di uno scopo: quello della certezza assoluta che l'evento temuto non sia entrato nell'orizzonte del possibile. Per il raggiungimento di tale scopo il paziente ricorre alle compulsioni, ossia a comportamenti e azioni mentali che rappresentano il tentativo di escludere, a seconda dei casi, o che l'evento temuto si sia verificato o che esso venga ad accadere. Tale tentativo si attua generalmente attraverso quattro modalità: *empirica, mnemonica, interpersonale e magica*. Nel primo caso rientrano comportamenti ripetitivi come gli eccessivi lavaggi delle mani (per non essere "sporchi" o "contagiati"), l'accumulo di cose inutili (per la paura che possano rivelarsi poi preziose), l'ispezione fra i rifiuti (volta a rassicurarsi che qualcosa di valore non sia stato buttato via), verifiche che la porta sia veramente chiusa, che lo siano l'acqua e il gas, che sia stata spenta la luce, che non si sia inavvertitamente investito un passante, che non si sia compiuto un errore nell'esecuzione del proprio lavoro, che il corpo non manifesti i segni di una vulnerabilità al contagio o quelli di una malattia incipiente, etc. Quando la modalità è mnemonica si hanno lunghe ruminazioni, in cui ciò che è successo viene reiteratamente rivisitato nel ricordo al fine di poter finalmente stabilire se l'evento temuto si sia svolto oppure no. Allorché il tentativo di escludere la possibilità dell'evento temuto si realizza nella modalità interpersonale, il paziente chiede senza misura a un altro significativo di esaminare ciò che suscita i dubbi e di dare ad essi risposta, sperando di essere rassicurato. Infine, l'ultima modalità consiste nel ricorso massivo al *pensiero magico*, ovvero a un pensiero secondo cui si può influire sul corso delle cose attraverso vie che esulano dalla causalità naturale. Esso può manifestarsi sia sul piano comportamentale che su quello mentale, e si caratterizza per l'attuazione di rituali vari, in cui i numeri svolgono spesso un ruolo importante. Il fatto che il paziente con DOC tenti di combattere la possibilità dell'evento temuto attraverso il pensiero magico si spiega facilmente considerando da una parte l'insuccesso cui egli va incontro adottando le precedenti modalità compulsive e dall'altra l'incapacità di accettare tale inevitabile sconfitta. Preso da questa contraddizione il paziente fa allora ricorso a una sorta di "mobilitazione generale", in cui tutti devono contribuire alla lotta, anche il pensiero magico, latente in ogni essere umano.

Se è vero che il paziente persegue, senza mai raggiungerla, la certezza assoluta che l'evento temuto non sia per lui diventato una possibilità

reale, e le sue compulsioni rappresentano le strade che egli si è costruito per muoversi in tale direzione, occorre però non dimenticarsi che il predetto scopo della certezza assoluta è a sua volta funzionale a quello di poter prevenire o rompere l'assedio operato dalla coscienza di quella possibilità e che quindi le compulsioni stesse hanno la loro ragion d'essere in questo scopo superordinato. A questo riguardo va precisato che ciò vale anche quando il tentativo perseguito attraverso le compulsioni si dà secondo una versione preventiva - cioè si esplica al fine di sventare l'eventuale incontro futuro con l'evento temuto - in quanto esso in tal caso mira a evitare che si crei la situazione in cui potrebbe riapparire la dolorosa coscienza di tale evento.

Esiste un rilievo clinico, il terzo dopo quelli già espressi, che corrobora quanto ho appena esposto sul senso delle compulsioni e costituisce pertanto un'ulteriore convalida dell'ipotesi centrale qui presentata, che la predetta coscienza è all'origine dell'ansia ossessiva.

3) Le ricerche compiute sulla psicoterapia del DOC dimostrano che la "prevenzione della risposta", ovvero il progressivo contenimento delle compulsioni, eventualmente associato all'esposizione rispetto a quanto viene vissuto come una minaccia, è senz'altro una tecnica efficace, consentendo nel 75% dei pazienti un miglioramento pari al 30-50% (Roth e Fonagy, 1996). Ciò significa che in una certa misura le ossessioni si placano, suscitano meno ansia. Ora, per quale causa di natura cognitiva il ridimensionamento delle compulsioni porta con sé quello delle ossessioni? A questa domanda è ben difficile rispondere partendo dall'assunto che i pazienti si sentano minacciati sostanzialmente dall'evento temuto. Infatti, perché mai la diminuzione del sintomo ossessivo dovrebbe seguire quella di comportamenti e azioni mentali che alla luce di tale assunto non sembrano svolgere alcun ruolo nel mantenimento del sintomo stesso? Se invece concepiamo le ossessioni come orbitanti attorno alla coscienza che l'evento temuto si affacci alla propria esistenza, allora l'efficacia esercitata dalla "prevenzione della risposta" trova una sua chiara spiegazione. Essa parte dalla considerazione che fin quando i pazienti sofferenti di DOC attuano le loro compulsioni, sono portati a ritenere che i propri svariati momenti ossessivi abbiano termine grazie ad esse. Mi riferisco in particolare ai tentativi di esorcizzare la coscienza del male incombente ricorrendo al controllo su quanto è accaduto. Le compulsioni giocano per il paziente tale ruolo esplicito perché interponendosi fra l'insorgere dell'episodio ossessivo e la sua successiva

conclusione gli si presentano come responsabili di quest'ultima. L'intervento sulla componente compulsiva volta a evitare le situazioni in cui sorgerebbe la coscienza che l'evento temuto è slittato dalla possibilità virtuale a quella reale (il lavaggio coattivo delle mani, ad esempio, può presentare anche questa faccia) rientra piuttosto nella tecnica terapeutica complementare alla "prevenzione della risposta", ossia quella consistente nel promuovere l'esposizione alle sopra citate situazioni. Nel DOC l'esposizione può essere efficace non in sé e per sé, ma perché, attivando i pensieri ossessivi, mette il paziente nella condizione di poter poi attuare la "prevenzione della risposta". Se infatti si realizza l'esposizione, ma senza farla seguire dalla "prevenzione", essa risulta inefficace. In ciò il DOC si differenzia nettamente da altri Disturbi d'Ansia, che, come le Fobie Specifiche, la Fobia Sociale e il Disturbo di Panico Con Agorafobia risultano invece sensibili a una tecnica di pura esposizione (Roth e Fonagy, 1996). La cosa non ci stupisce, perché in questi disturbi i pazienti si sentono effettivamente minacciati dall'evento temuto e non dalla coscienza della sua incombente possibilità. L'esposizione, perciò, permette loro di potersi convincere che l'evento temuto non si verifica effettivamente e perciò di superare la propria ansia.

Cosa accade quando viene a mancare la risposta compulsiva? Il suo venir meno consente al paziente di realizzare almeno in parte la scoperta che i dubbi ossessivi decantano spontaneamente nel tempo, vanno incontro a "morte naturale" e non sono pertanto destinati ad accompagnare la coscienza così a lungo quanto era stato temuto e previsto, e tanto meno per l'eternità. Il paziente comincia a sapere che l'ansia legata alla coscienza della possibilità che l'evento temuto si sia affacciato nel suo mondo svanirà da sola volta per volta, inizia a riconoscere che il Tempo gli fa guadagnare l'obiettivo prima perseguito dalle proprie compulsioni. Egli allora va parallelamente acquistando uno sguardo meno ansioso verso quella stessa coscienza e con ciò stesso inizia a uscire dal DOC.

Abbiamo visto come il DOC sia caratterizzato dal bisogno di raggiungere la certezza assoluta che l'evento temuto non sia entrato nel regno delle possibilità fattuali. Questo è l'unico modo in cui il paziente può aspirare, sia pur velleitariamente, a dissolvere l'intollerabile e sempre rinascente coscienza che tale ingresso si è realizzato. Dallo studio dei miei casi ho potuto riconoscere il ruolo che il bisogno di certezza assoluta gioca anche nelle compulsioni. Quel che

voglio dire è che le procedure compulsive con cui il dubbio ossessivo è affrontato sono fatte a loro volta oggetto di un nuovo dubbio. Il paziente si domanda cioè se nel corso dei propri tentativi, comportamentali e mentali, di esclusione della possibilità nemica, abbia o no realizzato tutto quel che si dava come necessario per chiarire se essa si sia già affacciata, per sventare magicamente tale evenienza, o, ancora, per approntare tutte le precauzioni atte a evitare il suo eventuale presentarsi. Ci troviamo qui di fronte a una conseguenza necessaria della ricerca volta alla certezza assoluta: se voglio essere certo di aver appurato la realtà o meno di un evento, dovrò esserlo anche della *correttezza* con cui ho effettuato la ricerca; così come, se aspiro alla certezza assoluta di aver magicamente escluso la possibilità dell'evento temuto, non potrò non preoccuparmi di raggiungerla anche sulla correttezza dei riti e delle formule che ho applicato. Ma perché fermarsi qui? Il paziente con DOC esigerà da sé stesso la certezza assoluta che questi stessi controlli siano stati svolti in modo corretto e senza rendersene conto si porrà sulla china sdruciolevole del regresso all'infinito. Insieme all'impossibilità di raggiungere la certezza assoluta rispetto al destino degli eventi temuti, il lievitamento del dubbio sulla correttezza delle compulsioni spiega come mai esse manifestino la loro tipica tendenza reiterativa. Con ciò si assiste a un ulteriore articolazione patogenetica del DOC: *le compulsioni stesse divengono a loro volta un fattore che acuisce l'ansia prodotta nel paziente dalla coscienza delle possibilità temute*, ed esasperano così, retroattivamente, il motivo stesso della loro origine e permanenza.

La cura

Vorrei a questo punto concludere con quel che può rendere efficace la psicoterapia volta ad aiutare i pazienti con DOC. Come ho già illustrato prima, non si può non ricorrere alla "prevenzione della risposta", eventualmente combinata con l'esposizione. Analogamente a tutti i casi di prescrizioni comportamentali (ma la prescrizione può anche riguardare un'azione mentale nel caso di una compulsione) occorre sottolineare al paziente l'importanza dei compiti da seguire, coinvolgerlo nella loro progettazione e programmazione, verificare che egli si senta effettivamente capace di svolgerli e sia motivato a ciò. Il trattamento in questione va improntato a un principio di gradualità. Si tratta cioè di valutare insieme al paziente il livello di ansia ossessiva che egli esperirebbe per i vari tipi di esposizione cui è

patologicamente sensibile e di realizzare quindi una scala gerarchica da seguire iniziando con i gradini più bassi e progredendo via via a quelli successivi solo quando il livello di ansia provato a ogni gradino sia ormai divenuto tollerabile senza eccessivo sforzo.

Nella scelta dei compiti espositivi va comunque tenuto conto anche della quantità di condizionamento che gli evitamenti esercitano sulla vita quotidiana del paziente, e ciò sia per i benefici immediati che potrebbero derivargli dal trattamento, sia perché egli sarà probabilmente più motivato a impegnarsi nei compiti stessi. Più in generale va sempre tenuta presente, nella selezione di essi, la motivazione spontanea che in un certo momento il paziente manifesta, anche in modo implicito, a compierne preferibilmente certuni piuttosto che altri.

Fatta la scala, il trattamento richiederà inoltre che il paziente, esponendosi a una determinata situazione, resista contemporaneamente alla corrispondente tentazione compulsiva; per esempio, che dopo essere entrato in contatto con qualcosa di "contaminante" si trattenga poi dal ricorrere al lavaggio coattivo delle mani. Se non attuasse questa "prevenzione della risposta", come ho già spiegato in precedenza, non potrebbe verificare che la possibilità della contaminazione tende a ritornare spontaneamente dalla dimensione del reale a quella del virtuale.

Non è sempre necessario ricorrere alla tecnica dell'esposizione, perché i pazienti con DOC, nonostante l'evitamento di quanto potrebbe evocare le loro ossessioni, sono comunque ugualmente turbati da queste ultime. Essi dovrebbero evitare il mondo per mettersi al riparo dal sorgere delle proprie ossessioni. Perciò l'aspetto fondamentale dell'intervento prescrittivo è rappresentato dalla "prevenzione della risposta", che è necessaria per rendere efficace l'esposizione, mentre risulta necessaria e sufficiente quando viene attuata da sola. D'altra parte, è chiaro che con l'avanzare del processo di guarigione il paziente tende a espandere una vita precedentemente coartata proprio a causa degli evitamenti oltre che per l'invasione comunque subita da parte di un disturbo così aggressivo. Ciò lo conduce a realizzare a poco a poco, e spesso spontaneamente, nuove esposizioni, che a loro volta potranno richiedere ulteriori interventi di freno sulle compulsioni.

La procedura applicata nella "prevenzione della risposta" si ispira a quella già descritta a proposito dell'esposizione, con la differenza che in tal caso si parte stimando il livello di ansia prevedibilmente provato non mettendo in atto le varie compulsioni e si procede sia dando la precedenza alle compulsioni correlate con le ossessioni meno ansiogene, sia

graduando l'interruzione di ogni specifica compulsione.

Come è stato dimostrato dalla ricerca sulla psicoterapia, però, l'intervento descritto, se applicato da solo, esclude comunque dal miglioramento una percentuale minoritaria ma non trascurabile di pazienti, mentre consente di ottenere con coloro che vi rispondono positivamente una remissione purtroppo parziale e non completa dei sintomi. In parte ciò dipende anche dal fatto che i compiti di cui abbiamo parlato non vengono generalmente svolti fino al loro limite, cioè l'assenza completa di evitamenti e di compulsioni.

Tale considerazione mi spinge a esporre una tecnica cognitiva che ho adottato da qualche anno e che mi ha consentito di spingere più avanti il processo di guarigione nei casi di DOC. Va anzitutto promossa nel paziente la presa di coscienza che egli sta lottando non contro l'evento temuto ma piuttosto contro la coscienza che esso sia apparso o possa apparire sull'orizzonte delle possibilità che appartengono alla sua vita. A tal fine si è rivelata utile la discussione con lui dei tre argomenti qui esposti a conforto di tale tesi. In particolare, risulta efficace la proposta dell'esperimento mentale fondato sull'assunzione dell'immaginario farmaco "mnemolitico". Quando la presa di coscienza è avvenuta, si delinea con piena chiarezza agli occhi del paziente (perché appare la sua funzione) lo scopo patogeno della certezza assoluta che l'evento temuto rimanga al di fuori del suo mondo personale di possibilità. Si tratta allora di evocare nel paziente un nuovo punto di vista su tale scopo. Ciò può essere anzitutto molto utile proprio per aiutarlo a sviluppare una potente motivazione di fondo verso il progressivo ridimensionamento delle compulsioni. Cosa fare? Si può in generale trarre ispirazione dai vari argomenti contro la certezza assoluta che sono stati elaborati in ambito filosofico, primariamente dall'orientamento scettico (si veda a questo riguardo il bel testo filosofico di Alan Musgrave, 1993). In particolare, come ho già accennato in passato (Lalla, 1996), è bene non tralasciare di porre in evidenza al paziente il *regresso all'infinito* in cui, come in un gorgo, viene inevitabilmente risucchiata la sua ricerca della certezza assoluta. Gli va spiegato che la sua prassi compulsiva, incapace di giungere mai veramente a tale certezza, rispecchia una necessità teorica. Infatti, ogni prova che egli si dà nella sua vana ricerca può a sua volta essere oggetto di dubbio e va pertanto giustificata; ugualmente la prova della prova, e così via all'infinito. La catena delle prove sarà perciò destinata a poggiare su assunzioni non giustificate, sì che anche la prima delle prove cercate, e quindi la credenza che essa tentava di giustificare, risulterà inevitabilmente non provata e perciò incerta. Al

paziente va dunque argomentato che noi umani, per la condizione che intrinsecamente ci appartiene, siamo esclusi dalla certezza assoluta, e che quando di tale condizione forziamo i limiti gli dei ci puniscono con una severità commisurata alla nostra hybris. Infatti, quando l'hybris è di stampo ossessivo e si esige pertanto la certezza assoluta, quel che si ottiene è non solo un doloroso e misero fallimento, ma, paradossalmente, l'esatto contrario di quanto si cercava: si sprofonda nell'assoluta incertezza. Dunque occorre rinunciare a uno scopo così velleitario e dannoso, accettare che in quanto uomini possiamo aspirare unicamente a una conoscenza congetturale, in cui si può nella migliore delle ipotesi essere giustificati nel credere a una proposizione ma non si può giustificare la proposizione stessa (Popper, 1972), non si può dirsiene apoditticamente sicuri. Questo tipo di intervento, come ho precedentemente affermato, può far acquisire al paziente la carica motivazionale necessaria per abbandonare con la maggior determinazione possibile l'attuazione delle sue compulsioni. In questo caso, quindi, un intervento eminentemente cognitivo si traduce in un rilevante potenziamento di una tecnica prescrittiva di stampo "comportamentale".

Ma la confutazione logica della certezza assoluta, nella misura in cui risulta convincente, permette al paziente anche di accettare come una necessità la coscienza che l'evento temuto appartenga alla sfera delle possibilità che riguardano la sua esistenza. Se la certezza assoluta è impossibile, allora non c'è più alcuna speranza di liberarsi da quella coscienza e non resta, come s'è detto, che accettarla. È opportuno a questo punto, per capire fino in fondo l'importanza della strategia terapeutica volta a far affermare nel paziente il nuovo punto di vista, aggiungere che quando si conquista tale obiettivo si pone la condizione affinché egli non solo accetti la coscienza cui prima aveva dichiarato guerra totale, ma lo faccia anche con serenità. Infatti, *era stata proprio la convinzione che fosse realizzabile l'annichilimento della coscienza indesiderata che l'aveva trasformata in coscienza intollerabile*. Se è l'apparire di uno stato di cose desiderabile e al tempo stesso possibile che getta la luce dell'insopportabilità sullo stato di cose reale (Sartre, 1943), allora è chiaro che il progressivo venir meno della predetta convinzione non può non comportare il superamento del vissuto ossessivo di intollerabilità per la coscienza che intenziona l'evento temuto come minaccia devirtualizzata. Diventa così possibile per il paziente rinunciare allo scopo della tranquillità perfetta e accettare che il cielo della sua esistenza non sia totalmente sereno, ma presenti qui e là delle nubi, che talvolta

possono anche addensarsi, ma che, come ha potuto scoprire attraverso l'abbandono delle sue compulsioni, vanno, prima di quanto non credesse, spontaneamente via.

Bibliografia

- ARCURI L (1989) *Conoscenza sociale e processi psicologici* Il Mulino Bologna
- BAXTER LR SCHWARTZ JM BERGMAN KS & AL (1992) *Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder* "Archives of General Psychiatry" 49 681-689
- BENKELFAT C NORDAHL TE SEMPLE WE KING C MURPHY DL & COHEN RM (1990) *Local cerebral glucose metabolic rates in obsessive-compulsive disorder: patients treated with clomipramine* "Archives of General Psychiatry" 47 840-848
- KARNO M GOLDING JM SORENSON SB & BURNHAM MA (1988) *The epidemiology of OCD in five US communities* "Archives of General Psychiatry" 45 1094-1099
- KARNO M & GOLDING JM (1991) *Obsessive-compulsive ~ disorder* in ROBINS LN & REIGER DA (Eds) *Psychiatric disorders in America: The epidemiological catchment area study* New York: Free Press
- LALLA C (1996) *Verso una sintesi fra cognitivismo e psicoanalisi* FrancoAngeli Milano
- MCGUIRE PK BENCH CJ FRITH CD MARKS IM FRACKOWIAK RS & DOLAN RJ (1994) *Functional anatomy of obsessive-compulsive phenomena* "British Journal of Psychiatry" 164 459-468
- MUSGRAVE A (1993) *Senso comune, scienza e scetticismo* Raffaello Cortina Milano 1995
- PIATTELLI PALMARINI M (1993) *L'illusione di sapere*, Mondadori Milano
- POPPER KR (1972) *Conoscenza oggettiva* Armando Roma 1975
- RAUCH SL JENIKE MA ALPERT NM & AL (1994) *Regional cerebral blood flow measured during symptoms in obsessive-compulsive disorder using oxygen 15-labeled carbon dioxide and positron emission tomography* "Archives of General Psychiatry" 5162-70
- ROTH A & FONAGY P (1996) *Psicoterapie e prove d'efficacia* Il Pensiero Scientifico Editore Roma 1997
- SARTRE JP (1943) *L'essere e il nulla* li Saggiatore Milano 1972