

DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO, UNA PROPOSTA DI INTEGRAZIONE
DELL'INQUADRAMENTO COGNITIVO COMPORTAMENTALE CON LA SCHEMA
THERAPY

PARTE II: LA SPECIFICITÀ DELL'APPLICAZIONE DELLE PRINCIPALI
TECNICHE ALLA LUCE DI UN'ESEMPLIFICAZIONE CLINICA

Olga Ines Luppino¹, Barbara Basile¹, Francesco Mancini^{1,2}, Katia Tenore¹

¹ Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Viale Castro Pretorio 116, 00185, Roma, Italia

² Università degli Studi "G. Marconi", Roma, Italia

Corrispondenza

Olga Ines Luppino, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Viale Castro Pretorio 116, 00185, Roma
Tel.: +39 3286240008
E-mail: luppino@apc.it

Riassunto

Il presente lavoro costituisce la seconda parte di un corpus di due articoli, tesi a proporre un primo e più strutturato lavoro di traduzione del modello di funzionamento del Disturbo Ossessivo Compulsivo come spiegato dalla Terapia Cognitivo Comportamentale Standard (CBT), nella cornice proposta da Mancini, nel linguaggio della Schema Therapy, nei termini del lavoro con i Mode. Nel primo dei due lavori si è proceduto ad illustrare nella sua dinamica il processo di funzionamento del disturbo ed è stata suggerita una proposta di rationale terapeutico rispetto al lavoro con i singoli Mode coinvolti nell'esperienza ossessiva. Nel presente lavoro, verrà illustrata un'esemplificazione clinica, che troverà rappresentazione grafica mediante traduzione nei termini della Schema Therapy del modello di funzionamento del Doc proposto dalla Cbt standard. Si presenteranno inoltre le principali tecniche di intervento utilizzate dalla Cbt, come riadattate dagli autori in ottica Schema Therapy.

Parole chiave: disturbo ossessivo compulsivo, schema therapy, mode, terapia cognitivo comportamentale, esposizione con prevenzione della risposta

OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER, AN INTEGRATION'S PROPOSAL OF
COGNITIVE BEHAVIORAL FRAMEWORK AND SCHEMA THERAPY
PART II: THE APPLICATION OF THE MAIN TECHNIQUES IN THE LIGHT OF A
CLINICAL EXEMPLIFICATION

Abstract

The present work is the second of a corpus of two papers, aimed at proposing an original and more structured translation of the Standard Cognitive Behavioral Therapy (CBT) model of the Obsessive Compulsive

DOI: 10.36131/COGNCL20200104

SOTTOMESSO MAGGIO 2020, ACCETTATO LUGLIO 2020

Disorder (OCD), in the framework proposed by Mancini, into the language of Schema Therapy, in terms of Mode work. In the first of the two works, we illustrated OCD dynamics, the process of functioning of OCD and we suggested a proposal for the therapeutic rationale for the Mode work, characterizing the obsessive experience.

In this work, a clinical example will be proposed also through a graphic representation of the translation of the CBT model of OCD into the Schema Therapy language. The main techniques of of CBT, adapted by the authors to the Schema Therapy framework will be presented.

Key words: obsessive compulsive disorder, schema therapy, modes, cognitive behavioural therapy, exposure with response prevention

Introduzione

Come precedentemente accennato, arricchire il framework concettuale offerto dal modello CBT standard per la comprensione del DOC, con una lettura in termini di Mode, tipica della Schema Therapy, nasce dal proposito degli autori di favorire sia la comprensione dei fattori di vulnerabilità storica alla base dell'etiologia del disturbo, che dei meccanismi ricorsivi che mantengono ed aggravano il disturbo stesso.

Comprendere la qualità e l'origine delle credenze maladattive del paziente, passaggio certamente favorito dalla cornice teorica della Schema Therapy, può rappresentare per il terapeuta un ulteriore bagaglio di informazioni utili ad una pianificazione più accurata del progetto di intervento. Una concettualizzazione in termini di Mode inoltre, permettendo una rappresentazione dinamica del funzionamento che punta la lente sugli stati affettivi nel qui ed ora della singola esperienza vissuta dal paziente, permette di meglio cogliere gli shift rapidi tra stati mentali favorendone una messa in dialogo.

Una proposta di questo tipo, può risultare particolarmente utile, per quei casi di DOC severo o cronico in cui il quadro è complicato da tratti in comorbilità o da disturbi di personalità o laddove sia presente una storia traumatica.

Nel precedente lavoro è stato proposto il rationale dell'intervento conseguente ad una concettualizzazione del DOC che metta insieme la formulazione della CBT standard, come presentata da Mancini (2016) e una sua traduzione in chiave ST, e più precisamente secondo il modello dei Mode, a partire dai primi tentativi fatti in tale direzione da Basile e colleghi (2017). Sono stati inoltre presentati i diversi obiettivi strategici per ogni singolo Mode caratteristico dell'esperienza del paziente ossessivo, tesi a convogliare nel più generale obiettivo terapeutico dell'accettazione del rischio di essere colpevole o di entrare in contatto con sostanze disgustose. Il presente lavoro si propone di meglio chiarire l'inquadramento teorico in questione attraverso un'esemplificazione clinica. Il funzionamento del paziente verrà sintetizzato, nella sua dinamica di processo, mediante rappresentazione grafica; più nel dettaglio lo schema del profilo interno proposto da Mancini (2016) verrà tradotto graficamente nel modello dei Mode (Tenore et al., 2018).

Con il fine di fornire qualche esempio di integrazione tra la prospettiva di intervento offerta dalla Cbt standard e quella della Schema Therapy, che trova la sua punta di diamante nell'utilizzo delle tecniche esperenziali, si è proceduto a illustrare la specificità dell'applicazione della tecnica di Imagery with Rescripting con il paziente ossessivo, chiarendo nei suoi passaggi principali gli aspetti centrali del processo di Limited Reparenting. La tecnica dell'Esposizione con Prevenzione della Risposta (E/RP), intervento Cbt di maggiore efficacia empirica per il trattamento del Doc

(Abramowitz et al., 2009), sarà infine presentata nella nostra proposta di integrazione con il lavoro di Imagery. I principali passaggi del processo di intervento verranno illustrati mediante stralci di colloquio.

Il caso di Lorenzo

Lorenzo ha 30 anni e fa il medico.

Chiede l'aiuto dell'ennesimo terapeuta dopo un peregrinare lungo numerosi anni durante i quali figure disparate, il neurologo, lo psichiatra nonché precedenti terapeuti gli hanno diagnosticato con estrema fermezza un Disturbo Ossessivo Compulsivo di grado severo.

Ha un atteggiamento poco aperto che non dispone piacevolmente nei suoi confronti. È spaventato e cerca sin dalle prime battute conferma, nelle parole del terapeuta, che la sua condizione non sia, così come ripetutamente gli sembra di cogliere dalle letture notturne in rete, l'espressione di un disagio di una persona omosessuale che soffre di una omofobia interiorizzata. Lorenzo teme infatti di poter essere gay e ha paura che l'ansia intensa che si associa a questo timore non sia altro che il frutto di un'inconscia inaccettabilità del suo vero orientamento sessuale. Il suo eloquio è piuttosto concitato, in seduta si mostra estremamente agitato anche dal punto di vista motorio, al punto che il terapeuta ha l'impressione di avere difficoltà a contenere tanta emotività. Ci sono momenti però in cui invece Lorenzo sembra raccontare la storia di qualcun altro, momenti in cui si distacca totalmente dal contenuto emotivo di quanto riferisce, specie quando nel dettaglio illustra tutte le informazioni tratte, durante le sue ricerche quotidiane, dagli articoli scientifici inerenti il Doc, di cui dice con un piglio intellettuale e razionalizzante.

La sintomatologia che Lorenzo descrive lo vede intrappolato in numerosi circoli viziosi che da tempo ormai non gli lasciano scampo, inficiando in modo pervasivo la sua quotidianità e riducendo drasticamente la qualità della sua vita e le sue potenzialità dal punto di vista relazionale. Tutte le volte in cui si imbatte in un uomo accorgendosi di starlo valutando come fisicamente attraente, Lorenzo, nel timore che quanto gli stia accadendo sia indice di un suo interesse di natura sessuale, mette in atto una lunga serie di controlli, volti a scongiurare con assoluta certezza l'ipotesi temuta. I controlli prevedono un dettagliato e attento scan dei singoli distretti corporei, per verificare la presenza di segni riconducibili all'eccitazione sessuale. L'intero processo, che va ripetuto dall'inizio alla fine per 3 volte, va eseguito con estrema perizia e presenza a sé stessi, evitando ogni minima distrazione che faciliti l'errore o la sottovalutazione di indici importanti e che possibilmente garantisca l'assenza dalla mente di pensieri, immagini, fantasie inerenti l'omosessualità.

L'ansia che Lorenzo sperimenta è molto intensa tanto da fargli temere di non riuscire a controllarla. Lo scenario che gli arriva alla mente, qualora non escludesse con assoluta certezza la possibilità di essere omosessuale, lo vede vittima della delusione dei suoi familiari, in particolare del padre, persona descritta come *"tombeur des femmes"*, che lo ha sempre spinto ad essere virile e maschio *"come si deve"*. In alcuni momenti Lorenzo fantastica di confessare ai suoi genitori la sua omosessualità e da questa fantasia trae sollievo. È rapido però in queste occasioni il passaggio ad una rabbia molto intensa: *"Non è giusto che io mi debba preoccupare di essere come mio padre! Lo so io quanto ha fatto soffrire mia madre, con tutti quei tradimenti e i debiti contratti giocando a poker!"*.

Difficilmente attraverso i controlli Lorenzo si riesce a tranquillizzare, poiché l'attivazione ansiosa è facilmente confusa con quella sessuale ragion per cui non c'è controllo sul corpo che non gli faccia percepire un segno interpretabile come desiderio, facendolo sprofondare in uno

stato di intensa prostrazione.

Indipendentemente dal fatto che giunga o meno ad una neutralizzazione della minaccia, l'arrivo dei pensieri ossessivi è accompagnato da un dialogo interno che si caratterizza per un'aspra critica: *“Gli uomini normali non fanno questi pensieri, non sentono desideri per altri uomini e di certo non si eccitano come faccio io! Perché provo un'ansia così esagerata? Sono come un bambino piccolo, spaventato e insicuro. Alla mia età dovrei pensare ad altro!”*.

Nonostante gli ostacoli che il disturbo gli mette sulla strada la vita sessuale di Lorenzo è piuttosto attiva: ha rapporti saltuari con ragazze della sua età, con le quali non riesce però a stabilire un legame di vera intimità. Si preoccupa molto di come un uomo vero “dovrebbe apparire, di come dovrebbe porsi” e teme “di essere un grande bluff e che prima o poi tutti si accorgeranno dell'inganno”. Naturalmente le diverse esperienze con l'altro sesso non hanno la forza di contrastare i timori ossessivi, diventando piuttosto ennesima riprova di come in lui ci sia qualcosa di sbagliato, forse di perverso, certamente di anormale e di cui si sente profondamente in colpa. Lorenzo non riesce a dare parole a tale sensazione, né tantomeno risale a episodi o a scenari ad essa correlate.

Accanto alla sintomatologia sin qui descritta si rintraccia una forte introversione sociale, retta dall'evitamento di tutte quelle situazioni che possano attivare i timori ossessivi. Da diverso tempo oramai al fine di “stare più tranquillo” Lorenzo ha smesso di frequentare locali e ha interrotto l'abbonamento in palestra, per via del disagio a cui dovrebbe esporsi nello spogliatoio. Intuibili le ricadute di tali condotte sul profilo dell'umore, ciclicamente deflesso per via di un confronto con gli altri trentenni al cui cospetto Lorenzo si sente “malato, diverso, perdente”.

Al fine di meglio illustrare la dinamica di processo caratterizzante il funzionamento di Lorenzo e con l'idea di mettere in luce i circoli viziosi che reggono la sintomatologia favorendone il mantenimento, riportiamo di seguito la concettualizzazione come da rappresentazione del profilo interno del disturbo secondo il modello a 5 punti proposto da Mancini all'interno della cornice della Cbt standard (Mancini, 2016).

Tabella 1. *Il modello a 5 punti proposto da Mancini (2016)*

	Evento Vedo la foto di un attore su Instagram	
	Prima valutazione <i>“Perché l'ho guardato così intensamente? Ma ho osservato le sue parti intime? Forse mi piace allora! E se questo significasse che sono omosessuale? Che schifo! Sarebbe terribile, Chissà cosa direbbe mio padre! Sarei una delusione per lui e per mia mamma che vorrebbe tanto un nipotino! Devo occuparmene e capire... Non posso permettermi di trascurare questa possibilità...Sarei un bluff...”</i>	
	ANSIA – TIMORE DI COLPA	

Tabella 1. Continua

	Tentativo di soluzione 1 Test all'esposizione ad immagini di uomini, richieste di rassicurazione, scan corporei ripetuti	
	Seconda valutazione <i>“Mi sto rovinando la vita... sto perdendo l'entusiasmo...Non riesco più a fare le cose spontaneamente e con piacere...Non esco più e mi sto deprimendo. Non dovrei abbandonarmi a queste sciocchezze, o almeno dovrei farmele passare subito!”</i>	
	RABBIA – SDC – TRISTEZZA	
	Tentativo di soluzione 2 Tentativi di liberare la mente sottoponendosi ad un ulteriore test nella speranza che sia risolutivo, evitamento delle situazioni innescenti i dubbi ossessivi	

Come evidente nella prima parte il processo ha innescato da un evento critico, che può essere percepito o ricordato da Lorenzo, e che riguarda l'aver osservato un uomo con interesse. A questo evento fa seguito l'interpretazione e la valutazione che Lorenzo fa dell'evento, che solitamente ha la forma del dubbio rispetto alla possibilità di aver provato piacere, eccitazione e di poter dunque essere omosessuale; dal dubbio si dipana una narrazione, a volte accompagnata da immagini, che anticipa l'accadimento di una serie di conseguenze e che abitualmente termina nel peggiore dei modi immaginabili. Ecco allora che Lorenzo, nel tentativo disperato di evitare a tutti i costi e con assoluta certezza la possibilità temuta, mette in atto diversi tentativi di soluzione volti a permettergli di controllare quanto gli accade e scongiurare il peggio. Sebbene in un primo momento le soluzioni in questione appaiano ai suoi occhi necessarie, utili, assolutamente da portare avanti, balza agli occhi come immediatamente dopo la valutazione che ne consegue sia di critica alla prima valutazione e ai tentativi di soluzione conseguenti. Lorenzo percepisce l'infondatezza della valutazione iniziale e dei comportamenti che ne derivano, sente quanto costoso sia il disturbo e quanto impatti sulla sua quotidianità, si ripropone di smetterla definitivamente o almeno di dare vita ad una verifica che non lasci dubbi una volta per tutte. Ecco allora che nella quinta parte dello schema troviamo il tentativo, della serie “più di prima”, di contenere i costi del disturbo portando all'estremo i tentativi di soluzione, in un'operazione di verifica ultima e definitiva che possa fugare ogni possibile dubbio. Chiara l'inefficacia di tale soluzione che risulta naturalmente controproducente dando vita a ulteriori elementi di innesco che mettono in moto l'intero processo sin da principio.

Riportiamo ora di seguito una rappresentazione del funzionamento degli episodi ossessivi di Lorenzo che, a partire dal modello appena presentato si arricchisca della traduzione nei termini dei Modes secondo il linguaggio della Schema Therapy e alla luce del rationale proposto da tale cornice teorica (Young et al., 2013), già ripreso da Tenore (Tenore et al., 2018)

Tabella 2. *Una traduzione del modello CBT in chiave Schema Therapy*

Mode Genitoriali e Mode bambino	Evento Vedo la foto di un attore su Instagram.	Mode di Coping
Genitore Richiedente, Colpevolizzante e Punitivo	<p align="center">Prima valutazione</p> <p><i>“Perché l’ho guardato così intensamente? Ma ho osservato le sue parti intime? Forse mi piace allora! E se questo significasse che sono omosessuale? Che schifo! Sarebbe terribile, Chissà cosa direbbe mio padre! Sarei una delusione per lui e per mia mamma che vorrebbe tanto un nipotino! Devo occuparmene e capire... Non posso permettermi di trascurare questa possibilità... Sarei un bluff...”</i></p>	
Mode Bambino Spaventato e Colpevolizzato	ANSIA – TIMORE DI COLPA	
	<p align="center">Tentativo di soluzione 1</p> <p>Test all’esposizione ad immagini di uomini, richieste di rassicurazione, scan corporei ripetuti</p>	Perfezionista Ipercontrollante
Genitore Richiedente e Punitivo	<p align="center">Seconda valutazione</p> <p><i>“Mi sto rovinando la vita... sto perdendo l’entusiasmo... Non riesco più a fare le cose spontaneamente e con piacere... Non esco più e mi sto deprimendo. Non dovrei abbandonarmi a queste sciocchezze, o almeno dovrei farcele passare subito!”</i></p>	

Tabella 2. Continua

Mode Bambino Arrabbiato	Mode Bambino Spaventato e Colpevolizzato	RABBIA – SDC – TRISTEZZA	
		Tentativo di soluzione 2 Tentativi di liberare la mente sottoponendosi ad un ulteriore test nella speranza che sia risolutivo, evitamento delle situazioni innescanti i dubbi ossessivi	Perfezionista Ipercontrollante Mode Protettore Distaccato

Come già illustrato nel lavoro precedente la dinamica ossessiva si avvia a partire dal Mode Genitore Esigente e Punitivo, rappresentativo degli aspetti di vulnerabilità storica legati al parenting di cui Lorenzo ha fatto esperienza. Tale Mode rappresenta la pressione sperimentata dal bambino nel soddisfare le aspettative esigenti delle figure di accudimento e la punizione attesa in caso di trasgressione o fallimento delle stesse, relativa alla minaccia di rottura della relazione.

In un primo momento si può notare l'ansia dell'errore, il timore di colpa (Mode Bambino Vulnerabile Colpevolizzato e Timoroso) e poi la rabbia (Mode Bambino Arrabbiato), sperimentata quando il paziente si confronta con i costi del disturbo, inaccettabili secondo gli standard del Mode Genitore che se da una parte spinge il paziente a mettere in atto le compulsioni per evitare la colpa, dall'altra lo muove a liberarsi dei costi del disturbo. Oppresso dal conflitto e per proteggersi dalla frustrazione dei propri bisogni Lorenzo si rifugia in strategie di gestione disfunzionali precocemente apprese. Per prevenire la minaccia di errori diventa controllante e perfezionista (Mode Perfezionista Ipercontrollante), atteggiamento che lo fa sentire "in controllo" controbilanciando l'inadeguatezza; alternativamente a tratti si rifugia in un Mode Protettore Distaccato che lo aiuta a "non sentire" il malessere razionalizzando.

Due tra le principali tecniche di intervento in una proposta di integrazione: l'Imagery with Rescripting

Alla luce del rationale di intervento sin qui descritto, in particolare nella parte 1 di questo lavoro, ci proponiamo di fornire qualche esempio di applicazione della tecnica esperienziale dell'Imagery with Rescripting, calibrata nella sua declinazione sulle specificità del Doc e integrata ad un lavoro di stampo comportamentale condotto mediante Esposizione con Prevenzione della Risposta.

La Schema Therapy si avvale di quattro grandi tipologie di tecniche per affrontare i sintomi o

le difficoltà sperimentate dal paziente. Accanto alle tecniche cognitive, quelle comportamentali e quelle relazionali, le tecniche esperienziali (Imagery, Role playing, Chair work) rappresentano un potente strumento di cambiamento, capace di riscrivere l'esperienza emotiva del paziente garantendo risposta ai bisogni nucleari che nei suoi primi anni di vita sono rimasti frustrati.

Rispetto alla specificità del paziente ossessivo, l'applicazione efficace della tecnica di Imagery with Rescripting, la cui efficacia trasversale a diversi quadri diagnostici è ampiamente dimostrata (Morina, 2017), è osservabile alla luce dei dati di diversi studi di esito (Veale et al., 2015; Tenore et al. submitted) come dai report dei pazienti con i quali ci si confronta quotidianamente.

Di seguito ci si concentrerà sulla descrizione di un intervento mediante tecnica immaginativa teso alla modulazione della vulnerabilità al timore di colpa o di contaminazione, che abbiamo visto essere centrali per il paziente ossessivo. L'impiego dell'Imagery with Rescripting avrà come bersaglio quelle esperienze che hanno influenzato lo sviluppo degli Schemi Maladattivi Precoci, tipicamente riscontrabili in questi pazienti (Deprivazione Emotiva, Punizione, Standard Severi, Inadeguatezza/Vergogna, Inibizione Emotiva, Esclusione Sociale), quali episodi subiti o assistiti di critica aspra, rimprovero, colpevolizzazione, biasimo, punizione. Ferma restando la qualità delle esperienze precoci, oggetto dell'intervento terapeutico, la tecnica può essere classicamente avviata a partire da due differenti tipologie di scenari:

- Episodi di severe colpevolizzazioni raccolti nella storia di vita del paziente;
- Eventi di colpa recenti.

Episodi di severe colpevolizzazioni raccolti nella storia di vita del paziente

Rispetto alla prima possibilità va messo in luce come sia di fondamentale importanza per il lavoro che vogliamo proporre che durante la fase di ricostruzione della storia di vita, paziente e terapeuta stabiliscano dei nessi tra quanto avvenuto in passato e i problemi o i sintomi attualmente sofferti e riferiti dal paziente. Attraverso una ricostruzione approfondita delle esperienze relazionali precoci all'interno delle quali il paziente si è venuto a trovare da bambino, il terapeuta ha modo di cogliere il clima generale, l'atmosfera in cui il paziente è cresciuto, la coloritura emotiva delle specifiche esperienze relazionali che hanno contribuito alla formazione dei suoi schemi maladattivi. Queste stesse esperienze gettano luce, in una prospettiva storica, sulla cornice relazionale che ha favorito lo strutturarsi di credenze circa l'intollerabilità della colpa e la scelta, o per meglio dire l'obbligo, di perseguire lo scopo di non essere colpevole.

Episodi specifici o prototipici individuati, possono costituire il target dell'intervento di Imagery with Rescripting.

Eventi di colpa recenti

Per mostrare il nesso tra la particolare sensibilità alla colpa attuale e le passate esperienze di colpevolizzazione, il lavoro di Imagery with Rescripting può essere impostato a partire da un episodio recente, inerente il timore di colpa, di cui il paziente riferisce o che si verifica nel qui ed ora della seduta. Dopo aver portato il paziente in immaginazione e avergli fatto ripercorrere l'episodio in questione, lo si ancora alle sensazioni fisiche che prova e che accompagnano i vissuti emotivi caratterizzanti l'esperienza; utilizzando la tecnica del *float back* (Browning, 1999), che consiste proprio nel mettere in relazione eventi passati e presenti che condividono lo stesso sapore emotivo, gli si chiede di farsi guidare dall'emozione perché, come un ponte, lo porti indietro nel tempo sino a far affiorare alla sua mente l'immagine di sé da bambino, in un momento in cui ha sperimentato la stessa emozione.

Il ricordo che giungerà agli occhi della mente del paziente costituirà il target dell'intervento di Rescripting.

La tecnica come fin qui descritta nei suoi principali passaggi, rappresenta la modalità di conduzione standard, il cui fine, come già anticipato, consiste nel dare risposta funzionale mediante un intervento di reparenting parziale, ai bisogni di base del paziente che non hanno trovato soddisfazione all'interno delle sue prime relazioni di accudimento.

In termini di contenuto e direzione degli interventi di rescripting, alcuni accorgimenti possono rendere l'applicazione della tecnica più specificamente tagliata sulle necessità del paziente ossessivo.

Il terapeuta infatti favorirà la soddisfazione dei bisogni emotivi del paziente da piccolo ingiustamente e severamente colpevolizzato, orientando ogni singolo movimento alla modulazione dell'emozione di colpa, alla legittimazione dell'errore, alla protezione dalle richieste esigenti, dalle invalidazioni, dalle punizioni del Mode Genitore Esigente, Critico, Punitivo.

Nella sua globalità l'intervento è orientato all'accettazione del rischio di colpa e alla normalizzazione dell'errore, inteso come possibile e normale esperienza umana. Il terapeuta, entrando direttamente nell'immagine per prendersi cura in prima persona dei bisogni del Mode Bambino o suggerendo interventi volti in questa direzione al paziente stesso nel suo Mode Adulto Sano, scelta consigliata questa seconda in una fase più avanzata della terapia, richiama alla benevolenza e alla flessibilità il Mode Genitore, legittima l'errore, normalizza le conseguenze relazionali che il paziente nel Mode Bambino Colpevolizzato, teme.

A fini esemplificativi può risultare utile a nostro avviso riportare di seguito qualche stralcio del lavoro di Imagery with Rescripting fatto con Lorenzo su uno dei tanti episodi trattati.

A partire da un episodio attuale riferito in seduta, attraverso il *float back* il paziente richiama alla mente una scena di sé a 7 anni, in un momento in cui, in presenza del padre e di un suo collega, ha espresso un apprezzamento su un cantante. Ricorda vividamente la faccia del padre imbarazzato che, secondo quanto riferisce al netto delle sue valutazioni, per scongiurare una brutta figura agli occhi del collega prova a dissimulare la manifestazione di interesse ed entusiasmo del figlio. Una volta tornati a casa, Lorenzo ricorda una lunga "lavata di testa" da parte del padre per quanto accaduto e la rottura per giorni della relazione accompagnata ad un'espressione di muso, che la letteratura ci mostra essere spesso utilizzata dai genitori dei futuri pazienti ossessivi (Tenore, 2016).

In seduta, dopo aver individuato il ricordo, Lorenzo viene accompagnato a ripercorrere la scena al tempo presente ed in prima persona con gli occhi del bambino di allora (Piccolo Lorenzo Colpevolizzato); il terapeuta porta il Mode Adulto Sano all'interno della scena e lo mette in dialogo con il Mode Bambino al fine di far emergere i bisogni frustrati e creare una connessione emotiva che muova l'adulto di oggi a prendersi cura del bambino di ieri.

Tp: "Voglio parlare a Lorenzo adulto...riesce a vedere il piccolo Lorenzo?"

Pz: "Sì...è davanti a me"

Tp: "Lo guardi negli occhi...secondo lei cosa prova in questo momento...ora che papà gli ha appena fatto questa terribile e ingiusta 'lavata di testa'?"

Pz: "Sì sente confuso...non capisce cosa è andato storto...sa che qualcosa probabilmente è andato male di quello che ha detto o che ha fatto ma non sa bene cosa...forse c'è in lui qualcosa che non va...si sente sbagliato"

- Tp:** *“Il piccolo Lorenzo ha ragione...papà è sempre molto rigido e severo con lui e spesso lo rimprovera senza fargli capire la ragione...e questo lo lascia confuso e non gli permette di prevedere le reazioni di papà. Il piccolo Lorenzo poi si sente sbagliato...com'è per lei sapere che si sente così?”*
- Pz:** *“Mi fa soffrire molto...non lo vorrei...”*
- Tp:** *“Può provare a chiedergli di cosa avrebbe bisogno per non sentirsi più così?”*
- Pz:** *“Gliel'ho chiesto...vorrebbe che qualcuno lo rassicurasse in tal senso, gli dicesse che lui va bene...che non ha niente che non va...e che se anche avesse sbagliato qualcosa non è poi così grave”*
- Tp:** *“Bene...mi sembra importante quello che il piccolo Lorenzo sta chiedendo...tutti i bambini hanno diritto a sentire che vanno bene e a percepirsi in diritto di commettere un errore. C'è qualcos'altro che ha bisogno oltre a questo o lei, Lorenzo adulto, ritiene sia opportuno dire o fare qualcosa in aggiunta a questo per aiutare il piccolo Lorenzo?”*
- Pz:** *“Vorrei parlare con papà...lui non lo può sempre trattare come gli pare...lui dovrebbe essere un genitore migliore per Lorenzo”*
- Tp:** *“Sì...questo mi sembra un aspetto molto importante a sua volta...se la sente di dare al piccolo Lorenzo quello che le ha chiesto e di parlare poi con papà per richiamarlo alle sue responsabilità?”*
- Pz:** *“Sì...ma non so se riesco a farmi rispettare da papà...”*
- Tp:** *“Non si preoccupi Lorenzo, io sono qui con lei e insieme certamente riusciremo a fare in modo che il piccolo Lorenzo, a cui noi teniamo tanto, non sia più esposto a questo genere di situazioni...cominci a dire e fare quanto reputa opportuno e io la sosterrò e le darò una mano passo passo per tenere testa a papà”*

Lorenzo adulto, guidato dal terapeuta, confronta il padre sulle regole e la severità che vigono in casa, sul modo poco funzionale che ha di dare al figlio delle regole e di spiegare le ragioni dei suoi rimproveri più o meno giusti, mettendo in luce quanto doloroso sia infine per un bambino dell'età del piccolo Lorenzo percepire il muso con cui lo punisce, che lo mette nel timore che papà non gli voglia più bene e che il loro rapporto si rompa. Dal momento che il padre non si mostra in alcun modo disponibile al dialogo e pronto a mettersi in gioco per il cambiamento, il terapeuta prende la scena

- Tp:** *“Anche io voglio dire qualcosa...e voglio dirle che sono davvero colpita dalla difficoltà che lei fa a prendere consapevolezza di quanto Lorenzo adulto le sta dicendo. È davvero complicato per lei mettersi in gioco nella direzione del cambiamento perché il piccolo Lorenzo possa vivere meglio dentro questa casa e possa sentirsi apprezzato dal suo papà da cui tenta da anni di avere il riconoscimento che merita. Sa, io so da quale storia viene, e so come lei abbia sperimentato a sua volta solo critiche, invalidazioni, punizioni da parte dei suoi genitori...questo mi rende certa di come lei non sappia fare di meglio e di come questo modo di parlare a suo figlio le appaia la via migliore per garantirgli un'educazione. Io però non posso e non voglio permettere che il piccolo Lorenzo viva questo genere di situazioni...perché se lei continua a farlo sentire così, Lorenzo diventerà un adulto pieno di timori, spaventato di ogni possibilità di errore, preoccupato di non andare mai abbastanza bene, timoroso di danni gravi e di punizioni e io non lo voglio per lui”.*

In immaginazione dunque il terapeuta vicaria il Mode Adulto Sano di Lorenzo, ancora non sufficientemente promosso e si rivolge al padre con atteggiamento fermo ma benevolo, per evitare che il piccolo Lorenzo, come spesso accade con i pazienti ossessivi imbrigliati in un conflitto di lealtà, si possa sentire in colpa; si occupa infine che il padre venga aiutato in uno spazio terapeutico ad hoc a lavorare sulla sua responsabilità come genitore. Un intervento come quello appena descritto porta a galla inoltre i nessi tra l'esperienza passata e la sensibilità attuale, tra i bisogni frustrati di ieri e la sintomatologia odierna. Non rimane in ultima battuta che invitare Lorenzo adulto a tornare in contatto con il bambino per parlare con lui e dargli quanto ha domandato. Lorenzo si avvicina al piccolo e lo guarda negli occhi, lo rassicura, legittima l'errore e lo normalizza, e poi gli domanda se gli va di seguirlo a casa sua perchè non sia più esposto al clima invalidante di quella casa.

Il bambino accetta e nel momento in cui Lorenzo adulto si dice soddisfatto di quanto si è operato, il terapeuta chiede al piccolo di ripercorrere la scena alla luce dei cambiamenti apportati da Lorenzo grande e si accerta che non ci siano altri bisogni di cui domanda soddisfazione.

Tp: "C'è ancora qualcos'altro di cui tu hai bisogno Lorenzo?"

Pz: "Volevo domandarti...tu rimani con noi vero?"

Tp: "Certamente posso rimanere se a te fa piacere..."

Pz: "Sì...voglio che vieni via insieme con noi"

Tp: "Io rimango insieme con voi fino a quando questo ti servirà a stare meglio Lorenzo...stanne certo"

Pz: "E papà?"

Tp: "Papà stara bene...io mi occuperò personalmente di accertarmene e tu potrai vederlo tutte le volte che vorrai...lui intanto migliorerà su quello che al momento gli risulta difficile e non appena le cose potranno andare meglio ci occuperemo di pensare al tuo rientro qui...che ne pensi?"
 "Sì...mi va bene"

A questo punto il terapeuta cerca di sollecitare il Mode Bambino Felice, promuovendo uno spazio di gioco, che permetta a Lorenzo di sentirsi leggero, spensierato, libero come un bambino. La pratica clinica con i pazienti ossessivi mette quotidianamente in luce quanto questa dimensione sia carente nelle loro storie di vita, all'interno delle quali l'adultizzazione precoce e l'iper-responsabilizzazione hanno avuto un ruolo di primo piano.

È importante sottolineare come ad ogni intervento di rescripting è buona prassi che faccia seguito uno spazio di debriefing, che veda il terapeuta raccogliere informazioni sull'esperienza vissuta dal paziente durante il lavoro immaginativo, aiutarlo a costruire nessi tra il passato e il presente, tra gli eventi di ieri e le sensibilità di oggi, discutere con lui circa i cambiamenti nelle attribuzioni di significato inerenti l'esperienza passata.

Due tra le principali tecniche di intervento in una proposta di integrazione: l'Esposizione con prevenzione della risposta

Quanto proponiamo di seguito nasce dalla possibilità di utilizzare la tecnica dell'esposizione con Prevenzione della Risposta, ampiamente conosciuta come il gold standard per il trattamento Cbt del Doc (Abramowitz et al., 2009) con l'intervento di Imagery with Rescripting.

Si è ampiamente chiarito nel primo di questo corpus di articoli come i tentativi di neutralizzare la minaccia (compulsioni) messi in atto dal paziente rappresentino per lui delle strategie attraverso

le quali tenta di evitare un evento temuto nonché di regolare le emozioni negative connesse a questo scenario di minaccia.

Tecnica ampiamente nota, alla luce della sua consolidata efficacia (Luppino, 2016; Foa et al., 2005; Di Mauro et al., 2013), l'Esposizione con Prevenzione della Risposta (E/RP) consiste nell'applicazione combinata di due componenti: l'Esposizione appunto e la Prevenzione della Risposta. Il paziente, dopo un adeguato lavoro di motivazione, viene accompagnato dal terapeuta al contatto con una serie concordata e gerarchicamente organizzata di stimoli elicitanti i suoi timori ossessivi. Il tempo di esposizione sarà da procedura maggiore rispetto a quello normalmente tollerato e si prevederà il blocco dell'emissione dei comportamenti di ricerca di sicurezza normalmente messi in atto (Luppino, 2016). L'esposizione allo stimolo scelto perdurerà sino alla spontanea riduzione del disagio; durante il tempo necessario a che l'emozione rientri spontaneamente il ricorso a tecniche cognitive faciliterà da parte del terapeuta la ristrutturazione delle credenze catastrofiche soggiacenti alla sintomatologia. L'intera procedura può essere condotta, con qualche accorgimento, anche in immaginazione.

L'esposizione ad uno stimolo ansiogeno, sia in immaginazione che dal vivo, e il conseguente blocco dei tentativi di neutralizzazione portano il paziente a sperimentare emozioni negative, che potranno essere utilizzate come ponte, attraverso il *float back*, per la rievocazione di eventi passati emotivamente connessi alla sua sensibilità attuale. Rievocato uno scenario si procederà, come sin qui visto a riscrivere l'esperienza mediante Imagery with Rescripting.

In questa cornice l'Esposizione, diventa strumento di innesco degli schemi maladattivi precoci del paziente, stimolando l'emergere del Mode Genitore Esigente, Colpevolizzante e Punitivo che gli è difficile contrastare nei momenti in cui è afflitto dalle ossessioni e dal cui biasimo tenta di difendersi attraverso le compulsioni.

Spesso la difficoltà che si incontra nell'esporre la persona ad uno stimolo ansiogeno concordato nasce dalla necessità di aggirare il Mode Protettore Distaccato che evita al paziente il contatto con il dolore emotivo, anestetizzandolo o distaccandolo nell'intellettualizzazione.

Il confronto empatico con questa parte risulta premessa necessaria per poter avviare il processo espositivo e favorire l'emergere delle emozioni coinvolte.

Di seguito ripercorriamo uno stralcio di una sessione condotta con Lorenzo, dopo che come da gerarchia progressiva concordata con il terapeuta, lo si è esposto all'immagine di uomini dentro lo spogliatoio di una palestra.

- Tp: "Bene Lorenzo... so quanto sia difficile per te ma ti chiedo di rimanere con gli occhi sull'immagine e di sentire bene l'emozione che ti suscita... cosa senti?"*
- Pz: "Mi sento strano... non capisco bene... mi sento terrorizzato, ho paura..."*
- Tp: "Cerca sul corpo questa sensazione Lorenzo... questo terrore che mi descrivi e questa paura... dove le senti?"*
- Pz: "Le sento sulla pancia... come un peso, a tratti come una fitta... ma poi anche in testa... ho una grande confusione..."*
- Tp: "Vai vicino a queste sensazioni Lorenzo... rendile vivide e lascia che ti guidino, che ti conducano indietro nel tempo... stiamo cercando il piccolo Lorenzo in un momento in cui si è sentito in un modo simile a questo... con questo peso sulla pancia, a tratti come una fitta e con questa confusione in testa... lascia che alla tua mente affiori un ricordo"*
- Pz: "Sì... sono al mare... papà non mi parla più... io non riesco a capire perché ma mi sento terrorizzato"*

Diversamente da una normale procedura di Esposizione, non si attende la caduta dell'ansia ma si ripercorre il ricordo mentre il paziente si muove lungo la curva fisiologica; durante il tragitto percorso dall'emozione l'esperienza rievocata viene riscritta come da procedura di Imagery with Rescripting e il Mode Genitore Esigente, Colpevolizzante e Punitivo del paziente viene confrontato.

A conclusione del Rescripting, solo dopo che ci si è accertati dell'avvenuta soddisfazione dei bisogni nucleari del Mode Bambino Vulnerabile, il terapeuta invita il paziente a ritornare allo stimolo espositivo da cui la sessione ha preso avvio.

Tp: "Ora riapri gli occhi e ritorna qui con me portando con te la sensazione di quello che abbiamo appena fatto insieme... ora guarda questa immagine che hai davanti... come ti senti?"

Pz: "Lievemente attivato ma non terrorizzato come prima"

Tp: "Cosa puoi dirti in questo momento per prenderti cura della parte di te che si sente attivata?"

Pz: "Posso dirti che continuare ad evitare di andare in palestra non mi aiuta... che quella sensazione di non normalità, di difettosità che mi porto addosso non ha a che fare con i pensieri di oggi, con tutte quelle cose per cui mi spavento e mi critico oggi, ma con le brutte esperienze di un tempo..."

Tp: "Sì, Lorenzo... è allora che hai imparato a sentirti sbagliato e questo ti ha reso l'adulto che sei oggi, così preoccupato di commettere un errore, così controllante da non lasciare libera nemmeno la tua mente di essere attraversata da un qualunque tipo di pensiero... così sempre pronto a criticarti, a punirti dicendoti che sei sbagliato... Lorenzo in te non c'è nulla che non va, tu vai bene, e quello che senti, quello che pensi va bene..."

Risulta importante ricordare che tale proposta di integrazione non si pone in alcun modo come alternativa alla classica procedura di Esposizione con Prevenzione della Risposta che rimane, come da linee guida, la prima scelta nel trattamento della sintomatologia ossessiva. L'utilizzo del confronto con lo stimolo al fine di innescare il processo di recupero di memorie precoci sensibilizzanti rappresenta una possibilità ulteriore, da affiancare al protocollo Cbt per il trattamento del Doc, la cui efficacia è evidence based (Foa et al., 2005; Di Mauro et al., 2013; Luppino, 2016), per favorire una comprensione più approfondita da parte del terapeuta e una maggiore consapevolezza da parte del paziente dei fattori legati all'etiologia e al mantenimento del disturbo. Da non sottovalutare l'attenzione particolare che una cornice come quella proposta riserva alla modulazione dello schema di Deprivazione Emotiva che caratterizza, possiamo dirlo a buona ragione, la stragrande maggioranza dei pazienti ossessivi.

Conclusioni

I lavori proposti nascono dall'esigenza di arricchire il modello e la CBT standard con elementi che possano rendere immediato il riconoscimento delle vulnerabilità storiche del paziente ossessivo e con il fine di rendere queste ultime oggetto di intervento terapeutico. Nello specifico di questo secondo lavoro infatti si è cercato di fornire alcuni degli strumenti per intervenire sui singoli Mode descritti e caratterizzanti l'esperienza del paziente ossessivo. Attraverso l'integrazione del modello CBT standard con il modello dei Mode, nella cornice proposta dalla Schema Therapy, risulta possibile tenere traccia della dinamica del paziente ossessivo nel qui ed ora. Ciò ha il vantaggio di consentire al paziente un più semplice monitoraggio dei propri stati interni e dei comportamenti tesi a neutralizzarli e facilita il terapeuta nell'approcciare in maniera specifica, anche attraverso la relazione terapeutica, i diversi vissuti del paziente al variare dello specifico Mode in cui è transitato.

Bibliografia

- Abramowitz, J.S., Taylor, S., McKay, D. (2009). "Obsessive-compulsive Disorder". *Lancet*, 374, 491-499.
- Basile, B., Tenore, K., Luppino, O. I., & Mancini, F. (2017). Schema Therapy Mode Model Applied to OCD. *Clinical Neuropsychiatry*, 14, 407-414.
- Browning, C.J. (1999). Floatback and Float-Forward: Techniques for Linking Past, Present and Future. *EMDR/IA Newsletter*, 12-13.
- DiMauro, J., Domingues, J., Fernandez, G., & Tolin, D. F. (2013). Long-term effectiveness of CBT for anxiety disorders in an adult outpatient clinic sample: A follow-up study. *Behaviour research and therapy*, 51(2), 82-86.
- Luppino, O.I. (2016). L'E/RP come pratica dell'Accettazione. In Mancini, F. (2016). *La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo compulsivo*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Foa, E.B., Liebowitz, M.R., Kozak, M.J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M.E., Kjernisted, K., Rowan, V., Schmidt, A.B., Simpson, H.B., Tu, X. (2005), "Treatment of obsessive-compulsive disorder by exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination: A randomized, placebo controlled trial". *American Journal of Psychiatry*, 162, 151-161.
- Mancini, F. (2016). *La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo compulsivo*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Morina, N., Lancee, J., & Arntz, A. (2017). Imagery rescripting as a clinical intervention for aversive memories: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 55, 6-15.
- Tenore, K. (2016). La vulnerabilità storica nel Disturbo Ossessivo compulsivo in Mancini, F. (2016). *La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo compulsivo*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Tenore, K., Basile, B., Mancini, F., & Luppino, O. I. (2018). A Theoretical Integration of Schema Therapy and Cognitive Therapy in OCD Treatment: Conceptualization and Rationale (Part II). *Psychology*, 9(09), 2278.
- Tenore, K., Basile, B. et al., Submitted. *Imagery rescripting on guilt-inducing memories in OCD: A single case series study*.
- Young, J. E., Klosko, J., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.
- Veale, D., Page, N., Woodward, E., Salkovskis, P. (2015). "Imagery Rescripting for Obsessive Compulsive Disorder: A single case experimental design in 12 cases". *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1-7.