

## ASPETTI RELAZIONALI NEL TRATTAMENTO DEL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO: LA RELAZIONE TERAPEUTICA CON IL PAZIENTE OSSESSIVO

Natascia Duca<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Ancona

<sup>2</sup>Società Italiana di Psicologia e Psichiatria (SIPsi), Rimini, Fano

Email: natasciaduca@libero.it

### Riassunto

Nel trattamento del Disturbo Ossessivo-Compulsivo svolgono un ruolo centrale gli aspetti relazionali, sia quelli relativi al contesto interpersonale di vita del paziente sia quelli relativi al rapporto terapeuta-paziente. Nel seguente articolo si affronterà in particolare questo secondo aspetto, ovvero la relazione terapeutica. Ripercorrendo in parte e in modo generale le principali fasi della psicoterapia, dai primi colloqui alle fasi conclusive, si analizzerà in che modo la relazione possa essere utilizzata in maniera strategica per perseguire gli obiettivi terapeutici, al pari delle varie tecniche che il clinico ha a disposizione.

**Parole chiave:** disturbo ossessivo-compulsivo, relazione terapeutica, strategie di intervento.

## RELATIONAL ASPECTS IN THE TREATMENT OF OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP WITH OBSESSIVE PATIENT

### Abstract

In the treatment of Obsessive-Compulsive Disorder the relational aspects play a central role, both those related to the interpersonal context of the patient's life and those related to the therapist-client relationship. In particular, in this article, the therapeutic relationship is discussed. It is analysed in which way it can be used by the clinician in a strategical way to pursue the therapeutic purposes, just like the different strategies of intervention that the therapist has at his disposal, talking about the principal phases of psychotherapy, from the early interviews to the end of the therapy.

**Key words:** obsessive-compulsive disorder, therapeutic relationship, strategies of intervention.

### Introduzione

Da diversi anni risulta ampiamente dimostrato e riconosciuto che la relazione terapeutica è un importante predittore dell'efficacia di una psicoterapia, qualunque sia il modello utilizzato. Se in passato il cognitivismo standard (Ellis, Beck) considerava la relazione terapeutica un fattore indiretto e aspecifico del trattamento, non avente in sé una valenza terapeutica intrinseca, ma

comunque funzionale alla diagnosi e alla motivazione del paziente alla terapia (Vinai 2006; Perdighe 2006; Saliani 2008), in seguito, nell'ambito della terapia cognitivo-comportamentale sono stati sviluppati differenti modelli che considerano la relazione terapeutica un fattore diretto e specifico. Si pensi al modello sviluppato da Guidano e Liotti (1983), ove la relazione terapeutica diventa un'occasione importante per facilitare l'emergere e la successiva consapevolezza dei temi tipici della propria organizzazione cognitiva (Saliani 2008), o al modello di Safran e Segal (1990), ove, sulla base del concetto di *schemi interpersonali disfunzionali*, si sottolinea l'importanza che il terapeuta monitori comportamenti, pensieri ed emozioni del paziente e propri, così da individuare eventuali cicli interpersonali problematici in atto (Saliani 2008, et al. 2011), gestirli, farne diventare consapevole il paziente, disconfermarli e dare inizio a stili relazionali più funzionali (Vinai 2006). Anche la tradizione comportamentista sottolinea l'importanza di un utilizzo strategico della relazione, realizzabile assimilandola alle "contingenze ambientali" e quindi facendola oggetto di analisi e modificazione in accordo con i principi, le leggi e i metodi dell'analisi funzionale, per cui il terapeuta prevede gli effetti che il proprio comportamento avrà sul paziente (Mosticoni 1984; Saliani 2008; Perdighe 2006).

Attualmente è quindi riconosciuta la specificità della relazione terapeutica, equiparabile di fatto alle altre tecniche, in quanto il terapeuta agisce strategicamente nella relazione, modulandola in base al funzionamento del singolo paziente (Katzow e Safran 2009; Perdighe 2006), favorendo così esperienze interpersonali correttive e conseguentemente il cambiamento. Nel seguente articolo si esaminerà proprio il modo in cui, nell'ambito specifico del trattamento del Disturbo Ossessivo-Compulsivo, la relazione terapeutica possa essere utilizzata validamente e strategicamente per il perseguimento degli scopi terapeutici.

Nell'affrontare tale tematica si farà riferimento, anche se in modo generale e non specifico data la complessità e continuità insita in ogni relazione e tanto più in quella terapeutica, alla sua evoluzione attraverso le varie fasi costituenti il processo: dai primi contatti, dalle fasi iniziali, alle fasi centrali e conclusive. Può quindi essere utile avere come riferimento e tenere a mente il modello cognitivista di trattamento del DOC sviluppato da Mancini (2002), di cui si presentano sinteticamente la concettualizzazione cognitivista del disturbo e le conseguenti fasi di trattamento.

La condotta ossessiva viene concettualizzata come un'attività finalizzata al raggiungimento di scopi, i quali sono di due tipi principali: prevenire una colpa per irresponsabilità e prevenire una contaminazione. Entrambi questi scopi rimandano a uno più centrale e sottostante, che è quello di prevenire l'essere oggetto di disprezzo (Mancini e Perdighe 2008, 2010). Mancini (2002) descrive il profilo interno dell'attività ossessiva come costituito da cinque parti: (1) un Evento Critico (un fatto concreto come toccare un oggetto, un pensiero, un'immagine, una sensazione o un'emozione) innesca l'attività ossessiva; (2) il paziente interpreta l'evento in un certo specifico modo, sulla base degli scopi che regolano la sua condotta ossessiva (prevenire una colpa o una contaminazione) (Prima Valutazione); (3) per fronteggiare, prevenire o neutralizzare la minaccia percepita, il paziente mette in atto, in modo intenzionale o automatico, le compulsioni, quali controlli e richieste di rassicurazione (Tentativi di Soluzione di Primo Ordine); (4) il paziente critica le proprie ossessioni e compulsioni, si preoccupa e/o incolpa per le conseguenze del proprio disturbo su di sé e sulle persone a lui vicine; si evidenzia quindi un conflitto, che agisce da fattore di mantenimento del disturbo, tra gli scopi che producono le condotte sintomatiche e gli scopi che regolano la valutazione (Seconda Valutazione); (5) per contenere la preoccupazione e l'attività ossessiva il paziente mette in atto delle condotte di contrasto (tentativi di sopprimere pensieri e rituali) o più di prima (tentativi di prevenire lo stimolo, per es. con maggiori evitamenti)

(Tentativi di Soluzione di Secondo Ordine). Sulla base di tale concettualizzazione del DOC come “attività finalistica regolata dallo scopo di prevenire una minaccia di colpa o di contaminazione”, Mancini ha sviluppato un modello di trattamento il cui aspetto centrale è favorire nel paziente l'accettazione di una minaccia, e che consta di sei fasi principali (Mancini e Perdighe 2008, 2010):

- Fase preliminare: valutazione diagnostica.
- Prima fase: ricostruzione e condivisione dello schema del disturbo.
- Seconda fase: accettazione “cognitiva” della minaccia
- Terza fase: esposizione con prevenzione della risposta (E/RP) come pratica dell'accettazione di una minaccia
- Quarta fase: riduzione delle assunzioni di minaccia
- Quinta fase: riduzione della vulnerabilità al DOC
- Sesta fase: prevenzione delle ricadute.

Per un approfondimento del suddetto modello di trattamento e del suo razionale si rimanda a Mancini (2002, 2005), Mancini e Gragnani (2005), Mancini e Perdighe (2010).

Ritornando al tema specifico del seguente articolo, è bene ricordare che analizzare la relazione terapeutica con il paziente ossessivo ripercorrendo le varie fasi del trattamento, costituisce soltanto un modo di strutturare l'argomento, in quanto nella pratica clinica non è in realtà possibile distinguere così nettamente in fasi le interazioni e le dinamiche relazionali tra terapeuta e paziente, ma si verificano piuttosto una sovrapposizione e una continuità tali per cui, ad esempio, il terapeuta adotterà un determinato atteggiamento lungo l'intero percorso psicoterapeutico. Si precisa infine che, per lo stesso motivo sopra esposto, nella seguente trattazione il modello di trattamento di Mancini non sarà ripercorso puntualmente nei termini della relazione terapeutica, bensì sarà un riferimento di base seguito in modo soltanto generico.

## La relazione terapeutica nei primi colloqui e nelle fasi iniziali del trattamento del DOC

Relativamente ai primi contatti e colloqui con il paziente affetto da DOC, si osserva che spesso quando egli giunge nello studio del terapeuta, è malato da lungo tempo ed ha una storia di esperienze terapeutiche fallite alle spalle, con conseguente demoralizzazione e sfiducia circa la possibilità di guarigione. Mosticoni (1984) riferisce che il paziente può talora descrivere la sua situazione in termini depressivi con un'affermazione del tipo: “non ce la faccio più a dar retta a tutto quello che mi passa per la testa, lo so che per me non c'è speranza, e sono convinto che anche lei potrà fare poco per me... visto il punto in cui sono arrivato”.

Sin dal primo contatto col paziente ossessivo, inoltre, si devono tenere in considerazione gli elementi costituenti l'egodistonia, tra cui l'impatto che il disturbo ha sulla vita sociale e professionale del paziente e il fatto che egli considera le ossessioni e le compulsioni assurde ed eccessive. Sono spesso riferite cose fatte di nascosto, vergogna, disperazione e isolamento. Il nascondersi può derivare da una scarsa conoscenza del disturbo o dal fatto di non trovare adeguati comprensione e sostegno nell'ambiente circostante, il quale tende piuttosto a reagire con incomprensione, sconcerto, e talora anche paura e repulsione.

Per questi motivi, nel primo contatto con i pazienti affetti da DOC, a differenza di quello che in genere avviene con altri tipi di pazienti, il terapeuta fornisce diversi *input*. Questi possono consistere nel fornire informazioni sul disturbo, per esempio sulla sua diffusione, comunicando che lui non è l'unico ad avere quelle problematiche e che esse sono manipolabili, in questo modo

si trasmette al paziente anche un senso di possibilità di guarigione.

Può essere utile un intervento di normalizzazione, che può consistere nel fare esempi di altri pazienti; nel fornire informazioni sulla normalità dei pensieri intrusivi, spiegando al paziente che l'originario pensiero "normale" si è trasformato in un pensiero ossessivo in seguito ai tentativi di difesa, ossia le neutralizzazioni, messi in atto da lui stesso; o ancora nel fornire informazioni sul fatto che gli impulsi non vengono messi in pratica, utile in particolare nei casi di pensieri ossessivi di tipo aggressivo o sessuale.

Inoltre e soprattutto, è fondamentale che il terapeuta dimostri competenza specifica nel DOC, mostrando di conoscere molto bene il problema, che non si meravigli o spaventi dinanzi a comportamenti o fantasie bizzarri, e che consideri logico e comprensibile il comportamento del paziente. Se, infatti, di primo acchito il comportamento ossessivo-compulsivo può sembrare talora assurdo, esso però non è illogico e segue delle proprie leggi, che è necessario scoprire e comprendere (Lakatos e Reinecker 2005).

L'insieme di questi atteggiamenti appena descritti implica l'importanza che il terapeuta reagisca in modo differente rispetto ai familiari (id; Mosticoni 1984).

Il modo in cui in genere reagisce l'ambiente circostante e il suo coinvolgimento nel DOC sono aspetti che svolgono un ruolo centrale nel mantenimento del disturbo, ma a cui qui si farà solo un accenno, in quanto esulano dall'argomento del seguente articolo.

In genere di fronte alle affermazioni del paziente che i sintomi sono più forti di lui, al di fuori del suo controllo, per i quali non può farci nulla, le persone vicine tendono a esortarlo a sforzarsi, perché si tratta solo di un problema di volontà oppure a rassicurarlo circa il verificarsi di quanto da lui temuto. Questo atteggiamento dei familiari funge da rinforzo all'atteggiamento del paziente, è quindi importante che il terapeuta adotti un atteggiamento diverso, e, come afferma Mosticoni (1984), questo può essere facilitato dalla considerazione che ciò che il paziente afferma è vero, almeno per lui: "egli non può farcela a contrastare i suoi sintomi, altrimenti sarebbe già guarito da tempo". Si riportano di seguito alcuni esempi, tratti da Mosticoni, di modalità differenti di reagire:

- se il familiare spinge il paziente a forzare l'evitamento, versus il terapeuta dice che per il momento è meglio lasciar stare l'evitamento, dando comprensione rispetto alla possibilità che l'evento temuto si verifichi;
- se il familiare dice al paziente di sforzarsi perché tanto è solo questione di volontà, versus il terapeuta dà ragione al paziente quando dice che il sintomo è più forte di lui (questo ovviamente solo in una prima fase, mentre nelle fasi successive della terapia si favorirà nel paziente la consapevolezza che il sintomo non è qualcosa che gli capita ma che agisce lui stesso);
- se il familiare rassicura il paziente sul fatto che l'evento temuto non si verificherà, versus il terapeuta non lo rassicura dicendo da un lato che non può escludere in assoluto che l'evento temuto si verifichi, dall'altro che se anche il terapeuta glielo giurasse, lui non si fiderebbe.

Un simile atteggiamento terapeutico produce nel paziente la percezione di essere compreso e favorisce lo sviluppo di una relazione basata sulla fiducia. Si riporta di seguito esemplificativamente la descrizione, tratta da Lakatos e Reinecker (2005), dell'esperienza di una paziente, in cui viene evidenziato l'impatto positivo di una relazione diversa:

P: "Le prime sedute terapeutiche consistevano esclusivamente in colloqui. Ho tirato fuori gli ultimi 27 anni, mi sono proprio sfogata. Ero davvero sbigottita che il terapeuta capisse come mai non riuscissi a toccarmi i capelli con le mani

sporche. Mi ha spiegato e dimostrato come fosse capace di immedesimarsi nelle mie ossessioni: “Perché in quel modo la sera contaminerebbe il cuscino con i capelli sporchi”. “Oh mio Dio! Allora lei mi capisce?” è stata la mia reazione. Non c’era stupore, non c’era derisione per il mio comportamento – come mi ha fatto bene tutto questo. Finalmente c’è qualcuno che conosce la mostruosità del comportamento ossessivo-compulsivo e non mi fa credere che ciò che faccio sia impossibile da sopportare [...]”.

Più sopra è stato fatto riferimento al fatto che il paziente ossessivo tende a richiedere rassicurazioni alle persone vicine, quindi anche al terapeuta, e questo è un aspetto centrale nel trattamento del DOC. Come sottolineato nel modello di Mancini (2002), le richieste di rassicurazione rientrano tra i Tentativi di Soluzione di Primo Ordine e consistono quindi in attività intenzionali che consentono al paziente di ottenere una rapida, seppure a breve termine, riduzione della minaccia percepita e quindi del disagio. Esse svolgono anche un importante ruolo nel mantenimento del disturbo (Salkovskis 1985, 1996, 1999; Wells 1999; Mancini e Gragnani 2005; Dèttore e Melli 2005) ed è perciò importante che il clinico rivolga attenzione in modo costante al loro eventuale presentarsi. Nel corso della psicoterapia ci si può trovare di fronte a richieste di rassicurazione differenti e relative a più aspetti. Esse possono riguardare, per esempio, la non pericolosità degli stimoli temuti e/o il fatto di non aver corso il rischio temuto (Mosticoni 1984); ma possono anche consistere in richieste più difficili da identificare in quanto tali, come domande circa la garanzia che il terapeuta e la terapia siano le migliori possibili, oppure circa il suo essere stato bravo o aver sbagliato alla fine delle sedute (Bara et al. 2003).

Può inoltre accadere che nei primi colloqui il paziente sia convinto che il lavoro terapeutico si basi sul fornirgli continue rassicurazioni e conferme circa l’impossibilità che si verifichino gli eventi temuti. Esemplicativo in questo senso è il caso clinico di Paolo, un uomo di 49 anni con timori di contaminazione. Paolo nei primi colloqui esplicita la propria aspettativa rispetto alla terapia nel seguente modo: “*Forse sono in torto... Non lo so, me lo deve dire lei. E’ giusto o no non dare la mano a un operaio? ... Quella mano è sporca o non è sporca?... Lei mi deve dire se faccio bene o se sbaglio. [...] Cerco una conferma*”. In casi simili è importante non rassicurare il paziente, prendere in considerazione queste sue aspettative, ridefinire insieme gli obiettivi terapeutici, spiegare i meccanismi di mantenimento legati alle richieste di rassicurazione e ovviamente lavorare sulla relazione per ottenere un buon livello di fiducia (Romano e Perdighe 2005).

In questo senso, un altro aspetto basilare da tenere in considerazione è il fatto che le richieste di rassicurazione degli ossessivi spesso non riguardano il timore in sé, ma sono piuttosto dei tentativi di mettere qualcun altro a conoscenza della loro preoccupazione al fine di condividere la responsabilità, con un pensiero del tipo: “*Se poi succede qualcosa, io glielo avevo detto, dunque non sarò l’unico responsabile*”. Si pensi, ad esempio, a come questo meccanismo di condivisione di responsabilità possa essere attivo e influenzare l’impiego della tecnica di esposizione. Nei casi in cui inizialmente essa venga fatta in modo assistito (in presenza del terapeuta), i pazienti possono eseguirla in modo adeguato proprio perché responsabilizzano il terapeuta, realizzando una condivisione della responsabilità (Mancini 2005).

Visto il ruolo centrale che le richieste di rassicurazione rivestono nel DOC, è importante che il terapeuta adotti in modo costante e rigido un atteggiamento consistente nel non rassicurare, lasciando il paziente nel dubbio della minaccia (Bara et al. 2003; Mosticoni 1984; Mancini e Gragnani 2005).

Il non dare rassicurazione da parte del terapeuta può assumere anche la forma di un atteggiamento implosivo, in cui non solo si lascia il paziente nel dubbio, ma in qualche modo si lo si accentua. Come riferito da Mosticoni (1984), tale atteggiamento consiste infatti nello stabilire che “in realtà l’evento temuto può realmente essersi verificato o verificarsi, e che dunque la sintomatologia conseguente non è affatto esagerata, ma anzi insufficiente”. La messa in atto di tale atteggiamento può essere facilitato dalla considerazione che si tratta di una richiesta di certezza di un evento, ma che un evento, anche se improbabile, è sempre possibile. L’obiettivo dell’atteggiamento implosivo è dunque duplice: far arrivare il paziente alla consapevolezza che qualsiasi cosa faccia, non raggiungerà mai la certezza che l’evento temuto non si verifichi, e che quindi quello che fa non serve a niente; e soprattutto facilitare l’accettazione da parte del paziente della minaccia, che è lo scopo terapeutico alla base del trattamento del DOC.

Si riporta esemplificativamente il caso, tratto da Mosticoni, di una paziente di 46 anni con ossessioni e compulsioni relative al rischio di infezione da parte di più oggetti, la quale faceva richieste di rassicurazione, che venivano gestite dal terapeuta con un atteggiamento consistente nel non rassicurare:

*P: “Ho toccato la borsa di mia madre che non so dove era andata, mi viene di considerarla infetta, ma penso che sia assurdo: lei che mi dice?”*

*T: “Non ne ho idea; che sia infetta è improbabile, ma non impossibile, per cui si regoli lei come preferisce”.*

*P: (Dopo alcune iterazioni di questo tipo, esplose gridando:) “Questo lo so anch’io! Quello che deve fare lei è dirmi che un’infezione è certamente impossibile!”.*

*T: “Se è questo ciò che vuole, non mi costa niente dirglielo... ma non è ciò che penso”.*

In tal modo il terapeuta getta il “seme del dubbio” che servirà a rendere inutili anche le eventuali rassicurazioni da parte di altri. Nell’adozione costante di un simile atteggiamento non rassicurante e talora implosivo, il terapeuta deve tenere in considerazione il fatto che, essendo le richieste di rassicurazione delle strategie rapide ed efficaci per ottenere la riduzione del disagio, la loro interruzione inizialmente provocherà un significativo aumento dell’ansia. E’ importante che il clinico lo ricordi per non spaventarsi e non modificare il proprio atteggiamento. Inoltre, è utile informare adeguatamente il paziente sulla natura di questa emozione, in modo tale che sia più motivato ad affrontarla. L’informazione deve riguardare il fatto che l’ansia è un’emozione normale, sperimentata da tutti e utile alla sopravvivenza, in quanto segnale di allarme che permette all’organismo di attivarsi per far fronte al pericolo imminente con l’attacco o la fuga. Per svolgere la sua funzione, un allarme deve essere molto forte e rapido, ma non serve che duri nel tempo. L’ansia, infatti, aumenta in modo improvviso e dirompente ma dopo un po’ di tempo tende ad attenuarsi spontaneamente, anche se non interveniamo in alcun modo. Tale principio è centrale nel DOC, dove il paziente deve sapere con chiarezza che se non agisce il rituale, è vero che l’ansia non si ridurrà prontamente, ma una volta che avrà raggiunto un picco poi calerà entro qualche minuto o al massimo un’ora (Dèttore e Melli 2005).

## Empirismo collaborativo e oppositività nel trattamento del DOC

Un prerequisito per una terapia cognitiva è la partecipazione attiva e consapevole del paziente al trattamento, e il contesto entro cui il terapeuta cerca di favorire tale partecipazione è l’empirismo collaborativo. Esso consiste in un’interazione paritetica in cui terapeuta e paziente esplorano insieme i pensieri automatici e le convinzioni disfunzionali e ne verificano la

fondatezza come due scienziati (Semerari 1991, 2000; Saliani 2008). L'empirismo collaborativo è quindi definito da concetti sovrapponibili a quelli dell'alleanza terapeutica, che si struttura intorno a tre assi (Bordin 1979):

1. obiettivi: accordo sugli scopi della psicoterapia;
2. compiti: accordo sui compiti reciproci e collaborazione per aspetti fondamentali del setting (come venire regolarmente alle sedute, dire la verità, etc.) e per una più attiva partecipazione (come eseguire gli homework);
3. legame: clima interpersonale positivo connotato da sentimenti di stima e fiducia reciproca.

L'alleanza tra terapeuta e paziente è dunque ottimale quando vi è condivisione circa gli obiettivi del trattamento, accordo sulla necessità e utilità dei mezzi da adottare per il loro perseguimento, consapevolezza di ciascuno dei propri compiti specifici e assunzione di impegno personale (Semerari 2000). Questo significa che vengono specificati i ruoli di entrambi: il paziente, attraverso le osservazioni e le registrazioni sistematiche, raccoglie i dati, sperimenta nuove ipotesi e conduce esperimenti; il terapeuta suggerisce e stimola nuove ipotesi ed esperimenti per favorire una chiarificazione (Sanavio 1991). Tutto questo deve essere completato dalla necessaria condizione di fiducia reciproca: il paziente verso le competenze e la professionalità del terapeuta; il terapeuta verso le risorse e la volontà di guarigione e cambiamento del paziente (Semerari 2000).

Questo tipo di relazione deve avere inizio sin dalle prime sedute, dove si sottolinea il ruolo attivo del paziente, adulto e competente, nel proprio programma di trattamento, essendo la terapia "un'impresa collaborativa" (Sanavio 1991). L'efficacia del trattamento è favorita dal fatto che il paziente abbia chiaro il nesso tra la natura del proprio problema e la tecnica terapeutica proposta. Per questo motivo, interventi importanti sono la comunicazione e condivisione col paziente della concettualizzazione del disturbo e la formulazione del contratto terapeutico (Semerari 2000).

Anche nell'ambito dell'approccio comportamentista, si sottolinea la centralità del concetto di empirismo collaborativo. E' estremamente limitata la possibilità di produrre cambiamenti nel paziente senza la sua collaborazione, in quanto nel corso del trattamento terapeutico può essere necessario l'utilizzo di tecniche e/o interventi che prevedono il coinvolgimento attivo del paziente (Mosticoni 1984). Si pensi esemplificativamente all'impiego della tecnica di esposizione, oppure, richiamando il modello cognitivista di trattamento del DOC proposto da Mancini (2005), alla fase di ricostruzione e condivisione del profilo interno del disturbo.

A volte, tuttavia, nella pratica clinica il terapeuta può trovarsi ad interagire con pazienti ossessivi oppositivi, con i quali diventa più difficile impostare la relazione e l'intervento nella direzione dell'empirismo collaborativo. In simili casi appare particolarmente difficile ottenere la collaborazione attiva del paziente, il quale può rifiutarsi o ostacolarla apertamente, oppure accettarla apparentemente per poi disattenderla nei fatti. In tali situazioni è utile pensare un modo specifico di interagire con quel determinato paziente, in modo tale che la relazione stessa sia "una fonte diretta di esperienze terapeutiche ripetute e sistematiche" (Saliani 2008).

Riferendosi in modo specifico ai pazienti affetti da DOC, il loro essere oppositivi può essere ricollegato alla presenza di importanti problemi nell'ambito dell'autonomia e più in specifico dell'identità. Queste problematiche spingono i pazienti a lotte per il potere nei rapporti interpersonali, e quindi anche nella terapia li fa agire per avere il controllo di quello che accade (Lakatos e Reinecker 2005). Si pensi, per esempio, all'espressione utilizzata dal paziente ossessivo del tipo "*non posso agire altrimenti che così: è più forte di me*" che rimanda all'impossibilità e all'inutilità di discuterne. In questo modo il paziente ossessivo impone delle regole (potere), che

investono le relazioni interpersonali (Mosticoni 1984). Esempi più concreti sono le situazioni in cui il DOC è funzionale a una deresponsabilizzazione, come il non accogliere le richieste altrui avanzando come scusa le ossessioni, oppure l'aver manifestazioni di rabbia con i familiari (Lakatos e Reinecker 2005).

In alcuni casi, l'adozione di un comportamento oppositivo è per il paziente ossessivo il modo più semplice attraverso cui garantirsi il rinforzo dell'autonomia, ricavando in particolare la propria identità. Questo può essere legato alla sua storia di vita, e principalmente all'aver fatto esperienza di un ambiente in cui non venivano espressi in modo chiaro valori, decisioni e regole di comportamento, in cui le relazioni disconfermavano e disconoscevano le sue scelte e valutazioni, in cui i suoi tentativi di adeguarsi alle richieste altrui erano frustrati, in cui non ha appreso a distinguere i problemi e le relative soluzioni sulla base di attendibili previsioni.

Si può così comprendere maggiormente la messa in atto da parte del paziente dell'oppositività, che consiste nell'affermare il contrario di ciò che affermano le altre persone, nell'agire risposte e reazioni simmetriche nei confronti dell'altro. Se, ad esempio, il terapeuta propone al paziente un homework, questi risponde facendo tutt'altro o addirittura il contrario, ed in genere giustifica questa reazione asserendo che "è più forte di lui" o che "non dipende da lui". Oppure, magari ritualmente, tenta ripetutamente di modificare gli appuntamenti o li manca. Si deve tenere presente l'oppositività del paziente anche quando ci si trova di fronte alla sua tendenza a riferire "solo le cose immutate o peggiorate", piuttosto che i miglioramenti, nonostante siano obiettivati (Mosticoni 1984). In queste situazioni, è bene che il terapeuta faccia ricorso all'atteggiamento dubbioso e implosivo di cui si è detto sopra, il quale è funzionale a favorire l'accettazione della minaccia.

## La relazione terapeutica nelle fasi centrali e conclusive del trattamento del DOC

Passiamo ora alle fasi più centrali della psicoterapia, soffermandoci sugli aspetti relazionali implicati nelle fasi (previste nel modello cognitivista di trattamento del DOC di Mancini 2005) di ricostruzione e condivisione del profilo interno del disturbo, di passaggio dal conflitto alla scelta e motivazione all'esposizione (E/RP) come pratica di accettazione della minaccia.

Si sottolinea innanzitutto che la costruzione della relazione terapeutica con il paziente affetto da DOC e la sua partecipazione attiva al trattamento, così come con i pazienti in genere, può essere facilitata dai seguenti vissuti del paziente: percezione di essere compreso correttamente dal terapeuta e comprensione del rationale dell'intervento (Capo 2005). Si può dunque comprendere l'importanza della fase di ricostruzione e condivisione del profilo interno del disturbo. Attraverso questo intervento, infatti, si mettono in evidenza le relazioni esistenti tra eventi, emozioni, valutazioni e comportamenti, e i cicli di mantenimento del disturbo (Saliani 2008, et al. 2011). Tale ricostruzione deve avvenire con la diretta collaborazione del paziente, in quanto egli, come sottolineano Mancini e Perdighe (2008), "non solo è la principale fonte di informazioni, ma è anche coinvolto in attività di auto-osservazione al di fuori della seduta".

L'intervento di ricostruzione e condivisione del profilo interno è funzionale al perseguimento di tre scopi principali (Mancini e Perdighe 2008, 2010). Innanzitutto, la pianificazione razionale dell'intervento terapeutico e la creazione di un linguaggio condiviso. In secondo luogo, la produzione di sentimenti di agio e sicurezza nel paziente (Saliani 2008), in seguito all'attribuzione di un senso al proprio disturbo con conseguente riduzione dei costituenti cognitivi della Seconda Valutazione del modello sviluppato da Mancini (2002, 2005), ossia:

- la riduzione del senso di "ingovernabilità del disturbo";



- la riduzione del senso di colpa per il proprio disturbo, realizzando che la propria attività è indirizzata da scopi morali, ovvero essere moralmente irreprensibile;
- la riduzione delle auto-critiche, in seguito alla comprensione che i propri stati interni e comportamenti derivano da precisi timori e sono mantenuti da circoli viziosi che hanno una loro logica, e non sono quindi indice di follia.

Questo significa che l'intervento di ricostruzione e condivisione del profilo interno del disturbo produce anche un effetto terapeutico diretto e immediato, in quanto alla riduzione delle autocritiche consegue una riduzione dell'urgenza dei tentativi di soluzione patogeni (ossia dei Tentativi di Soluzione di Secondo Ordine nel modello di Mancini) (Mancini 2005; Saliari 2008, et al. 2011).

Infine, tale intervento produce dei vantaggi anche a livello relazionale, che è l'aspetto centrale del seguente articolo. In questo modo, infatti, il paziente percepisce di non essere giudicato, ma viceversa che la propria esperienza è legittimata e che il terapeuta ha le competenze per comprendere il funzionamento del suo problema. Si verificano quindi dei cambiamenti relativamente ai seguenti elementi:

- aumento dell'empatia percepita dal paziente, ossia quanto si ritiene "correttamente rappresentato nella mente del terapeuta" e quanto considera il terapeuta competente;
- maggiore alleanza terapeutica grazie alla condivisione dello schema e quindi del razionale dell'intervento.

In questo modo viene favorita e incrementata la motivazione al trattamento, ponendo le basi per il successivo cambiamento (Mancini 2005). Se, infatti, ottenere una partecipazione attiva del paziente al trattamento è in generale fondamentale, lo è tanto più in queste fasi, dove si introduce l'impiego dell'E/RP, in quanto tale tecnica implica per il paziente significativi livelli di disagio, ed è quindi intuitivamente comprensibile quanto sia importante la sua motivazione.

Sempre per aumentare la motivazione all'E/RP è utile favorire la libertà di scelta del paziente. Qui non si fa riferimento in modo specifico alla fase in cui l'intervento si focalizza sul passaggio dal conflitto alla scelta del modello di trattamento sviluppato da Mancini a cui si rimanda per approfondimenti, ma ad altri aspetti più generali.

In queste fasi del trattamento del DOC il terapeuta può trovarsi nuovamente di fronte all'oppositività del paziente ossessivo e al suo essere sensibile quasi solo a stimoli che provengono da se stesso, con conseguente tendenza a non accettare le regole esterne (Mosticoni 1984). L'intervento terapeutico deve quindi essere guidato dal fine di ottenere la spontanea disponibilità del paziente ad attuare il cambiamento (es., tentare di astenersi da fare certi rituali, o quantomeno modificarli o rimandarli) (Dettore e Melli 2005) e questo implica che il terapeuta faccia poche richieste.

Inoltre, è importante ricordare che alcuni pazienti possono aver sperimentato da parte di familiari o amici, nel tentativo di aiutarli, un'esposizione forzata agli stimoli temuti. Röper (2005) suggerisce, quindi, l'utilità di assicurare al paziente che non sarà forzato ad eseguire alcun esercizio che non sia stato prima concordato.

Nell'esperienza di Lakatos e Reinecker (2005), in riferimento specifico all'utilizzo della tecnica di esposizione con prevenzione della risposta, è possibile favorire nel paziente l'argomentazione delle motivazioni per cui intende eseguire l'esposizione chiedendogli di riflettere attentamente e in tranquillità fino al colloquio successivo. In questo modo, si promuove e incrementa l'"auto-attribuzione" circa la decisione di esporsi e il carattere di impegno reciproco della decisione. Questo vale in modo particolare per quei pazienti che risultano indecisi.

Dall'altra parte, come sottolineato da Dettore e Melli (2005), in alcuni casi limitarsi a ciò che il paziente si sente di poter fare, porterebbe a una progressione troppo lenta e può quindi essere "necessario forzare un po' la mano nella direzione terapeutica", in particolare incoraggiarlo a prendere l'iniziativa di esporsi. In questo senso può anche essere utile iniziare l'esposizione non con le situazioni meno ansiogene, ma con quelle che il paziente è più motivato ad affrontare (Mancini 2005).

Da quanto sopra detto si può comprendere come possa essere problematico il ricorrere ad una gerarchia preordinata nella graduazione dell'esposizione. In alcuni casi, il paziente, dopo essersi esposto ad uno step della gerarchia, può percepire un senso di obbligo a farsi violenza ad affrontare e superare anche gli step successivi per una sorta di impegno che avverte nei confronti del terapeuta e/o dei familiari. Questo, come si può intuire, può creare problemi nel trattamento, in quanto l'efficacia della procedura è maggiore se il paziente decide autonomamente. In simili situazioni, può quindi risultare utile discutere volta per volta insieme al paziente il livello di minaccia che intende accettare. Nel corso di questa discussione si affronteranno anche i temi delle sedute precedenti, per esempio addestrandolo il paziente a riflettere sull'opportunità di accettare rischi maggiori, con conseguente accelerazione dell'apprendimento a gestire situazioni senza il terapeuta (Mancini e Gragnani 2005).

Relativamente sempre alla motivazione del paziente ossessivo al trattamento e più in specifico all'E/RP, le difficoltà più frequenti che si possono incontrare riguardano due situazioni in particolare: (1) quando il paziente sente forte la necessità di mantenere il controllo e di regolare il proprio comportamento in base alle proprie sensazioni del momento ("se mi sento sporco, non posso non lavarmi..."); (2) quando il paziente considera l'attività ossessiva estranea alla sua intenzionalità ("è più forte di me"). In quest'ultimo caso, Mancini (2005) suggerisce di far immaginare il seguente scenario: "Immagina che un delinquente ti minacci dicendoti che se ti lavi le mani allora ucciderà tuo figlio, se al contrario sopporti lo sporco e il rischio di contagio allora lo lascerà in pace. Che faresti? Certo qui non c'è una minaccia altrettanto grave, ma tieni conto che lavarti o sopportare dipende da come valuti la tua convenienza". Nel primo caso, invece, Dettore e Melli (2005) suggeriscono di far immaginare al paziente di essere una giovane donna affetta da anoressia nervosa, la quale ha le sensazioni di fame e sazietà così alterate da sentirsi sazia e gonfia dopo aver mangiato tre foglie d'insalata; se continuasse a fidarsi di tali sensazioni mangerebbe sempre meno, perderebbe ancora peso e le sensazioni si altererebbero ulteriormente, in un circolo vizioso che potrebbe portare alla morte. In modo simile, il paziente affetto da DOC "deve accettare di smettere di lavarsi, pulire, controllare, contare, e così via, tollerando l'assillante sensazione di non aver fatto le cose "nel modo giusto", esattamente come la ragazza anoressica deve accettare, finché non si ristabiliscono i normali processi di autoregolazione, di mangiare ciò che le dice lo specialista, ignorando la sua sensazione di sazietà o gonfiore".

Da ciò si evincono le molteplici difficoltà che il terapeuta può incontrare nel trattamento del DOC e come egli debba strategicamente muoversi tra il "forzare un po' la mano" e, soprattutto, il favorire la libertà di scelta del paziente e dunque la sua motivazione.

Rispetto alle fasi più avanzate e conclusive del trattamento del DOC, si vuole infine fare riferimento alle implicazioni che l'andamento della terapia può avere sulla relazione terapeutica.

Spesso, infatti, in particolare se il disturbo è grave, l'andamento della terapia del DOC è fluttuante, con momenti di stallo o veri e propri regressi (Mosticoni 1984; Röper 2005; Dettore e Melli 2005). Di fronte a un simile andamento è importante che il terapeuta mantenga un atteggiamento positivo (Bara et al. 2003) e che tenga a mente il possibile collegamento con

l'atteggiamento oppositivo del paziente (Mosticoni 1984). Inoltre, poiché in qualunque psicoterapia il percorso non è mai lineare, ma piuttosto caratterizzato dall'alternarsi di successi e passi indietro, è molto utile esplicitarlo sin dalle prime sedute al paziente, aiutandolo ad accettare le complicazioni e i regressi come parte del corso naturale delle cose, e dedicare parte delle fasi conclusive della psicoterapia a interventi di previsione e normalizzazione di possibili ripresentazioni dei sintomi. Questo aiuta a mantenere alta la motivazione del paziente, a prevenire la delusione di alte aspettative irrealistiche (Röper 2005; Dèttore e Melli 2005) e a favorire sia il senso di efficacia personale sia le reali abilità di coping (Mancini e Perdighe 2008, 2010).

Si è detto che la risoluzione della sintomatologia ossessivo-compulsiva in genere non è improvvisa né graduale, bensì intermittente. Questo significa che in genere si osserva l'alternarsi di intervalli liberi dalla sintomatologia e di fasi in cui questa ritorna. Tuttavia, con l'avanzare del trattamento, gli intervalli liberi dalle ossessioni-compulsioni diventano di durata sempre maggiore, fino ad arrivare alla guarigione, che Mosticoni (1984) definisce come "un ultimo intervallo di ampiezza illimitata". Spesso la prima volta che il paziente fa esperienza di un intervallo libero dalla sintomatologia fa affermazioni del tipo "*mi sta capitando di non avere sintomi, ma chissà se durerà?*". Come è stato più volte sottolineato nel seguente articolo, poiché non si può essere certi di cosa in seguito accadrà o meno, è importante che il terapeuta se lo ricordi e lo ricordi al paziente, e non si faccia invece spingere dal desiderio di rassicurarlo. Infatti, l'elemento centrale di quella che viene definita "guarigione", ovvero l'obiettivo alla base del trattamento del DOC, non è la certezza che il rischio temuto non accadrà o non sia accaduto, bensì l'acquisizione della capacità di accettare la minaccia.

## Conclusioni

La relazione terapeutica svolge un ruolo centrale e imprescindibile, non è possibile immaginare il processo terapeutico come consistente in una semplice applicazione di tecniche o di operazioni cognitive, in quanto implica lo svolgersi di una relazione in grado di influenzare la mente delle persone coinvolte. In questo senso, è importante che il terapeuta rivolga la propria attenzione alla comprensione e alla gestione della relazione (Gilbert e Leahy 2009). Se il clinico la lascia all'inventiva e al caso, il rischio è di perpetuare cicli interpersonali disfunzionali del paziente (Safran e Segal 1990), mentre se la utilizza in modo strategicamente orientato modulandola in base al funzionamento del singolo paziente favorirà il cambiamento e dunque l'efficacia del trattamento (Katzow e Safran 2009; Saliari 2008; Perdighe 2006). Nel seguente articolo si è in specifico messo in evidenza come la relazione terapeutica possa essere utilizzata validamente e strategicamente per il perseguimento degli scopi terapeutici nel trattamento del Disturbo Ossessivo-Compulsivo.

Nel modello cognitivista del trattamento del DOC sviluppato da Mancini (2002), tale disturbo è concettualizzato come un'"attività finalistica regolata dallo scopo di prevenire una minaccia di colpa o di contaminazione". Conseguentemente, è importante che l'impiego della relazione sia guidato dallo scopo terapeutico di favorire nel paziente l'accettazione di una minaccia. Per questo motivo, il terapeuta presterà particolare attenzione a non fornire alcuna forma di rassicurazione al paziente (Mosticoni 1984; Salkovskis 1985, 1996, 1999; Wells 1999; Mancini 2002; Dèttore e Melli 2005) lasciandolo piuttosto nel dubbio della minaccia (Bara et al. 2003; Mancini e Gragnani 2005); a reagire in modo differente rispetto ai familiari (Mosticoni 1984; Lakatos e Reinecker 2005); a favorire la partecipazione attiva e consapevole del paziente al trattamento (Mosticoni 1984; Semerari 2000; Saliari 2008, et al. 2011), la sua spontanea disponibilità ad

attuare il cambiamento (Dèttore e Melli 2005; Lakatos e Reinecker 2005). Questi sono solo alcuni esempi degli interventi che si possono realizzare attraverso l'utilizzo diretto e specifico della relazione nella terapia del DOC, e il seguente articolo si è proposto l'intento di stimolare ulteriori riflessioni in merito ad una tematica così complessa, sia per il tipo di disturbo, sia per l'importante ruolo svolto nel suo mantenimento dalle dinamiche relazionali, a cui il terapeuta non può sottrarsi.

## Bibliografia

- Bara BG, Manerchia G e Pelliccia A (2003). L'organizzazione cognitiva di tipo ossessivo. In BG Bara (a cura di) *Manuale di psicoterapia cognitiva*, pp. 248-277. Bollati Boringhieri, Torino.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF e Emery G (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford, New York. Tr. it. *Terapia cognitiva della depressione*. Bollati Boringhieri, Torino 1987.
- Bordin ES (1979). The Generalizability of Psychoanalytic Concept of Working Alliance. *Psychotherapy* 16, 252-260.
- Capo R (2005). Il dramma di poter avere una colpa: ruolo e rationale dell'ERP e delle tecniche esperienziali nell'accettazione del rischio e nella riduzione del timore di colpa per irresponsabilità. *Cognitivismo Clinico* 2, 1, 59-74.
- Dèttore D e Melli G (2005). Strategie motivazionali per l'Esposizione e Prevenzione della Risposta nel trattamento del Disturbo Ossessivo-Compulsivo. *Cognitivismo clinico* 2, 1, 27-37.
- Gilbert P e Leahy RL (2009). Gli aspetti centrali della relazione terapeutica. In P Gilbert e RL Leahy (a cura di) *La relazione terapeutica in terapia cognitivo comportamentale*, pp. 3-26. Eclipsi, Firenze.
- Guidano VF (1987). *The complexity of the Self: A developmental approach to psychopathology and therapy*. Guilford, New York. Tr. it. *La complessità del Sé: un approccio sistemico-processuale alla psicopatologia e alla terapia cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino 1988.
- Guidano VF e Liotti G (1983). *Cognitive processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy*. Guilford, New York.
- Katzow AD e Safran JD (2009). Riconoscere e risolvere le rotture nella relazione terapeutica. In P Gilbert e RL Leahy (a cura di) *La relazione terapeutica in terapia cognitivo comportamentale*, pp. 103-121. Eclipsi, Firenze.
- Lakatos A e Reinecker H (2005). *Terapia cognitivo-comportamentale nel disturbo ossessivo-compulsivo. Un manuale terapeutico*. F Mancini e A Rainone (tr. it. a cura di) Giovanni Fioriti, Roma.
- Lamela C (2006). Il disturbo ossessivo-compulsivo. In S Sassaroli, R Lorenzini e GM Ruggiero (a cura di) *Psicoterapia cognitiva dell'ansia. Rimuginio, controllo ed evitamento*, pp. 341-357. Raffaello Cortina, Milano.
- Mancini F (2002). Un modello cognitivo del Disturbo Ossessivo-Compulsivo. *Psicoterapia* 22-23, 43-60.
- Mancini F (2005). Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo. In BG Bara (a cura di) *Il manuale di terapia cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Mancini F e Gragnani A (2005). L'Esposizione con Prevenzione della Risposta come pratica della accettazione. *Cognitivismo Clinico* 2, 1, 38-58.
- Mancini F e Perdighe C (2008, 2010). Il disturbo ossessivo-compulsivo. In C Perdighe e F Mancini (a cura di) *Elementi di psicoterapia cognitiva*, I ed., pp. 109-123. Giovanni Fioriti, Roma.
- Mosticoni R (1984). *La ricerca nevrotica dell'equilibrio*. Bulzoni Ed., Roma.
- Perdighe C (2006). Uso strategico della relazione terapeutica. Relazione come strumento di cambiamento. Lezione di Marzo 2006 presso Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) sede di Ancona.

- Rachman S (2004). Fear of contamination. *Behaviour Research and Therapy* 42, 1227-1255.
- Romano G e Perdighe C (2005). Quando temo di sentirmi tutto sporco: il caso di un paziente con disturbo ossessivo compulsivo e timore di contaminazione dalle proprie feci. *Cognitivismo Clinico* 2, 1, 75-88.
- Röper G (2005). Esposizione con Prevenzione della Risposta: Storia e applicazioni. *Cognitivismo Clinico* 2, 1, 3-18.
- Safran JD e Segal ZV (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Basic Books, New York. Tr. it. *Il processo interpersonale nella terapia cognitiva*. Feltrinelli, Milano 1993.
- Saliani AM (2008). Teoria e pratica della relazione terapeutica. In C Perdighe e F Mancini (a cura di) *Elementi di psicoterapia cognitiva*, pp. 63-83. Giovanni Fioriti, Roma.
- Saliani AM, Barcaccia B e Mancini F (2011). Interpersonal vicious cycles in Anxiety Disorders. In M Rimondini (a cura di) *Communication in Cognitive-Behavioral Therapy*. Springer, New York.
- Salkovskis PM (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research & Therapy* 23, 571-583.
- Salkovskis PM (1996). The cognitive approach to anxiety: Threat beliefs, safety seeking behavior, and the special case of health anxiety and obsessions. In PM Salkovskis (a cura di) *Frontiers of cognitive therapy*, pp. 48-74. Guilford Press, New York.
- Salkovskis PM (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research & Therapy* 37, suppl 1, S29-52.
- Sanavio E (1991). La relazione paziente-terapeuta. In E Sanavio, *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, pp. 195-204. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Semerari A (1991). *I processi cognitivi nella relazione terapeutica*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Semerari A (2000). *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Editori Laterza, Roma-Bari.
- Semerari A (2003). La relazione terapeutica. In BG Bara (a cura di) *Manuale di psicoterapia cognitiva*, pp. 105-130. Bollati Boringhieri, Torino.
- Vinai P (2006). La relazione terapeutica con il paziente ansioso. In S Sassaroli, R Lorenzini e GM Ruggiero (a cura di) *Psicoterapia cognitiva dell'ansia. Rimuginio, controllo ed evitamento*, pp. 503-537. Raffaello Cortina, Milano.
- Wells A (1999). *Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia*. McGraw-Hill Libri Italia srl.