

IL PAZIENTE OSSESSIVO: RAPPRESENTAZIONI RELATIVE ALL'INTERVENTO DI AIUTO E IMPASSE TERAPEUTICHE

Angelo Maria Saliani* e Francesco Mancini**

* Docente e Didatta Scuola di Psicoterapia Cognitiva s.r.l., Roma

** Direttore Scuole di Specializzazione Associazione di Psicologia Cognitiva e Scuola di Psicoterapia s.r.l., Roma

Corrispondenza: Angelo Maria Saliani, Viale Castro Pretorio 116, 00185 Roma. saliani@apc.it

Riassunto

Questo lavoro ha lo scopo di descrivere le *impasse* terapeutiche che si incontrano nel trattamento del disturbo ossessivo avendo come oggetto privilegiato della nostra analisi le rappresentazioni del paziente. In particolare, cercheremo di rispondere alle seguenti domande: come valuta il paziente ossessivo l'aiuto psicologico proposto dal terapeuta? Quali sono le specifiche valutazioni che ostacolano o rendono persino vano tale aiuto? Risponderemo muovendo da una delle tesi più accreditate nel mondo del cognitivismo clinico: quella secondo cui la sintomatologia ossessiva sia determinata da un senso ipertrofico di responsabilità (Arntz et al. 2007; Ladouceur et al. 1997; Lopatka e Rachman 1995; Mancini et al. 2004; Salkovskis 1985, 1989; Salkovskis e Forrester 2002; Shafran 1997) ed in particolare da un timore di colpa morale (Basile e Mancini 2011; Gangemi et al. 2007; Mancini 2005; Mancini e Gangemi 2004; Mancini et al. 2008; Rachman 1993; Shafran et al. 1996; Shapiro e Stewart 2011). Sosterremo, in accordo con tale tesi e sulla base della osservazione clinica, che è possibile interpretare gran parte delle resistenze al trattamento e delle *impasse* relazionali come effetti di valutazioni riconducibili alle stesse strutture psicologiche implicate nella genesi della sintomatologia ossessiva (Saliani e Mancini 2010) e forniremo, con l'aiuto di esemplificazioni cliniche e stralci di dialogo interno riferito dai pazienti, una descrizione dettagliata di tali valutazioni operanti nelle diverse fasi del trattamento.

Parole chiave: disturbo ossessivo-compulsivo, *impasse* dell'alleanza terapeutica, timore di colpa morale.

THE OBSESSIVE PATIENT: REPRESENTATIONS REGARDING THE THERAPEUTIC INTERVENTION AND IMPASSES IN THE TREATMENT

Abstract

This paper describes the *impasses* occurring in the treatment of Obsessive-Compulsive Disorder, being the special object of our analysis the patient's representations. In particular we shall try to answer the following questions: how does the obsessive-compulsive patient evaluate the psychological help provided by the psychotherapist? Which are the peculiar evaluations that hinder or even nullify this kind of help? We shall answer starting from one of the most substantiated thesis in the field of clinical cognitivism, the one

according to which the obsessive symptomatology can be traced back to evaluations due to an hypertrophic sense of responsibility (Arntz et al. 2007; Ladouceur et al. 1997; Lopatka & Rachman 1995; Mancini et al. 2004; Salkovskis 1985, 1989; Salkovskis & Forrester 2002; Shafraan 1997) and more specifically to a fear of moral guilt (Basile e Mancini 2011; Gangemi et al. 2007; Mancini 2005; Mancini & Gangemi 2004; Mancini et al. 2008; Rachman 1993; Shafraan et al. 1996; Shapiro & Stewart 2011). We shall maintain, consistently with the above-mentioned thesis and on the basis of the clinical observation, that it is possible to explain most of the resistances to change and of the relational deadlocks as effects of evaluations amenable to those very same psychological structures implied in the genesis of the obsessive symptomatology (Saliani & Mancini 2010) and we shall provide, through clinical examples and excerpts of self-dialogue reported by patients, a thorough description of these kind of evaluations occurring in the various phases of treatment.

Key words: obsessive-compulsive disorder, impasses in the therapeutic alliance, fear of moral guilt.

Introduzione

Sebbene già da qualche decennio si disponga di trattamenti psicoterapici efficaci del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) non di rado i clinici incontrano difficoltà nell'instaurare con i pazienti che ne sono affetti un'autentica alleanza terapeutica, intesa come un rapporto caratterizzato da reciproco accordo sugli obiettivi del trattamento, sui compiti necessari per raggiungere tali obiettivi e da un legame reciproco positivo (Bordin 1979). La ragione di tale difficoltà può essere, in parte, spiegata dal tipo di tecniche proposte al paziente. Le procedure di *Esposizione e Prevenzione della Risposta (E/RP)* (Meyer 1966; Meyer et al. 1974; Rachman et al. 1976), ad esempio, che ad oggi rappresentano il trattamento psicologico elettivo del disturbo, richiedono la disponibilità a tollerare quote significative di ansia e un impegno sistematico e prolungato nell'esecuzione dei compiti terapeutici. Tali condizioni previste dalla terapia cognitivo-comportamentale possono perciò indubbiamente giustificare casi di scarsa *compliance* al trattamento, tuttavia l'osservazione clinica suggerisce che altre e più specifiche ragioni psicologiche possano determinare *impasse* terapeutiche nel corso dell'intero trattamento. Il paziente ossessivo può apparire oppositivo, passivo-aggressivo, noioso, verboso, può ridefinire continuamente le formulazioni proposte dal terapeuta o girare a lungo intorno al cuore del problema rendendo ardua la conduzione della fase di *assessment* e concettualizzazione del caso; ma allo stesso modo può mostrare esitazioni, riserve, dubbi, ripensamenti anche durante la fase di implementazione dell'intervento e, infine, in fase di chiusura del trattamento, può accadere che sottostimi i risultati ottenuti o esprima il dubbio penoso di non avere ancora sviscerato le cause più "profonde" del disturbo, con il rischio di rendere la terapia virtualmente interminabile.

Nei capitoli che seguono analizzeremo dapprima le caratteristiche generali delle rappresentazioni del terapeuta che il paziente ossessivo intrattiene (nonché le reazioni emotive e gli atteggiamenti problematici più frequenti che ne derivano); in seconda battuta descriveremo le valutazioni più puntuali che, nella nostra esperienza, compaiono nelle fasi di *assessment*, di implementazione delle tecniche e di chiusura del trattamento. Non sarà invece oggetto privilegiato di questo lavoro la trattazione approfondita delle strategie di superamento delle *impasse*.

1. Il terapeuta come Tecnico, Censore e Vittima

Le rappresentazioni problematiche del paziente ossessivo relative al terapeuta sembrano riguardare tipicamente due piani: quello tecnico e quello morale, con quest'ultimo che dà un significato e una valenza specifici al primo. Il terapeuta viene infatti spesso valutato dal paziente

per la sua maggiore o minore competenza ed esperienza, per il suo rigore professionale, ma anche per la sua maggiore o minore severità e inclinazione al giudizio morale e, infine, persino per il suo possibile ruolo di vittima di ipotetici danni derivanti direttamente o indirettamente dal paziente stesso. Il terapeuta può in definitiva essere rappresentato e valutato come un *tecnico* (capace/incapace, volenteroso/negligente, virtuoso/dissoluto), un *censore* che giudica, prescrive, assolve o sanziona, o infine come una *vittima* di danni derivanti dal rapporto con il paziente. Un tecnico può commettere errori per propria superficialità, incapacità o inesperienza e il paziente ritenere di avere il dovere stringente verso sé stesso di vigilare sul suo operato. Da questo tipo di rappresentazione può facilmente derivare un controllo iper-scrupoloso del terapeuta, della sua puntualità, della maggiore o minore sicurezza con cui formula una prescrizione terapeutica, della sua capacità di ricordare dettagli ritenuti importanti, con una serie di possibili conseguenze negative sul processo terapeutico e l'esito del trattamento. Tuttavia, il paziente può anche temere che il tecnico sbagli non per sua mancanza, ma perché colpevolmente indotto all'errore da proprie (del paziente) imprecisioni, omissioni, dunque dal proprio scarso impegno. Da questa temuta evenienza possono evidentemente derivare altri effetti deleteri dovuti a una verifica iper-scrupolosa della propria *performance* di paziente, con test continui del proprio eloquio, ridefinizioni ricorrenti, esecuzione ossessiva dei compiti a casa e, in generale, un atteggiamento segnato molto più dalla correttezza formale della prestazione fornita in seduta che da un sereno affidamento alle indicazioni terapeutiche.

Considerata la spiccata sensibilità dei pazienti ossessivi alle espressioni interpersonali di critica (Ehnholt et al. 1999; Mancini et al. 2006; Pace et al. 2011), è inoltre facile che lo stesso terapeuta venga rappresentato come un censore, qualcuno che giudica moralmente i pensieri, le emozioni e i comportamenti del paziente, prescrive norme, rimprovera e punisce. Anche da tale rappresentazione possono evidentemente derivare seri problemi per la qualità della relazione terapeutica ed una serie di atteggiamenti tipici del paziente ossessivo: dalla chiusura e il riserbo timorosi al chiarimento continuo delle proprie buone intenzioni, fino a confronti dialettici o fratture dovuti al desiderio di svincolo rabbioso da una censura percepita come ingiusta. Confronti che, in buon numero di casi, saranno seguiti da rinnovati timori e tentativi ostinati di chiarire le proprie ragioni. Il tutto in un equilibrio perenne e problematico fra acquiescenza timorosa alle prescrizioni provenienti dall'autorità morale e il desiderio di affrancarsene (Balestrini et al. 2011). Tale ambivalenza descrive bene, a nostro avviso, lo speciale tipo di rapporto che il paziente ossessivo intrattiene con i problemi di natura morale. Il senso di responsabilità ed il timore di colpa che la letteratura scientifica ha evidenziato, più che un'adesione piena e sintonica alla norma morale – tipo di adesione che si rintraccia di frequente nel disturbo ossessivo di personalità –, sembrano invece segnalare, nei pazienti ossessivi di asse I del DSM-IV-TR (APA 2000), un rapporto ambivalente e talvolta conflittuale con essa. La norma, la cosa giusta da fare, il controllo o il lavaggio da compiere, il tentativo ostinato di mandare via un pensiero scabroso, sono qui percepiti come doverosi e irrinunciabili, ma al tempo stesso come gravosi e opprimenti e spesso si accompagnano a lunghi e penosi ragionamenti dialettici volti ad accertare in via definitiva l'assenza di una propria responsabilità morale (Johnson-Laird et al. 2006; Mancini 2005). In altri termini, non di rado è possibile rilevare un conflitto tra il proposito di aderire doverosamente a prescrizioni e giudizi emanati dall'autorità morale allo scopo di prevenire colpe, e il desiderio di opporsi agli stessi, percepiti come costosi e irragionevoli. Conflitto che può facilmente riproporsi nel rapporto con il terapeuta-*censore* e manifestarsi con atteggiamenti ambivalenti e oppositivi.

Nella tormentata valutazione della propria esperienza terapeutica il paziente può infine,

non di rado, giungere alla conclusione di avere danneggiato o poter danneggiare il terapeuta, che viene dunque rappresentato come vittima. Vittima di possibili malintesi, del presunto scarso impegno del paziente, delle sue eventuali contrapposizioni dialettiche, vittima persino, direttamente o indirettamente, degli effetti deleteri dei propri sintomi. Da tali rappresentazioni potranno facilmente derivare sensi di colpa, verifiche ossessive dello stato del terapeuta, ricorso continuo a scuse e chiarimenti superflui, timore dell'ira del terapeuta. E ancora una volta, un'attenzione orientata più a valutare la correttezza e le eventuali conseguenze negative della propria *performance* che all'uso fiducioso dell'aiuto offerto dal terapeuta. La ragione di ciò non sembra risiedere in una aspecifica sfiducia di fondo, quanto piuttosto nella difficoltà di abbassare la guardia rispetto al pericolo di compromettere colpevolmente lo scopo di un uso *giusto* della propria esperienza terapeutica.

2. La preoccupazione e la rabbia del paziente ossessivo

Alla luce delle considerazioni espresse nel paragrafo precedente, possiamo leggere i problemi più frequenti di non adesione al trattamento – o di uso infruttuoso dell'aiuto proposto dal terapeuta – come effetti del tentativo di difendersi da specifiche minacce e danni ingiusti. Le resistenze del paziente non sembrano cioè derivare da una generica ostilità nei confronti del terapeuta, quanto piuttosto dal timore di fare errori imperdonabili e/o dalla sensazione di non essere aiutato nel modo *giusto* (da cui un atteggiamento di cronica preoccupazione e rabbia). Di questi due stati mentali (la preoccupazione dovuta al timore di colpa e la rabbia) forniremo una disanima più completa nella seconda parte del paragrafo, ma prima elencheremo gli atteggiamenti problematici manifesti che da essi derivano e che più di frequente ostacolano il processo terapeutico.

Gli indicatori che segnalano la preoccupazione morale e/o la rabbia del paziente ossessivo nel corso della terapia sono, a grandi linee, i seguenti:

-**chiusura e riserbo**, dovuti, ad esempio, al timore del giudizio morale e professionale del terapeuta o al timore ossessivo di dire la cosa sbagliata o pronunciare una parola tabù.

-**dubbiosità pervasiva** espressa sulla terapia, sull'approccio seguito, sulle tecniche, sulle cause del disturbo, sulle qualità del terapeuta ecc., dovuta, ad esempio, al timore ossessivo di seguire la strada sbagliata, perdere tempo, sprecare denaro, procurarsi dei danni iatrogeni.

-**ridefinizioni continue delle formulazioni del terapeuta** derivanti, spesso, dalla sensazione che il terapeuta non abbia fornito una formulazione *corretta* ed *esauriente* e dal percepito dovere di metterlo nelle condizioni di operare al meglio.

-**contrapposizioni dialettiche**, derivanti, ad esempio, dal tentativo di far valere le ragioni dai cui derivano i timori ossessivi, ma come vedremo più avanti, nel corso del paragrafo, anche da altri ordini di valutazioni. Non di rado le contrapposizioni sono seguite dal timore di avere espresso in modo esagerato il proprio disappunto e dallo sforzo di recuperare un contegno non ostile.

-**compiacenza formale** verso le indicazioni terapeutiche, dovuta a un accordo non *completo* con il rationale dell'intervento, solitamente seguita dalla non esecuzione delle prescrizioni o da esecuzione scolastica delle stesse.

-**eloquio stentato e incerto**, dovuto al controllo iper-scrupoloso dei modi e dei contenuti *giusti* da esprimere.

-**logorrea**, dovuta spesso al timore di omettere dettagli *fondamentali*.

Gli atteggiamenti problematici sopra elencati possono essere ricondotti, in ultima istanza,

al timore di colpa morale, alla paura di venire meno ad una propria responsabilità. Il paziente ossessivo, in altri termini, appare spesso come una persona preoccupata e incline a vivere la terapia come un compito delicato e doveroso. Da tale preoccupazione morale derivano non di rado tentativi di controllare ossessivamente le *performance* propria e del terapeuta e una serie di effetti controproducenti che complicano il percorso terapeutico.

Tuttavia a complicare il rapporto con il terapeuta e a determinare contrapposizioni e chiusure sopraggiunge spesso anche l'emozione di rabbia, essa stessa inevitabilmente connessa a temi morali. Le ragioni della rabbia del paziente sono a nostro avviso di almeno quattro tipi. Li elenchiamo di seguito, ciascuno accompagnato da un dialogo interno tipico che esemplifichi lo stato mentale del paziente:

-Rabbia da difetto di empatia: *"il terapeuta, come tutti, trova assurde le mie paure, non le comprende e vuole solo convincermi a non fare rituali. Non è giusto!"*

-Rabbia da irresponsabilità del terapeuta: *"il terapeuta è superficiale e mi espone da irresponsabile al rischio di errori imperdonabili!"*

-Rabbia da incapacità tecnica del terapeuta: *"il terapeuta è incapace, io perdo tempo e denaro per colpa sua, e la terapia con lui rischia di farmi più male che bene!"*

-Rabbia da censura o prescrizione ingiusta: *"il terapeuta mi impone prescrizioni severe, mi giudicherà male e si arrabbierà se io non le eseguirò. Non è giusto!"*

L'emozione di rabbia non appare quasi mai svincolata dal timore di colpa, ed anzi sembra spesso funzionale allo scopo del paziente di mantenere una condotta responsabile. Un terapeuta poco empatico, superficiale e incapace è infatti avvertito come grave ostacolo al proprio scopo di curarsi scrupolosamente e nel modo *giusto*, esponendo il paziente al rischio di errori e sensi di colpa. La rabbia da censura ingiusta merita invece una considerazione a parte. Essa sembra segnalare la particolare sensibilità del paziente alle pressioni morali e alle colpevolizzazioni e il simultaneo desiderio di svincolarsene. Essa, in altri termini, più che motivata dal timore di fare errori per colpa dell'altro, sembra essere una reazione da eccesso di pressione morale percepita e segnalare il rapporto ambivalente che il paziente ossessivo intrattiene con la norma e la fonte autorevole che la emana (cfr. paragrafo 1).

3. Impasse nelle fasi di assessment, implementazione e chiusura del trattamento

Passiamo ora ad illustrare alcune classi di valutazioni problematiche tipiche del paziente e attive nel corso delle fasi di *assessment*, implementazione dell'intervento, e chiusura del trattamento. Proveremo ad esemplificare ciascuna di esse con stralci di dialogo interno riferiti dai pazienti e con la descrizione di casi clinici caratteristici, segnaleremo le anomalie comunicative che ne derivano e gli effetti che tali anomalie producono sul processo terapeutico.

3.1. La fase di assessment

Le classi di valutazioni problematiche relative alla fase di *assessment* che abbiamo rilevato durante la nostra pratica clinica sono sette. Le abbiamo distinte sulla base degli scopi più superficiali da esse segnalati, ovvero quelli di: fornire al terapeuta una **spiegazione perfetta**, difendersi dal timore del **giudizio morale del terapeuta**, evitare una **brutta figura**, prevenire la **conferma tecnica della propria indegnità morale**, evitare la **diagnosi di follia**, evitare di **danneggiare o offendere il terapeuta**, non esporsi alla pronuncia di parole tabù o al pensiero di **contenuti tabù**. Come vedremo, a dispetto della apparente varietà di scopi in gioco, tutti

sembrano strumentali a quello sovra-ordinato di prevenire colpe morali.

3.1.1. La spiegazione perfetta:

“se non spiego scrupolosamente il mio problema, se non dò risposte accurate, il terapeuta non capirà, sbaglierà diagnosi e imposterà male la terapia. Non potrei perdonarmelo!”

Caso 1: Mauro

Mauro, un uomo di mezza età gravemente ossessivo, parla in prima seduta della sua paura di commettere errori e dimenticanze imperdonabili sul posto di lavoro, di esporsi ai rimproveri dei superiori e ai malumori dei colleghi. Per questo rilegge lentamente e ripetutamente uno stesso documento, controlla compulsivamente di avere chiuso a chiave tutti gli archivi dell'ufficio prima di andare via o rimugina a lungo sull'ipotesi di avere offeso la collega con una frase infelice. Ha anche timori ossessivi di contaminazione e dedica molto tempo a lavaggi ed evitamenti di luoghi, oggetti e persone considerati sporchi. Mauro descrive in modo verboso, dettagliato, affannoso i suoi problemi. Torna più volte su un concetto, prova a chiarirlo meglio, apre parentesi, specifica, si corregge, cerca ossessivamente gli esempi giusti. Quando il terapeuta prova a porgli una domanda o a proporgli ipotesi di formulazione del problema, esita, chiede chiarimenti sul senso della domanda, ridefinisce le ipotesi proposte, esprime riserve. Dopo quattro sedute di *assessment*, sebbene il terapeuta creda di avere un'idea sufficientemente chiara del funzionamento del paziente, non si è ancora giunti ad una formulazione condivisa del problema e la possibilità di avviare l'intervento terapeutico vero e proprio appare lontana. Il terapeuta inizia ad avvertire senso di frustrazione e irritazione per le continue ridefinizioni del paziente e quest'ultimo appare sempre più ansioso di fornirle nel modo più chiaro e definitivo possibile.

In questo esempio clinico lo scopo ossessivo del paziente consiste nel fare del proprio meglio per consentire al *tecnico* di operare bene. L'effetto ottenuto è evidentemente opposto. Il tecnico è messo in difficoltà dalla logorrea puntigliosa e inarrestabile del paziente e si è ben lontani dal porre le basi di una salda alleanza terapeutica. Questo però non consente al paziente di modificare il proprio eloquio e tollerare approssimazioni, è concentrato sul tentativo di non fare errori o omissioni imperdonabili. In altri termini, la *performance* deve essere impeccabile – non dovrà un domani rimproverarsi di essere stato superficiale e approssimativo. Costi quel che costi.

Non è raro riscontrare nelle prime sedute con pazienti ossessivi una preoccupazione simile e la logorrea non è l'unica conseguenza che da essa può derivare. Non di rado, pazienti con temperamenti diversi – o lo stesso paziente in momenti diversi – possono alternare un eloquio simile a quello di Mauro, ovvero verboso, puntiglioso, polemico, ad uno stentato, incerto, balbettante, timoroso, per certi versi opposto a quello sopra descritto, ma sempre dovuto alla stessa preoccupazione di fondo: dire la cosa sbagliata, dirla male, omettere il dettaglio che conta, e sempre con analoghi effetti negativi sul processo terapeutico.

3.1.2. Il giudizio morale del terapeuta:

“se parlo al terapeuta del pensiero ricorrente di accoltellare i miei bambini, mi giudicherà una madre indegna. Sarebbe inaccettabile!”

Caso 2: Marta

Marta è una donna quarantenne, madre di due bambini. In fase di *assessment*, l'esplorazione del problema è bloccata. La paziente appare angosciata, parla in modo laconico, accenna alla

intollerabilità di taluni pensieri, ma non racconta altro del proprio dialogo interno. Il terapeuta è in difficoltà, non riesce a farsi un'idea precisa del problema della paziente, ogni sua domanda ottiene risposte vaghe, incomplete, telegrafiche o silenzio. Solo dopo molte sedute scopre che Marta è ossessionata da pensieri a contenuto aggressivo riferiti ai propri figli e che parlarne le procura una forte angoscia dovuta, tra le altre ragioni, al timore di essere considerata dal terapeuta una persona spregevole.

L'esempio clinico di Marta descrive bene il timore che talvolta i pazienti ossessivi hanno del giudizio morale del terapeuta che, dunque, in questi casi finisce per essere rappresentato come un *ensore* severo. Qui a preoccupare il paziente non è la qualità tecnica della *performance* propria e del terapeuta, quanto piuttosto due minacce: quella alla propria immagine sociale di soggetto morale, e quella al proprio scopo doveroso di difenderla. In questi casi, è probabile che, almeno in una prima fase, la preoccupazione del paziente si manifesti con riserbo e tendenza alla chiusura più che con un eccesso di verbosità e ricerca spasmodica del termine esatto, come accadeva nell'esempio prima riportato di Mauro. L'effetto che tale atteggiamento può, con più facilità, avere sul percorso terapeutico è lo stallo nell'esplorazione del problema.

3.1.3. L'interpretazione del terapeuta come conferma tecnica dei propri timori d'indegnità morale:

“e se il terapeuta, in virtù della sua conoscenza scientifica della mente umana, mi confermasse che i pensieri a contenuto aggressivo non sono altro che l'espressione dei miei reali desideri? Che, sotto sotto, voglia davvero fare del male ai miei figli? Oddio, sarebbe terribile!”

Caso 2: Marta (vedi paragrafo 3.1.2)

Il caso di Marta, già esaminato, si presta bene a mettere in luce un altro tipo di preoccupazione dei pazienti ossessivi, oltre quella già esaminata per il giudizio morale proveniente dal terapeuta censore: ovvero il timore che l'interpretazione tecnica del contenuto delle ossessioni sveli e confermi al paziente stesso la propria indegnità morale. A ben guardare, qui il paziente non è preoccupato (o non solo) per la propria immagine, quanto piuttosto della valutazione del tecnico il quale, pur astenendosi da giudizi personali, potrebbe fornire il dato, la conferma “scientifica” della sua intima malvagità (“e se mi viene confermato che il pensiero raccapricciante che faccio non è altro che l'espressione conscia dei miei desideri inconfessabili?”). Le conseguenze manifeste di questo timore non differiscono molto da quelle dovute alla paura del giudizio morale e consistono nel riserbo iniziale accompagnato talvolta dalla richiesta ossessiva della “certificazione” tecnica che i pensieri ossessivi non coincidono con i reali desideri di una persona.

3.1.4. La figura ridicola:

“se parlo al terapeuta del mio bisogno di evitare ricordi e immagini di mia nonna e di mia madre in costume, al mare, per paura che poi mi vengano impulsivi a contenuto incestuoso, mi troverò ridicolo. Sono un professionista affermato, posso espormi ad una figura tanto comica? Non devo lasciare che accada!”

Caso 3: Filippo

Filippo è un uomo di 55 anni, dirigente di un'importante società. Riferisce di soffrire di strane ansie che lo tormentano da sempre. Si sofferma sui problemi di rapporto con i figli, entrambi adolescenti e irrequieti, oltre che sulla sua vecchia paura di volare. Parlando di questi problemi

non appare realmente angosciato. Traspasiona piuttosto orgoglio e piacere quando parla dei figli, e un certo distacco divertito quando racconta delle paure e delle peripezie che precedono e accompagnano ogni suo volo. Il percorso terapeutico si interrompe dopo quattro sedute, quando è ormai chiaro che non sono questi ultimi due i problemi che tormentano Filippo, e il terapeuta torna cautamente a chiedergli in cosa consistano le “strane ansie” di cui aveva parlato in prima visita. Il paziente disdice telefonicamente l'appuntamento già preso per la settimana successiva e comunica che, a causa dei troppi impegni, non potrà continuare la terapia. Solo molti mesi dopo ricontatta il terapeuta per un nuovo appuntamento. Si sente senza più forze, ma ha letto su internet di casi di persone del tutto “normali” con problemi simili ai suoi e questo sembra averlo incoraggiato e convinto a riprovare. In seduta racconta delle sue ossessioni a contenuto sessuale che sin dall'adolescenza lo torturano: riguardano soprattutto la nonna, scomparsa da tempo – dettaglio che rende ancora più penosa la sua condizione –, alcune zie e la madre. Il paziente riferisce di provare una profonda vergogna, oltre che colpa, per questi assurdi impulsi che affollano la sua mente. Ammette che, in occasione dei loro primi incontri, era convinto che il terapeuta stesso avrebbe riso di lui e dei suoi pensieri e che, essendo un uomo non più giovanissimo e con una reputazione da difendere, non se l'era sentita di concedersi il rischio di una tale figura.

Il caso di Filippo consente di soffermarci su un altro aspetto che può preoccupare il paziente durante la fase di *assessment* e rendere vani i tentativi di esplorazione e comprensione del terapeuta: quello della difesa della buona immagine (Castelfranchi 2005). Qui il paziente teme non solo il disprezzo del terapeuta-*censore*, ma anche la sua derisione. Lo immagina sorprendersi divertito del racconto e ridere sotto i baffi per la bizzarria delle sue ossessioni a contenuto sessuale ed incestuoso e prova, per questo, una profonda vergogna. Egli, un uomo di un certo prestigio, che pensa alla madre e alle zie novantenni nude e impegnate, proprio con lui, in improbabili incontri sessuali. Semplicemente ridicolo!

A ben guardare, il riserbo di Filippo, come nel caso del timore del giudizio morale (paragrafo 3.1.2) serve a proteggerlo da almeno due minacce: la prima, come detto, consiste nel rischio della figura ridicola; la seconda nel venire meno al dovere di difendere la propria reputazione. In altri termini, per il paziente parlare apertamente delle proprie ossessioni implica esporsi colpevolmente ad una brutta figura e, dunque, provare simultaneamente vergogna e colpa.

Le conseguenze manifeste del timore della brutta figura in fase di *assessment* possono consistere nel riserbo silenzioso o nel difficile tentativo di descrivere il problema senza svelare il contenuto delle ossessioni, con possibile stallo nell'esplorazione del problema ed impossibilità di giungere ad una sua formulazione.

3.1.5. La diagnosi di follia:

“se parlo al terapeuta dei significati simbolici che do ai numeri e delle complicate operazioni matematiche che mi sento costretto a fare mentalmente, penserò che sono schizofrenico, lo verranno a sapere i miei genitori, la loro vita sarà rovinata. Non me lo perdonerei!”

Caso 4: Carlo

Carlo è un ragazzo di 19 anni, al primo anno di università. Racconta di avere paura di perdere le persone a lui care: in particolare, la sua ragazza e i suoi due fratellini. Vorrebbe che la terapia lo aiutasse a liberarsi di questa paura. La considera irrazionale e in ogni caso troppo opprimente. Quando il terapeuta gli chiede se e cosa abbia fatto finora per provare a contenere questa angoscia

così profonda, Carlo risponde semplicemente di aver provato a non pensarci, ma senza successo. Nel rispondere appare preoccupato e vago e torna rapidamente a ribadire il suo unico obiettivo: non avere paure irrazionali! Il terapeuta ha la sgradevole sensazione di girare intorno al problema senza mai riuscire a metterlo a fuoco. Solo dopo molte sedute, alcuni appuntamenti mancati e il rischio di un precoce abbandono della terapia, emergerà con chiarezza un grave quadro clinico caratterizzato da ossessioni e compulsioni. Carlo ha costruito, sin dall'infanzia, un complesso sistema di simboli numerici che attraverso operazioni aritmetiche salvifiche possono scongiurare o, in caso di operazione male eseguita, favorire l'evento infausto (la morte di un caro, una grave sciagura aerea, l'esplosione di una epidemia ecc.). Nel corso degli anni il numero e la complessità delle operazioni sono via via aumentati e la loro esecuzione richiede ormai molte ore della giornata e, sebbene Carlo si dica consapevole della loro natura scaramantica ed irrealistica, non può a fare a meno di compierle. Peraltro, da qualche tempo, inizia anche a mettere in dubbio l'infondatezza logica di alcune ossessioni. Non ne ha parlato mai con nessuno. Teme di essere considerato matto, una specie di piccolo Nash di *A Beautiful Mind*. Anche il terapeuta avrebbe potuto fare diagnosi di schizofrenia, informare i suoi genitori e sconvolgere la loro vita. Non se lo sarebbe mai perdonato. Da tali timori, spiega, sono derivati le grandi difficoltà incontrate nella prima fase della terapia e il proposito, poi abbandonato, di interromperla.

Il caso di Carlo ci consente di evidenziare un altro timore che può portare i pazienti ossessivi alla chiusura e alla resistenza: quello della follia. In effetti, i contenuti delle ossessioni e il tipo di compulsioni appaiono talvolta tanto bizzarri e insoliti da ricordare quadri psicotici, e solo una valutazione clinica accurata può consentire una corretta diagnosi. Ancora una volta, come nel caso di Marta (paragrafo 3.1.3), il paziente è al cospetto di un terapeuta-*tecnico* dalla cui valutazione possono derivare effetti terribili. Il timore ultimo, tuttavia, non sta solo nel fatto di scoprire di essere psicotici - spesso i pazienti, nonostante la bizzarria dei propri sintomi, sono sicuri di non essere psicotici e non temono smentite su questo -, ma anche nel fatto che, se il tecnico li inquadrasse come psicotici, da tale diagnosi deriverebbero scenari catastrofici (ad es.: impostazione di una terapia sbagliata, la preoccupazione dei cari, lo stigma ecc.) di cui il paziente si sentirebbe in buona misura responsabile. Dunque, come già visto per altri casi, anche qui le minacce considerate sono di almeno due tipi: la prima è quella di scoprirsi portatore di una grave malattia psichiatrica in virtù della diagnosi del tecnico; la seconda è quella di sentirsi colpevoli delle conseguenze negative che dalla diagnosi di follia deriverebbero (a prescindere dalla correttezza tecnica della stessa).

3.1.6. Il timore di danneggiare il terapeuta:

“il terapeuta non sa quanto è diffuso l'amianto ... se gliene parlo potrebbe diventare anche per lui un tarlo, scoprire che il suo quartiere ne è pieno, decidere di cambiare casa, litigare per questo con sua moglie e divorziare. La sua vita sarebbe distrutta. Già, ma se non gliene parlo rischio di lasciare ammalare lui e i suoi cari. Dio mio, che responsabilità tremenda!”

Caso 5: Ludovico

Ludovico è un geometra di 27 anni ossessionato dall'amianto. Anche a causa del proprio lavoro, è consapevole della enorme diffusione di questo materiale e di quanto esso sia pericoloso per la salute. Occupa gran parte del proprio tempo libero nella ricerca ossessiva dei luoghi a più alta concentrazione di amianto, in controlli degli edifici in cui lavora, dei materiali impiegati dalla ditta da cui dipende, in evitamenti e numerosi comportamenti protettivi (ad es.: circolare

sempre con i finestrini dell'auto ben chiusi, anche in piena estate, aprire di rado, e solo a certe condizioni, le finestre di casa ecc.). In seconda seduta il paziente appare preoccupato e si dice "bloccato". Alle domande del terapeuta su cosa abbia determinato il blocco risponde che, dopo la prima seduta, si è reso conto di avere un problema in più, che, se non risolto, gli impedirà di proseguire la terapia. L'*assessment* non procede, il paziente appare sempre più angosciato e il terapeuta annaspa nel tentativo di capire cosa stia accadendo. Solo dopo qualche seduta, quando il terapeuta accenna alla sua esperienza di inquilino di un palazzo che è stato di recente ispezionato e bonificato dall'amianto, Ludovico sembra parzialmente rassicurarsi e svela le ragioni del suo "blocco". Dopo la prima seduta aveva sviluppato un dilemma ossessivo centrato sulla persona del terapeuta: chi poteva garantirgli che continuando a dare informazioni dettagliate e fondate sulla diffusione dell'amianto, non avrebbe messo nella testa del terapeuta lo stesso tarlo diabolico che stava rovinando già la sua vita? E, d'altronde, non informandolo di importanti dettagli relativi alla diffusione dell'amianto, non lo avrebbe inevitabilmente lasciato esposto al rischio di contaminarsene e morire?

Nel corso di una psicoterapia il terapeuta (o la terapia stessa) può, per varie ragioni, divenire oggetto delle ossessioni del paziente, fino al punto di comprometterne il buon esito. Nel caso di Ludovico l'ossessione consiste nel pensiero di poter procurare un danno al terapeuta, per il solo fatto di parlare, o non parlare, del contenuto delle proprie paure. Il dilemma del paziente è peraltro insolubile, perché se soffermarsi sui dettagli inquietanti relativi alla pericolosità dell'amianto significa contagiare il terapeuta delle sue stesse preoccupazioni ossessive e rovinargli la vita, d'altro canto, non parlargliene significa lasciarlo colpevolmente esposto alla contaminazione da amianto. Il terapeuta viene qui rappresentato come potenziale *vittima* di un paziente colpevole di avergli in qualche modo rovinato la vita. Le conseguenze manifeste di questo stato mentale sono il riserbo preoccupato e l'inevitabile stallo nella formulazione del problema.

3.1.7. Parlare dell'ossessione implica pronunciare o pensare il contenuto tabù:

"se parlassi al terapeuta della paura ossessiva di dire per sbaglio «mio padre è un pedofilo!» dovrei almeno pronunciare le parole padre e pedofilo o qualche sinonimo, ma pronunciarle renderebbe più facile l'errore: a quel punto potrei davvero dire inavvertitamente «mio padre è un pedofilo!». Non me lo perdonerei!"

Caso 6: Giuseppina

Giuseppina è una ragazza diciottenne che chiede aiuto perché preoccupata di non riuscire a giungere agli esami di maturità ben preparata e sufficientemente serena. Appare molto angosciata e parla in modo circospetto e confuso del problema che le impedirebbe di studiare tranquillamente. Alla fine della prima seduta il terapeuta le suggerisce di appuntarsi i pensieri che le vengono in mente quando è preoccupata. La ragazza manca al secondo appuntamento e non ricontatta più il terapeuta. Qualche settimana dopo sarà la madre di Giuseppina a telefonare al terapeuta per chiedere un nuovo appuntamento e tornare sul problema della figlia.

Giuseppina è preoccupata di poter inavvertitamente dire o scrivere di sé e dei genitori le infamie più atroci. Spende molto tempo, tutte le volte che ad esempio consegna un compito scolastico, in controlli e riletture che scongiurino il rischio che per sbaglio abbia scritto qualcosa di indecente. Ripete mentalmente tutti gli scambi verbali avuti con chicchessia per accertarsi di non avere commesso *lapsus* imperdonabili e cerca di parlare e scrivere il meno possibile. L'idea di scrivere o parlare dei suoi pensieri al terapeuta l'aveva fatta sprofondare nell'angoscia più

profonda perché l'avrebbe esposta, senza via di scampo, al rischio di usare proprio quelle parole e quelle frasi che mai avrebbe voluto uscissero dalla sua bocca.

Il caso di Giuseppina chiarisce come talvolta descrivere chiaramente al terapeuta il problema ossessivo comporti inevitabilmente un'esposizione proprio allo scenario che il paziente teme di più (ad esempio, per Giuseppina, infamare sé e i suoi genitori). In questi casi parlare del problema implicherebbe la rinuncia all'evitamento ossessivo, per questo lo stile comunicativo del paziente in seduta diviene reticente, allusivo, indiretto e, nei casi peggiori, può verificarsi un abbandono della terapia. A rendere ancora più frequenti casi in cui è per il paziente difficile parlare del contenuto dell'ossessione può inoltre contribuire il noto fenomeno della *fusione pensiero-azione*, determinato da: a) la credenza che pensare a un evento inaccettabile renda più probabile che tale evento accada; b) la credenza che avere un pensiero inaccettabile sia moralmente equivalente al fatto di averlo messo in pratica (Shafran et al. 1996). Eugenio (caso 7) era, ad esempio, un giovane padre ossessionato da immagini di incidenti terribili che sarebbero potuti capitare alla figlia, e faceva di tutto per mandare via dalla propria mente queste immagini perché convinto che, indulgiandovi col pensiero, avrebbe reso in qualche modo più probabile il verificarsi degli incidenti. Parlare al terapeuta di questa paura implicava pensare agli incidenti e dunque, dal suo punto di vista, renderli più probabili. Per questo, riuscì a farlo in seduta solo dopo molto tempo e con grande disagio. Caterina (caso 8) era invece una donna convinta che indulgiare sul pensiero di sé che sputava su immagini sacre fosse di per sé moralmente inaccettabile, nella stessa misura in cui lo sarebbe stato se lo avesse fatto davvero. Per questo evitava strenuamente qualsiasi situazione rendesse più probabile la comparsa dell'impulso. Il *setting* terapeutico rappresentava purtroppo proprio una delle situazioni che rendevano necessario pensare agli impulsi riprovevoli e divenne presto luogo e occasione di silenzi protettivi, tentativi di portare il dialogo su altri argomenti, descrizioni allusive e confuse, fino all'abbandono prematuro della terapia.

Casi come quello di Giuseppina, Eugenio e Caterina sono tutt'altro che rari e le *impasse* terapeutiche cui vanno incontro non sono dovute, a differenza degli esempi dei paragrafi precedenti, a timori legati al rapporto con il terapeuta. Qui non si teme necessariamente la valutazione tecnica o morale del terapeuta, né la sua derisione, né di poterlo in qualche modo danneggiare o offendere, quanto il fatto che parlare chiaramente delle proprie ossessioni richiede necessariamente un'esposizione alle implicazioni ansiogene delle ossessioni stesse.

Il terapeuta dovrebbe perciò sempre chiedersi, in fase di *assessment*, se le resistenze del paziente, i suoi silenzi o il suo eloquio ambiguo, o stentato, o confuso non derivino semplicemente dalla difficoltà di abbandonare l'evitamento ossessivo.

3.2. La fase di implementazione dell'intervento terapeutico

Come nella fase di *assessment*, anche in quella di implementazione della terapia possono facilmente intervenire *impasse* tecniche e relazionali dovute a specifiche valutazioni del paziente ossessivo, tutte riconducibili, in ultima istanza, allo scopo sovra-ordinato di prevenire colpe morali. Le abbiamo distinte, sulla base della osservazione clinica, in quattro gruppi di difficoltà caratterizzati da: il timore degli errori tecnici del terapeuta, il timore dei propri errori (errori del paziente), il timore dei valori personali del terapeuta e, infine, della severità delle prescrizioni terapeutiche. Esemplicheremo ciascuno di essi, come già fatto per quelli tipici della fase di *assessment*, con l'aiuto di stralci tipici di dialogo interno dei pazienti e la descrizione di uno o più casi per gruppo.

3.2.1 L'errore del terapeuta:

-“*e se il terapeuta sta sottovalutando i rischi dell'esposizione e prevenzione della risposta? E se esponendomi finisco per perdere il controllo e afferro davvero un coltello e colpisco i miei bambini? Oddio, sarebbe terribile!*”

-“*Ho notato che quando ho provato ad espormi la mia ansia è aumentata... E se le indicazioni del terapeuta si rivelassero sbagliate e i miei sintomi, invece di diminuire, peggiorassero? Non posso permettere che accada!*”

-“*E se esponendomi al rasoio del barbiere, come mi suggerisce incautamente il terapeuta, mi venisse davvero trasmesso il virus HIV? Dio mio, non me lo perdonerei!*”

-“*E se il terapeuta, per scarso impegno o impreparazione, mi da indicazioni imprecise che compromettono la terapia, rendendola inefficace e facendomi solo perdere tempo prezioso e denaro?*”

Caso 2: Marta (vedi paragrafo 3.1.2)

Marta, la giovane donna tormentata dalla paura ossessiva di perdere il controllo e colpire i figliolotti con oggetti contundenti, superate almeno in parte le *impasse* della fase di *assessment*, concordò con il terapeuta un intervento espositivo. Il trattamento consisteva, a grandi linee, nella esposizione prolungata agli oggetti minacciosi in presenza dei figli e nella simultanea rinuncia a tutti i comportamenti protettivi (tra i più frequenti, quello di non restare mai sola nella stanza con i bambini, evitare di guardare i coltelli, ripetersi tre volte “sono nel pieno controllo di me”). L'implementazione della terapia espositiva incontrò tuttavia notevoli difficoltà e, di fatto, fu avviata solo dopo molti mesi, quando il terapeuta comprese i reali timori della paziente relativi all'E/RP. Marta temeva che il terapeuta potesse sottovalutare, il rischio che ella mettesse davvero in pratica gesti aggressivi contro i figli. In altri termini, agli occhi di Marta, una terapia espositiva incauta e mal concertata dal terapeuta, avrebbe rischiato di aumentare le probabilità di commettere atti deprecabili e per questo non la eseguiva. Inoltre, temeva anche che, esponendosi agli stimoli ansigeni, le sue ossessioni e le sue angosce, invece di guarire, sarebbero aumentate.

Caso 9: Alberto

Alberto, un ricercatore poco più che quarantenne e scapolo, era ossessionato dal timore di contagi di ogni tipo. Tra le paure più resistenti quella di contrarre l'AIDS dal barbiere o dal dentista. Conteneva compulsivamente tale paura sottoponendo barbieri e dentisti ad interrogatori serrati volti ad accertare la loro cura delle misure igieniche ed evitando le operazioni che avrebbero comportato pericoli maggiori (ad esempio, tagliava i capelli, ma non si lasciava mai radere o ripulire il collo dalla peluria in eccesso – operazioni che avrebbero comportato l'uso del rasoio e dunque rischi maggiori di contagio). Nel corso del trattamento Alberto collaborò attivamente durante la fase di esplorazione e formulazione dei suoi problemi e affrontò bene i primi step della terapia espositiva, ma, da un certo punto in avanti, iniziò a mostrare nei riguardi del terapeuta un atteggiamento circospetto e polemico a cui spesso seguiva la non esecuzione dei compiti a casa concordati. Solo dopo molte sedute Alberto svelò al terapeuta cosa aveva determinato tanta resistenza. Una sera, riflettendo sulla propria esperienza terapeutica, si era detto che nessuno poteva garantirgli che il terapeuta fosse correttamente informato sulle reali possibilità di contagio, e che, in modo superficiale, avrebbe potuto spingerlo a fare cose pericolose. Non si sarebbe potuto perdonare di essersi affidato a una persona incauta. Per verificare la preparazione del terapeuta in materia di AIDS congegnò un test: avrebbe parlato in seduta dell'innocuità

dei baci. Se il terapeuta lo avesse corretto facendogli notare che invece il bacio comporta dei rischi, seppur piccoli, avrebbe superato il test; se invece non avesse detto nulla, o peggio, avesse annuito, avrebbe dimostrato la propria inaffidabilità. Il terapeuta non superò il test perché rimase in silenzio. Da quel momento qualsiasi sua indicazione terapeutica fu sottoposta a valutazioni molto severe e nella maggior parte dei casi venne disattesa, perché ritenuta insicura.

Caso 10: Gianna

Gianna, una studentessa di architettura con ossessioni di contaminazione, dopo avere concordato con il terapeuta l'avvio dell'E/RP e avere ben risposto al primo step del trattamento, giunse in studio con una espressione del volto crucciata e severa. Informata sulla tecnica E/RP, aveva concluso che il terapeuta forse non la stava applicando in modo rigoroso. Il dubbio nasceva da dettagli ininfluenti, ma le spiegazioni e le rassicurazioni del terapeuta non bastarono a scalfirlo. Gianna vedeva bene quanto poco significativi erano i dettagli tecnici da cui aveva preso spunto il dubbio, ma l'idea di potersi un domani rimproverare di avere sprecato il suo tempo con una terapia mal condotta le impediva di proseguire. Solo quando il terapeuta suggerì di mettere per un attimo da parte le ossessioni di contaminazione e le tecniche espositive, per provare a chiedersi se queste riserve sulla terapia non nascessero esse stesse da un timore di tipo ossessivo e paralizzante, Gianna sembrò rassicurarsi e tornò sulla propria decisione di abbandonare la terapia.

I casi di Marta, Alberto e Gianna mostrano come le indicazioni terapeutiche (in particolare relative all'E/RP) possano facilmente diventare oggetto di valutazioni ossessive. Una delle preoccupazioni può riguardare l'imperizia tecnica (e/o lo scarso rigore) del terapeuta, da cui deriverebbero errori e rischi imperdonabili: da quelli direttamente connessi ai sintomi ossessivi (ad es.: se mi espongo mi contagio davvero!) a quelli relativi al peggioramento del quadro clinico (ad es.: se seguo le indicazioni terapeutiche i miei sintomi aumenteranno), fino a quelli di semplice compromissione dell'efficacia della terapia (ad es.: se il terapeuta sbaglia sarà pregiudicato il buon esito della terapia!). Qui il terapeuta è visto come *tecnico* che per inesperienza o incapacità o superficialità, può prescrivere mosse sbagliate, controproducenti o inefficaci. Può comparire ostilità o diffidenza verso di lui, ma, al tempo stesso, timore di colpa per la propria negligenza. Talvolta del dialogo interno viene infatti riferito, in questi casi, lo scenario anticipato di autorimprovero per avere incautamente seguito delle indicazioni inattendibili.

Le conseguenze manifeste dovute a tali valutazioni possono consistere in ritiro, confronti dialettici, espressione di riserve e dubbi con rischi di frattura della alleanza terapeutica e interruzione del trattamento.

3.2.2 L'errore del paziente:

"starò applicando accuratamente quanto mi è stato prescritto? Avrò compreso bene le indicazioni? Non finirò per compromettere la mia terapia? Sarebbe gravissimo! Non potrei perdonarmelo".

Caso 11: Luigi

Luigi è uno studente che chiede aiuto per sintomi ossessivo-compulsivi di simmetria e ordine. Se penne, matite e libri, scarpe ed altri oggetti non sono allineati secondo un preciso criterio avverte una sgradevole sensazione di trascuratezza e prova molta angoscia, sia perché

teme magicamente che questo causerà brutti voti agli esami, sia perché vede in essa l'inizio di un degrado inarrestabile nella sua vita. La terapia espositiva procede con estrema difficoltà perché Luigi è ossessionato dal timore di applicare male le indicazioni terapeutiche. Si rimprovera di non essere stato abbastanza attento in seduta, di non ripetere in modo corretto quanto già fatto con il terapeuta e, tutte le volte che prova autonomamente ad applicare quanto concordato, è assediato da dubbi di ogni genere: dovrà aspettare che l'ansia passi *oggettivamente* o sarà sufficiente che gli sembri che sia passata? E come si potrebbe valutare oggettivamente l'ansia? E se l'ansia passa troppo velocemente non sarà perché si è distratto e ha fatto male l'esercizio? E se fa degli errori di cui non si accorge e dopo deve ricominciare tutto? E se fra un anno scopre che l'intera terapia sarà da ripetere? Questa dubbiosità gli impone di chiedere continue verifiche al terapeuta, in seduta e per telefono, ma ogni tentativo di rassicurazione seda solo temporaneamente la sua ansietà.

Il caso di Luigi mostra come, talvolta, anche quando il paziente si fida del terapeuta e delle sue indicazioni, può essere ossessionato dal pensiero della esecuzione corretta degli esercizi terapeutici. Qui il terapeuta è rappresentato come un tecnico capace, detentore attendibile di conoscenza e dispensatore di giusti consigli, e il paziente come potenziale cattivo fruitore dell'aiuto che gli viene offerto. Lo scopo principale, consiste, perciò, nel prevenire la colpa di un uso scorretto dell'aiuto tecnico. Da ciò derivano dubbi, esecuzione incerta delle prescrizioni, richieste continue al terapeuta di rassicurazione rispetto all'esecuzione, anche con un uso compulsivo del telefono, e un inevitabile stallo della terapia.

3.2.3 I valori del terapeuta:

“non mi dirà il terapeuta di accettare quei pensieri scabrosi solo perché dal suo punto di vista non sono moralmente così gravi? Non proverà a trasmettermi i suoi valori? Non devo permetterlo!”

Caso 8: Caterina (vedi paragrafo 3.1.7)

A Caterina, una donna angosciata da pensieri intrusivi a contenuto blasfemo, il terapeuta aveva suggerito - soffermandosi ampiamente sul razionale dell'intervento - di provare a tollerare il fatto che nella sua mente comparissero immagini e impulsi di quel tipo e di rinunciare ad evitamenti e tentativi *covert* di contrasto. La paziente non accolse il suggerimento e da quel momento iniziò a valutare con molta circospezione ogni intervento terapeutico. Quando Caterina parlò con un sacerdote del suo problema e delle riserve che nutriva nei confronti della terapia, quest'ultimo le riferì di conoscere quel genere di disagi psicologici e la invitò a fidarsi delle indicazioni del clinico. Solo a quel punto la paziente, rassicurata, spiegò le ragioni delle sue resistenze: prima dell'invito a tollerare i pensieri blasfemi, aveva sperato che la terapia potesse consistere nell'applicazione di tecniche in grado di eliminare i pensieri sgradevoli dalla propria mente. Quando aveva realizzato che invece parte della cura si sarebbe basata proprio sull'accettazione della presenza dei pensieri molesti, aveva temuto che tale prescrizione derivasse da una visione “scientista e amorale” della vita e che la terapia avrebbe comportato uno stravolgimento dei propri valori.

Nel caso di Caterina il terapeuta è rappresentato come un tecnico di cui non si teme l'imperizia, (come invece accadeva nei casi di Marta, Alberto e Gianna) ma, piuttosto, i valori personali e il fatto che la terapia possa comportare un conflitto tra questi e quelli della paziente. Tale timore non è raro e non deve trarre in inganno il caso portato ad esempio, suggerendo che riguardi

esclusivamente pazienti credenti. La paura che la terapia comporti l'adesione a valori diversi dai propri può essere presente anche in pazienti ossessivi privi di qualsiasi forma di adesione a una confessione religiosa¹. Un paziente con ossessioni di contaminazione potrebbe, ad esempio, temere che il terapeuta, suggerendogli di accettare il senso di sporcizia che gli provoca il contatto con determinate sostanze, gli trasmetta standard discutibili sull'igiene e sul decoro; un altro con controlli compulsivi potrebbe pensare che la prescrizione di esporsi al rischio di non avere chiuso il gas, implichi una visione troppo comoda, oltre che pericolosa, della vita; un altro con ossessioni di ordine e simmetria potrebbe vedere nelle esposizioni al disordine il rischio di adeguarsi a un'idea della vita caotica e dissoluta; e così via. Le conseguenze manifeste di tale timore sono un possibile atteggiamento guardingo nei confronti del terapeuta e resistenze passive o attive alle sue prescrizioni, che nei casi peggiori possono sfociare in una definitiva frattura dell'alleanza terapeutica e nell'abbandono della terapia.

3.2.4 Le indicazioni terapeutiche come prescrizioni severe:

“il terapeuta è severo. Potrebbe arrabbiarsi e rimproverarmi se non farò per bene quello che mi dice. Non è giusto! O forse sì...”

Caso 12: Giampiero

Giampiero ha 33 anni e lavora come impiegato di un ente statale. Presenta un quadro caratterizzato da ossessioni e compulsioni di vario tipo che gli rendono la vita estremamente faticosa e povera di gratificazioni. Tra i suoi crucci quello di non essere riuscito a terminare gli studi di scienze politiche e di non avere una compagna. Le ultime ossessioni riguardano un intervento ortodontico fatto a scopo estetico e consistono: la prima, nel tormento di essersi procurato un danno evitabile e ormai irreversibile ai denti, avendoli fatti limare per farvi apporre delle faccette protesiche; la seconda, nel terrore di poter danneggiare per distrazione o incuria le preziose faccette. I tentativi di soluzione della prima ossessione consistono in ricerche, ruminazioni e quesiti compulsivi posti ai conoscenti volti a stabilire in via definitiva che al momento dell'intervento ortodontico non fosse disponibile davvero altra scelta che quella. La seconda ossessione è invece seguita dalla rinuncia a molti cibi dalla consistenza “pericolosa” (non controindicati dall'odontoiatra), da un controllo scrupoloso della masticazione, da ispezioni continue allo specchio e dal monitoraggio compulsivo dei movimenti della testa rispetto allo spazio circostante e alle altre parti del corpo. Tutto allo scopo di prevenire urti, e dunque danni, alle faccette. Il terapeuta gli suggerisce, dopo avere spiegato il senso terapeutico dell'intervento, di sospendere le ricerche volte alla soluzione dei dubbi ossessivi, i controlli della masticazione e della testa e di tornare a mangiare i cibi evitati. Giampiero non applica quanto concordato e quando lo riferisce in seduta dilungandosi in giustificazioni e sollevando dubbi su dubbi, gli sembra di cogliere nell'espressione del terapeuta un moto di irritazione e impazienza. Da quel momento la qualità della relazione terapeutica peggiora. Il paziente appare spesso timoroso ed alterna atteggiamenti compiacenti a resistenze passive, senza mai davvero iniziare il trattamento espositivo.

Il terapeuta non riesce a ricomporre la crisi e dopo qualche seduta Giampiero interrompe la terapia. Poche settimane più tardi scrive però una e-mail al terapeuta in cui spiega le ragioni dell'interruzione. Per lui le indicazioni terapeutiche comportavano una duplice angoscia: la

¹ Per un approfondimento sul rapporto tra religiosità e disturbo ossessivo-compulsivo: Abramowitz et al. 2004; Huppert et al. 2007; Nelson et al. 2006; Rassin e Koster 2003; Sica et al. 2002; Siev e Cohen 2007; Stekete et al. 1991; Tek e Ulug 2001; Yorulmaz et al. 2009; Zohar et al. 2005.

prima derivava dalla rinuncia ai sintomi, la seconda dalla pressione severa che gli sembrava provenire dalla persona del terapeuta. Tutte le volte che gli veniva assegnato un esercizio terapeutico temeva di non riuscire a compierlo, di deludere e irritare il terapeuta che lo avrebbe rimproverato per lo scarso impegno, continuando a sopportarlo per etica professionale, ma senza rinunciare al proprio giudizio inflessibile. Riteneva ingiusto tale giudizio e, essendo la terapia diventata una fonte di stress che si aggiungeva a quello dovuto al disturbo, non gli sembrava utile continuarla. Gli rimaneva però il dubbio di non avere fatto la scelta corretta, di essersi cioè sottratto comodamente a un compito doveroso, per cui si prendeva del tempo per riflettere e decidere se restare sulla posizione già presa o ricominciare la terapia.

Nei paragrafi 1 e 2 di questo lavoro abbiamo sostenuto che il paziente ossessivo spesso intrattiene con le prescrizioni “doverose” e chi le emana un rapporto ambivalente e dunque non di incondizionata e sintonica adesione alle stesse. Il caso di Giampiero si presta ad esemplificare questa particolare caratteristica psicologica dei soggetti ossessivi: egli interpreta le indicazioni terapeutiche non come proposta di aiuto tecnico e cooperativo, ma come prescrizione di un compito che, per il proprio bene, *deve* essere fatto e, a partire da questa rappresentazione, oscilla fra il timore di colpa e la rabbia. I timori di colpa e del rimprovero compaiono tutte le volte che Giampiero ha la sensazione di non potere – o non volere – eseguire correttamente i compiti che gli vengono assegnati dal terapeuta-*censore*, ma simultaneamente emerge il sentimento di rabbia dovuto all’ipotesi di una ingiusta colpevolizzazione. Non è raro osservare il paziente ossessivo giungere ad uno stato mentale di rabbia a seguito del tentativo di autodifesa dalla percepita colpevolizzazione. È infatti ipotizzabile che proprio lo sforzo di cercare argomenti a propria discolta porti alla sua attenzione molti dati che indeboliscono le ragioni del censore, facendo transitare il paziente nello stato rabbioso di chi valuta ingiusto quel rimprovero. Questa rabbia e le ragioni che l’hanno causata vengono tuttavia, a loro volta, valutate e viene considerato il rischio che siano illecite, determinando un ritorno allo stato mentale di paura di risultare colpevole e ponendo le basi per una rinnovata oscillazione tra il timore di colpa e la rabbia.

Gli atteggiamenti manifesti del paziente, in questi casi, possono dunque consistere in una alternanza ambivalente tra acquiescenza timorosa alle prescrizioni del terapeuta e tentativi rabbiosi di svincolo dalle stesse, rendendo così vana l’applicazione di qualsiasi tecnica e avviando, di fatto, una crisi dell’alleanza terapeutica.

3.3. La fase di chiusura della terapia

Terminiamo con la descrizione di due tra le *impasse* che più tipicamente possono occorrere con pazienti ossessivi in fase di chiusura del trattamento. La prima sembra derivare da valutazioni ossessive relative allo scopo della *restitutio ad integrum*, la seconda dal timore ossessivo di concludere il trattamento senza avere davvero sviscerato la **causa “profonda”** del disturbo. Come per la descrizione delle *impasse* della fase di *assessment* e di implementazione degli interventi, esemplificheremo anche queste della fase finale della terapia con l’aiuto di stralci di dialogo interno riferiti dai pazienti e brevi illustrazioni di casi clinici.

3.3.1 La *restitutio ad integrum*:

“grazie alla psicoterapia ho ottenuto un netto miglioramento, ma sarò guarito al 100%? Talvolta mi capita di avere dei dubbi a riguardo ... sarebbe imperdonabile concludere prima di essere davvero guarito!”

Caso 13: Edoardo

Edoardo ha 37 anni ed insegna in un liceo linguistico. Dopo circa due anni di psicoterapia ha ottenuto una sostanziale remissione dei suoi sintomi ossessivo-compulsivi di lavaggio e un chiaro e riconosciuto miglioramento della qualità della sua vita. Si dice felice e a terapia ancora in corso ha anche iniziato una relazione sentimentale. Il terapeuta, prima di iniziare a considerare l'ipotesi di una conclusione del trattamento, gli somministra alcuni test per un confronto con gli esiti delle somministrazioni precedenti. I risultati dei test sono molto buoni, ma sorprendentemente sembrano provocare una forte angoscia in Edoardo. In particolare, al test che misura la gravità dei sintomi ossessivo-compulsivi non ha totalizzato zero e questo gli fa sorgere il dubbio di non essere del tutto guarito.

Sebbene il terapeuta provi a spiegarli che si tratta di punteggi davvero molto bassi e di nessun rilievo, Edoardo si convince sempre di più che si debba lavorare ancora per azzerare quel punteggio: per di più nell'ultimo mese, una volta, gli è capitato di avere evitato il contatto con i sedili della metropolitana per paura di contaminare i pantaloni nuovi, e questa è per lui la prova di non essere guarito. Si dice inoltre corrucciato del fatto che il terapeuta consideri vicina la conclusione della terapia: vorrà forse dire che una guarigione *completa* non sia possibile? E perché, se guarire perfettamente dal disturbo non è possibile, non gliel'ha detto subito?

I pazienti ossessivi, come mostrato dal caso di Edoardo, valutano in modo molto scrupoloso i cambiamenti occorsi durante la terapia e non di rado tendono, prudenzialmente, a sottostimarli e a perseguire ossessivamente un'idea perfezionistica di guarigione. Il terapeuta che incautamente si mostri entusiasta dei miglioramenti del paziente può essere, per queste ragioni, facilmente rappresentato come *tecnico* "impreciso" che si accontenta di stime approssimative e da tale rappresentazione possono derivare sentimenti di insoddisfazione e un non facile avvio della fase di chiusura del trattamento. La stima dei risultati ottenuti può, in altri termini, diventare oggetto di nuove ossessioni, e la prosecuzione *ad libitum* della terapia il tentativo compulsivo di accertarsi che la guarigione sia davvero definitiva e non si stiano incautamente affrettando i tempi della chiusura.

Il terapeuta, in questi casi, ha il difficile compito di riconoscere e prevenire il rischio di innesco di scambi interpersonali caratterizzati da confronti dialettici aspri (Saliani et al. 2011), e di aiutare il paziente a considerare la propria preoccupazione come l'effetto di meccanismi psicologici assai simili a quelli che determinano gli altri suoi sintomi ossessivo-compulsivi. Tale compito di gestione della delicata fase di chiusura viene naturalmente facilitato se sin dall'inizio della terapia sono state esplorate le aspettative del paziente rispetto ai cambiamenti e concordati in termini realistici e verificabili gli obiettivi terapeutici.

3.3.2. La ricerca della "causa profonda":

"ho capito molte cose del mio disturbo e sto molto meglio, ma forse c'è una causa più profonda che ancora ignoro. Non sarà doveroso analizzarla prima di concludere la terapia?"

Caso 14: Cinzia

Cinzia è una donna di 42 anni, ha un figlio adolescente e lavora nel settore risorse umane di una società. Presentava un grave quadro di sintomi ossessivo-compulsivi sia di controllo che di lavaggio che dopo due anni e mezzo di terapia è completamente rientrato. Il trattamento ha previsto una attenta analisi delle esperienze di vita che sembrano averla sensibilizzata a temi di responsabilità e di colpa oltre che un intervento specifico sui sintomi. Cinzia non solo non ha

più sintomi, ma ritiene di avere ora una consapevolezza maggiore di sé e della propria storia e vede vicina la conclusione del percorso psicoterapico. Il terapeuta è d'accordo e propone una riduzione graduale del numero di sedute e un lavoro sulla prevenzione delle ricadute. Poche sedute dopo Cinzia giunge però in studio visibilmente preoccupata. Ha fatto un sogno che l'ha turbata molto. *Si trova in un bel luogo di vacanza, nel nord della Francia e si sente felice, quando scopre che in un seminterrato del suo albergo è in corso una specie di incontro segreto a cui partecipano scienziati di ogni tipo. Distingue le voci di tre di loro che parlano in modo severo. Si avvicina, scusandosi per l'intrusione, per rassicurarli e dire che è in vacanza. Riceve da uno dei tre una risposta molto dura e minacciosa: se non si deciderà a capire la vera ragione dei suoi mali andrà incontro a crisi epilettiche!*

Cinzia interpreta l'incubo come un segnale di allarme riferito al DOC e alla terapia che sta terminando, e tramite alcuni forum, entra in contatto con molte persone che soffrono del suo disturbo. Sebbene molte delle informazioni raccolte siano incoraggianti e in linea con la sua esperienza terapeutica, è impressionata dalle testimonianze di alcuni pazienti che raccontano di essersi più volte illusi di essere guariti, ma che puntualmente sono andati incontro a ricadute. Su internet ha inoltre letto i pareri di molti esperti: alcuni la pensano in modo simile al terapeuta che la segue, ma altri ritengono che i pazienti con DOC siano portatori di un danno fondamentalmente biologico, e altri ancora mettono in guardia dalle terapie brevi e invitano ad esplorare i "conflitti profondi" da cui derivano i sintomi.

Cinzia si chiede ossessivamente se non esista allora una causa, biologica o psicologica, più profonda di quelle analizzate finora in terapia e se non sia troppo comodo e illusorio ritenere di essere guarita prima di averla scoperta.

Il momento in cui si stabilisce di avviare la fase di chiusura della terapia costituisce solitamente l'occasione per una valutazione del lavoro fatto. Come già visto nel caso di Edoardo (paragrafo 3.3.1) tale valutazione, per i pazienti con DOC, è iper-scrupolosa e non di rado determina l'insorgenza di dubbi ossessivi sulla terapia e sui tempi della sua conclusione. Il terapeuta stesso può essere rappresentato come *tecnico* potenzialmente superficiale o sprovveduto e dunque disinteressato o tecnicamente non attrezzato ad analisi approfondite.

Nel caso di Cinzia non viene messa in discussione la remissione dei sintomi e il benessere psicologico raggiunto, ma il fatto che tale benessere sia stato ottenuto eliminando davvero, alla radice, le cause del disturbo. A ben guardare, si tratta di un dubbio ancora più maligno di quello con cui si confronta chi lotta per accertarsi di avere ottenuto una remissione completa dei sintomi. Qui, infatti, la paziente si interroga su ipotetiche cause del disturbo ancora ignote e rischia di avviare una esplorazione virtualmente infinita. Qualora, infatti, scoprisse nuovi elementi esplicativi del disturbo, nessuno potrebbe garantirle con certezza che siano gli ultimi e i definitivi, ovvero, che non ve ne siano altri ancora più profondi e importanti, e i confini dell'analisi e della ricerca verrebbero necessariamente estesi.

Conclusioni

In questo capitolo si è provato ad analizzare, sulla base dell'osservazione clinica e delle tesi più accreditate di psicopatologia sperimentale sul DOC, le *impasse* più frequenti cui vanno incontro pazienti e terapeuti nel corso di una psicoterapia cognitivo-comportamentale. In

particolare, ci siamo chiesti quali siano le rappresentazioni del paziente relative all'aiuto tecnico offerto dal terapeuta che più di frequente ostacolano o rendono vano l'intervento terapeutico nelle diverse fasi del trattamento. Abbiamo sostenuto che credenze e scopi connessi al timore di risultare moralmente indegni non determinano solo i sintomi ossessivo-compulsivi propriamente detti, ma continuano inevitabilmente ad operare anche nel momento in cui il soggetto riflette sulla propria esperienza terapeutica, facendo sì che il rapporto con il terapeuta, le indicazioni che da esso provengono, il proprio comportamento (del paziente) durante la terapia, divengano essi stessi oggetto di nuove valutazioni ossessive. Valutazioni da cui sembrano derivare molte delle *impasse* terapeutiche cui vanno incontro i pazienti con DOC.

Il terapeuta può apparire al paziente come tecnico capace o incapace, virtuoso o dissoluto, o come censore severo che prescrive, giudica, sanziona, o infine come vittima. E se è vero che un tecnico può sbagliare allora il paziente può ritenere di avere l'onere di vigilare scrupolosamente sul suo operato, in tutte le fasi della psicoterapia. Se il terapeuta è rappresentato come censore allora il paziente si difenderà dal suo giudizio con il riserbo o l'esecuzione compiacente delle prescrizioni, o il ritiro, o il confronto polemico, con conseguente stallo nell'esplorazione del problema o nell'implementazione delle tecniche. Se, infine, il terapeuta è rappresentato come vittima del paziente (del suo presunto scarso impegno, dei suoi stessi sintomi, etc.) seguiranno verifiche ossessive dello stato del terapeuta, richieste continue di chiarimento, ruminazioni su possibili danni o offese dovuti al proprio comportamento.

Nella fase di *assessment* gran parte degli atteggiamenti che ostacolano o bloccano l'esplorazione e la formulazione condivisa del problema nascono dall'onere percepito di fornire in seduta una spiegazione perfetta dei propri sintomi, di proteggersi dal giudizio morale del terapeuta o dal suo giudizio tecnico (che confermi i propri timori di indegnità morale o porti alla diagnosi di follia), dal dovere di proteggersi dal rischio di compromettere la propria immagine sociale, di danneggiare o offendere il terapeuta, dal timore di pronunciare o anche solo pensare taluni contenuti tabù. Nella fase di implementazione dell'intervento terapeutico compaiono facilmente il timore di esporsi colpevolmente a indicazioni incaute o errate provenienti dal terapeuta, oppure il timore ossessivo di applicarle male, o il timore di aderire ad indicazioni tecnicamente corrette ma moralmente dubbie, o il desiderio di opporsi a prescrizioni terapeutiche percepite come ingiustamente severe. In fase di chiusura del trattamento, possono infine intervenire il timore di non avere ancora ottenuto una guarigione completa e definitiva o di avere pericolosamente e colpevolmente sottovalutato l'analisi di una causa più profonda del disturbo, e la conseguente esigenza di prolungare in modo indefinito la durata del trattamento.

In tutti i casi, le valutazioni problematiche del paziente sembrano riguardare il piano tecnico e quello morale, inevitabilmente intrecciati. In tutti i casi, tali valutazioni sembrano funzionali alla tutela dello scopo sovra-ordinato di evitare o rimediare a proprie colpe morali.

L'analisi fornita delle *impasse* più frequenti e delle ragioni psicologiche che le determinano riteniamo possa fornire al clinico uno strumento utile al loro riconoscimento precoce, tuttavia non sempre sufficiente ad un loro superamento. Per il futuro consideriamo perciò auspicabile uno sviluppo del presente lavoro al fine di giungere ad una descrizione puntuale delle strategie terapeutiche di risoluzione delle *impasse*.

Bibliografia

- Abramowitz JS, Deacon BJ, Woods CM, Tolin DF (2004). Association between protestant religiosity and obsessive-compulsive Symptoms and cognitions. *Depression and Anxiety* 20, 70-76.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders* (4th ed. TR ed.). Author, Washington, DC.
- Arntz, A, Voncken M, Goosen A C A (2007). Responsibility and obsessive-compulsive disorder: an experimental test. *Behaviour Research and Therapy* 45, 425-35.
- Balestrini V, Barcaccia B, Saliani AM (2011). Relazione terapeutica, motivazione al trattamento e cicli interpersonali: un caso di disturbo ossessivo-compulsivo. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* 17, 251-268.
- Basile B e Mancini F (2011). Eliciting guilty feelings: a preliminary study differentiating deontological and altruistic guilt. *Psychology* 2, 98-102.
- Bordin E (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 16, 3, 252-260.
- Castelfranchi C (2005). *Che figura*. Il Mulino, Bologna.
- Ehnholt KA, Salkovskis PM, Rimes KA (1999). Obsessive-compulsive disorder, anxiety disorders and self esteem: an exploratory study. *Behaviour Research and Therapy* 37, 771-781.
- Gangemi A, Mancini F e van den Hout M (2007). Feeling guilty as a source of information about threat and performance. *Behaviour Research and Therapy* 45, 2387-2396.
- Huppert JD, Siev J, Kushner ES (2007). When religion and obsessive-compulsive disorder collide: treating scrupulosity in ultra-orthodox Jews. *Journal of Clinical Psychology* 63, 925-941.
- Johnson-Laird PN, Mancini F, Gangemi A (2006). A hyper-emotion theory of psychological illnesses. *Psychological review* 113, 4, 822-41.
- Ladouceur R, Linger E, Rheaume J, Dubè D (1996). Correction of inflated responsibility in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy* 34, 10, 767-774.
- Lopatka C & Rachman S (1995). Perceived responsibility and compulsive checking: an experimental analysis. *Behaviour Research and Therapy* 33, 6, 673-684.
- Mancini F (2005). Il disturbo ossessivo-compulsivo. In Bara B (a cura di), *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva*, vol. II. Bollati Boringhieri, Torino.
- Mancini F, D'Olimpio F, Cieri L (2004). Manipulation of responsibility in non-clinical subjects: does expectation of failure exacerbate obsessive-compulsive behaviors? *Behaviour Research and Therapy* 42, 449-457.
- Mancini F e Gangemi A (2004). Fear of guilt from behaving irresponsibly in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 35, 109-120.
- Mancini F e Gangemi A (2006). The role of responsibility and fear of guilt in hypothesis-testing. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 37, 333-346.
- Mancini F, Gangemi A, Perdighe C, Marini C (2008). Not just right experience: is it influenced by feelings of guilt? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 39, 162-176.
- Mancini F, Perdighe C, Serrani FM, Gangemi A (2006). Il disagio dei pazienti ossessivi di fronte a espressioni facciali di rabbia e disgusto: risultati di una indagine preliminare. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* 12, 197-201.
- Meyer V (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy* 4, 273-280.
- Meyer V, Levy R, Schnurer A (1974). A behavioral treatment of obsessive-compulsive disorders. In H. R. Beech (a cura di) *Obsessional states*. Methuen, London.

Il paziente ossessivo: rappresentazioni relative all'intervento di aiuto e impasse terapeutiche

- Nelson EA, Abramowitz JS, Whiteside SP, Deacon BJ (2006). Scrupulosity in patients with obsessive-compulsive disorder: Relationship to clinical and cognitive phenomena. *Anxiety disorders* 20, 1071-1086.
- Pace SM, Thwaites R, Freeston MH (2011). Exploring the role of external criticism in obsessive-compulsive disorder: a narrative review. *Clinical Psychology Review* 31, 361-370.
- Rachman S (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy* 31, 149-154.
- Rachman S, De Silva P, Roper G (1976). The spontaneous decay of compulsive urges. *Behaviour Research and Therapy* 14, 445-453.
- Rassin E e Koster E (2003). The correlation between thought-action fusion and religiosity in a normal sample. *Behaviour Research and Therapy* 41, 361-368.
- Saliani AM e Mancini F (2010). Il paziente ossessivo: rappresentazioni relative all'intervento di aiuto ed impasse terapeutiche. *XV Congresso Nazionale SITCC*, Milano.
- Saliani AM, Barcaccia B, Mancini F (2011). *Interpersonal vicious cycles in Anxiety Disorders*. In Rimondini M. (a cura di) *Communication in cognitive-behavioral therapy*. Springer, New York.
- Salkovskys PM (1985). Obsessive-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy* 28, 571-588.
- Salkovskis PM (1989). Cognitive-behavioural factors and persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy* 27, 677-682.
- Salkovskis PM e Forrester E (2002). *Responsibility*. In Frost RO e Steketee G (a cura di) *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions*. Pergamon, Oxford.
- Shafran R (1997). Manipulation of responsibility in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Clinical Psychology* 36, 397-407.
- Shafran R, Thordarson DS, Rachman S (1996). Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 10, 379-391.
- Shafran R, Watkins E, Charman T (1996). Guilt in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 10, 509-516.
- Shapiro LJ e Stewart SE (2011). Pathological guilt: a persistent yet overlooked treatment factor in obsessive-compulsive disorder. *Annals of Clinical Psychiatry* 23, 63-70.
- Sica C, Novara C, Sanavio E (2002). Religiousness and obsessive-compulsive cognitions and symptoms in an Italian population. *Behaviour Research and Therapy* 40, 813-823.
- Siev J e Cohen AB (2007). Is thought-action fusion related to religiosity? Differences between Christians and Jews. *Behaviour research and therapy* 45, 829, 837.
- Steketee, G, Quay S, White K (1991). Religion and guilt in OCD patients. *Journal of Anxiety Disorders* 5, 359-367.
- Tek C e Ulug B (2001). Religiosity and religious obsessions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research* 104, 99-108.
- Yorulmaz O, Gençöz T, Woody S (2009). OCD cognitions and symptoms in different religious contexts. *Journal of Anxiety Disorders* 23, 401-406.
- Zohar AH, Goldman E, Calamary R, Mashiah M (2005). Religiosity and obsessive-compulsive behavior in Israeli Jews. *Behaviour research and therapy* 43, 857-868.