

## ESPOSIZIONE CON PREVENZIONE DELLA RISPOSTA: STORIA E APPLICAZIONI

Gisela Röper, con un'introduzione di Stanley Rachman

Department of Psychology - Clinical Psychology and Psychotherapy, Ludwig-Maximilians-Universität München.

Associazione di Psicologia Cognitiva (APC) Roma.

Associazione Italiana Disturbo Ossessivo-Compulsivo (AIDOC).

### Riassunto

Quest'articolo sull'E/RP per il trattamento dei rituali compulsivi nel DOC è aperto da un'introduzione di S. Rachman, un autore che ha giocato un ruolo preminente nello sviluppo del metodo stesso. Egli sottolinea il contributo creativo e innovativo che il suo collega Victor Meyer aveva fornito nel lanciare questo trattamento, in un'epoca in cui non era disponibile alcuno strumento davvero valido per i pazienti ossessivo-compulsivi. Mentre Meyer aveva creato un metodo che richiedeva moltissimo tempo, Rachman e la sua équipe misero a punto una forma di E/RP facilmente applicabile in un setting clinico. Rachman descrive le primissime esperienze di utilizzo di questo stimolante metodo di trattamento, e come le reazioni coraggiose dei pazienti contribuirono allo sviluppo dell'E/RP. Rachman conclude la sua introduzione mettendo in luce come gli sviluppi successivi della terapia cognitiva non solo abbiano ampliato il trattamento che ora è attuabile per il DOC, ma abbiano anche aperto nuove prospettive sulla nostra comprensione del disturbo.

L'articolo è incentrato sul metodo comportamentale dell'E/RP e include sezioni su: teoria e razionale, una descrizione dettagliata sulle diverse fasi del trattamento e, in particolare, la sua applicazione a domicilio del paziente. È anche sottolineato il ruolo primario accordato al paziente nella pianificazione degli esercizi di esposizione e dei compiti a casa auto-monitorati tra una seduta e l'altra. Inoltre vengono illustrati le complicazioni e i regressi tipici di questo tipo di trattamento, ma anche i mezzi per contrastare tali eventualità.

Parallelamente alla descrizione dell'E/RP, l'articolo delinea come la prospettiva cognitiva sia inclusa nell'implementazione dei metodi comportamentali, ad esempio quando si presenta al paziente il razionale del trattamento, quando si esplora la storia individuale di apprendimento di una data sintomatologia, quando si richiede il consenso del paziente a intraprendere il trattamento, quando si stabiliscono gli accordi per la prevenzione della risposta auto-monitorata. Si fa anche riferimento a come i pazienti vengono supportati durante tutto il corso della terapia tramite il lavoro cognitivo di rafforzamento delle risorse del paziente.

**Parole chiave:** *DOC - Esposizione e Prevenzione della Risposta - Prospettiva comportamentale e cognitiva sull'E/RP*

## EXPOSURE WITH RESPONSE PREVENTION: HISTORY AND APPLICATIONS

### Summary

This article on E/RP for treatment of compulsive rituals in OCD is opened by an introduction by S. Rachman, who played a prominent role in the development of the method itself. He highlights the creative and innovative contribution that his colleague Victor Meyer made in launching this treatment – at a time when no truly helpful method was available for OCD patients. Whereas Meyers' method was extremely

time consuming and required too many staff hours, Rachman and his team developed a form of E/RP that was easily viable in the clinical setting. Rachman talks about the very first experiences made with this challenging treatment method, and how the brave reactions of the patients contributed to developing and establishing E/RP. He closes the introduction by stressing that later developments in cognitive therapy not only amplified the treatment which is now also viable for OCD, but also opened new perspectives to enlarge our understanding of the disorder.

The chapter itself focuses on the behavioural method of E/RP and includes sections on: theory and rationale, a detailed description on different phases of the treatment and, in particular its application in the patient's home environment. It is stressed that the patient is given a leading role in planning the exposure exercises and self-monitored tasks between sessions. Typical complications and set-backs of this kind of treatment are indicated as well as means of counteracting such events.

In parallel to the description of E/RP-treatment the article outlines how the cognitive perspective is included in the implementation of the behavioural methods, for example in the context of presenting the treatment rationale, when exploring the individual learning history of a given symptomatology, in obtaining the patient's consent to take up the treatment and determining agreements on self-monitored response prevention. Reference is also made as to how patients are supported throughout therapy by means of resource-oriented cognitive work.

**Key Words:** *OCD - Exposure and Response Prevention - Behavioural and cognitive perspective on ERP*

## Introduzione

### *Gli inizi: tempo per una ri-valutazione*

I primissimi successi i terapeuti comportamentisti li ottennero trattando le fobie specifiche, l'ansia sociale e l'agorafobia. Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) si era dimostrato un osso ben più duro, e a dispetto dell'accumularsi di risultati sperimentali promettenti ottenuti con gli animali, e di alcuni casi isolati di pazienti guariti, i successi erano surclassati dai fallimenti.

Victor Meyer nel 1966 descrisse due casi clinici nei quali aveva utilizzato un nuovo trattamento, che costituì il punto di partenza per il metodo che in seguito si diffuse ampiamente, noto come Esposizione e Prevenzione della Risposta (E/PR). L'urgenza di un trattamento psicologico era pressante, poiché i metodi psichiatrici allora prevalenti (terapia elettroconvulsivante, farmaci e psicotomia) erano di dubbio valore.

Come dimostra questo commento del pioniere della terapia comportamentale, il dr. Joseph Wolpe, era ben poco quello che potevamo offrire ai pazienti:

*Un paziente che era sempre stato "nervoso e fissato" iniziò ad essere tormentato da pensieri importuni. Si era sottoposto allora alla psicoanalisi e poi alla terapia elettroconvulsivante, ma anziché migliorare era andato progressivamente peggiorando, cosicché quando lo vidi io per la prima volta non riusciva neanche ad eseguire semplici movimenti come sedersi, a meno che non avesse in mente "pensieri favorevoli". Non vi era risposta positiva agli strumenti che utilizzavo (condizionamento all'evitamento) così decisi di non insistere oltre, sicuro di non poterlo aiutare". (Wolpe 1958, p. 214).*

All'epoca i comportamentisti, il cui razionale e i cui metodi erano limitati al comportamento osservabile, dovettero affrontare un problema che appariva insormontabile, perché aveva a che fare con disturbi totalmente o in gran parte cognitivi, come le ossessioni. Era qualcosa al di là del loro territorio, avevano a disposizione solo tecniche *ad hoc* che non si accordavano con i metodi

di trattamento allora in voga, e all'atto pratico si dimostravano di scarso valore: stop del pensiero, condizionamento all'evitamento, colpisci con un elastico legato al polso. Non era un momento elevato nella storia della psicologia clinica.

Fu in questo contesto così poco promettente che Meyer pubblicò i suoi casi clinici. Egli lavorava al Middlesex Hospital di Londra, dove intraprese il trattamento di due donne molto malate, una delle quali era in procinto di essere sottoposta ad una leucotomia, e l'altra doveva esserlo per la seconda volta. La prima paziente presentava intense paure di malattie e sporco, e trascorreva la maggior parte della giornata pulendo e lavando in modo compulsivo. Malgrado tre ricoveri ospedalieri e una gran quantità di trattamenti, tra cui la terapia elettroconvulsivante, i farmaci, la terapia supportiva, continuava a stare molto male e di conseguenza le era stato consigliato di sottoporsi ad un intervento psichirurgico.

Il dr. Meyer era un terapeuta coscienzioso, attivo ed estroverso, che aveva pianificato un periodo di trattamento in regime di ricovero e aveva dedicato molte ore alla sua implementazione. Il programma era di modificare le aspettative della paziente riguardo le conseguenze del contatto con sostanze contaminanti, attraverso l'esposizione a un'ampia gamma degli oggetti e dei luoghi che le inducevano la paura di contaminarsi, e di impedire che mettesse in atto qualunque tipo di lavaggio compulsivo. La paziente fu sottoposta ad una supervisione continua, le furono limitati drasticamente saponi e altri detergenti, e Meyer bloccò addirittura i rubinetti. Dopo quattro settimane di questo trattamento intensivo queste restrizioni furono gradualmente allentate e nelle otto settimane rimanenti si consolidarono gli effetti della terapia. A volte la paziente era angosciata e non-collaborativa, ma si ottennero dei miglioramenti malgrado qualche battuta d'arresto: le sue paure e i suoi lavaggi compulsivi diminuirono fino a raggiungere livelli gestibili. Ella mantenne al *follow-up* i risultati ottenuti e la frequenza dei lavaggi era diminuita, anche se ancora evitava alcuni stimoli e luoghi contaminanti. La sua vita era migliorata in modo significativo ed era in grado di partecipare ad una serie di attività sociali.

La seconda paziente aveva una lunghissima storia di angoscienti ossessioni blasfeme e sessuali (ad es. avere rapporti sessuali con lo Spirito Santo) che evocavano un'ampia gamma di faticose e ripetitive compulsioni di neutralizzazione; impiegava delle ore intere per vestirsi. Aveva seguito un'ampia serie di trattamenti nel corso degli anni, ma con scarsi risultati (farmaci, terapia elettroconvulsivante e 11 anni di psicoanalisi). Si stava prendendo in considerazione la possibilità di un nuovo intervento psichirurgico. Meyer mise in atto la stessa strategia di trattamento già usata per l'altra paziente, e la espose agli innumerevoli stimoli, immagini mentali e luoghi che elicitarono le ossessioni, assicurandosi poi che non seguissero comportamenti compulsivi. La paziente trovò che il trattamento intensivo di nove settimane in regime di ricovero al quale era stata sottoposta era stato difficile e penoso, tuttavia era migliorata: le ossessioni e le compulsioni decrebbero a livelli gestibili, e malgrado alcune oscillazioni nella sua condizione che emersero al *follow-up*, la sua vita risultò significativamente migliorata.

I casi clinici di Meyer suscitarono un grande interesse per tutta una serie di ragioni: era il primo terapeuta a tentare un test così intensivo per valutare gli effetti dell'esposizione e della prevenzione della risposta sul DOC. I dati sperimentali su animali (Baum 1990, Eysenck e Rachman 1965, Lomont 1965, Wolpe 1958) avevano mostrato che comportamenti indotti dalla paura e "fissati" potevano essere ridotti tramite esposizioni prolungate agli stimoli temuti, ma i terapeuti allora erano comprensibilmente riluttanti a sottoporre a verifica clinica quella strategia di trattamento. Meyer invece mostrò che non solo era possibile mettere in pratica quel metodo, ma anche che aveva prodotto dei cambiamenti incoraggianti in due pazienti molto gravi. Si riconobbe che il metodo era troppo faticoso e poco pratico per diffonderne l'utilizzo, ma le sue potenzialità erano state dimostrate.

I principali progressi nella terapia psicologica del DOC, molto influenzata dal lavoro ispira-

tore di Meyer, si ottennero nel trattamento degli aspetti osservabili del disturbo, in modo particolare nella riduzione delle compulsioni elicitate dal timore di contaminazione.

Lo sviluppo progressivo del trattamento era un misto di teoria del comportamento, esperienza clinica e conoscenze acquisite in precedenza nella cura delle fobie, più una gran quantità di tentativi ed errori.

L'équipe di ricerca lavorava a stretto contatto: analizzava e discuteva ripetutamente le difficoltà incontrate, festeggiando poi i successi nel pub più vicino e disponibile a servire un gruppo di psicologi scalcinati e chiacchieroni.

C'era un clima di misurata eccitazione, sostenuto dalle crescenti dimostrazioni di efficacia clinica; si apprendeva molto, non per ultimo dai pazienti stessi. Il fatto che la maggior parte di queste persone, ricoverate in ospedale a causa di paure intense ed incontrollabili, fossero disposte a sopportare il peso di un trattamento molto impegnativo, nel corso del quale affrontavano proprio quelle paure che li avevano resi invalidi, era impressionante. Noi eravamo davvero colpiti. Il paradosso di persone fortemente spaventate, ma in grado di comportarsi così coraggiosamente nel corso del trattamento ci condusse a riconsiderare il concetto stesso di coraggio (Rachman 1990). Sembrò più appropriato cominciare a parlare di atti coraggiosi piuttosto che attori coraggiosi. Virtualmente chiunque, anche pazienti con disturbi d'ansia, in specifiche circostanze può comportarsi coraggiosamente.

L'équipe era piacevolmente sorpresa nel constatare la resilienza dei pazienti; quasi tutti recuperavano la propria compostezza subito dopo la conclusione di ogni seduta di trattamento, in cui venivano esposti agli stimoli che elicitavano le loro più grandi paure.

Nel giro di pochi minuti dalla fine della seduta i pazienti erano di nuovo in grado di parlare tranquillamente di altri argomenti, sostenuti dalle immancabili tazze di robustissimo tè inglese.

Vi erano momenti divertenti, come quelli in cui un paziente confessò, tra l'imbarazzato e l'orgoglioso, di averla fatta in barba all'équipe, avendo sepolto in segreto delle saponette nei giardini dell'ospedale, e di essersi lavato le mani nei bagni destinati ai visitatori.

In un'altra occasione (era un lunedì mattina), l'équipe giunse in reparto per trovarlo decorato con cartelloni che enfatizzavano la necessità della pulizia ed esortavano tutti a lavare con molta accuratezza le mani. Quest'ultima prodezza sull'igiene era stata opera di una nuova infermiera che non sapeva nulla del trattamento che conducevamo e non aveva idea di cosa fosse la prevenzione della risposta. Fortunatamente i pazienti trovarono la cosa esilarante, e ciò attenuò lo sgomento e l'irritazione dell'équipe.

Influenzati dagli scritti di Bandura (1969, 1971), Hodgson e Rachman avevano condotto delle ricerche aggiungendo la componente del *modelling* alla tecnica espositiva standard, e avevano in breve tempo scoperto che il *modelling* e l'esposizione erano davvero utili nel trattamento di ossessivi che presentavano timori di contaminazione (Rachman 1972, Röper et al. 1975, Rachman e Hodgson 1980).

Nel giro di tre anni mettemmo a punto una forma di trattamento semplificata e meno restrittiva del metodo originario di Meyer. Esso richiedeva generalmente circa 15 sedute, e fu anche esteso al trattamento ambulatoriale. Coadiuvati da Marzillier e Röper, Hodgson e Rachman pubblicarono una serie di casi clinici e successivamente misero a punto uno studio randomizzato controllato sui risultati replicati in altri centri clinici (vedi Abramovitz 1998, Clark 1999). L'esito principale della ricerca fu che la paura di contaminazione e i conseguenti lavaggi potevano ridursi grazie ad un programma di esposizione graduata agli agenti percepiti come contaminanti e la prevenzione dei comportamenti di neutralizzazione, principalmente i lavaggi.

Il *modelling* prima e durante l'esposizione facilitava il miglioramento. È stato altresì dimostrato che il metodo, conosciuto oggi come E/RP (esposizione e prevenzione della risposta), è efficace anche per il trattamento di altri sintomi DOC, come i controlli compulsivi, mentre è di

scarsa utilità per curare i comportamenti di accumulazione, la lentezza, o le ossessioni. In aggiunta, il gruppo del Maudsley Hospital portò avanti un'analisi sperimentale del comportamento compulsivo e sviluppò una scala per la misurazione del DOC (Hodgson e Rachman 1972, Röper e Rachman 1975, Rachman e Hodgson 1980).

L'idea che i timori di contaminazione potessero essere ridotti, e che la terapia comportamentale fosse il mezzo per riuscirci, fu confermata da numerose ricerche e molti pazienti beneficiarono del trattamento. Negli ultimi anni è divenuta evidente la necessità di migliorare la terapia: le percentuali di successo nel trattamento non sono soddisfacenti. Un numero significativo di pazienti inizia il trattamento senza però portarlo a termine perché sentono di non riuscire a sopportarlo. Altri ancora riescono a svolgere gli esercizi di esposizione in regime di ricovero o ambulatoriale insieme al terapeuta, ma non riescono ad eseguirli a casa, e/o da soli. In troppi casi poi la paura ritorna, dopo un periodo di quiescenza, con nuove elaborazioni. Vale a dire che la paura sembra acquisire delle nuove caratteristiche durante il periodo di quiescenza. Questo è un fenomeno che deve ancora essere studiato.

Vi è anche un altro valido motivo che ci induce a ri-valutare le nostre spiegazioni delle ossessioni e delle compulsioni; negli ultimi vent'anni si è assistito ad un'espansione imponente degli scopi e della metodologia della psicologia, compresa quella clinica: la cosiddetta rivoluzione cognitiva (Clark 1989). Per spiegare la maggior parte delle manifestazioni del DOC sono state proposte delle teorie cognitive. I tempi sono maturi per un ulteriore passo avanti nell'analisi cognitiva del DOC.

### *Teoria e razionale del trattamento*

La base teorica che Meyer (1966) individuò a fondamento di questo nuovo metodo era essenzialmente cognitiva. Così come ha affermato Rachman nell'introduzione, Meyer intravide il potenziale della procedura nella possibilità di modificare le aspettative del paziente riguardo alla paura degli agenti contaminanti. Meyer anticipò di molti anni un'interpretazione cognitiva dei meccanismi di esposizione e prevenzione della risposta.

In una cornice di teoria dell'apprendimento comportamentale, estinzione, abituazione e inibizione reciproca avrebbero potuto essere potenziali candidati da mettere sul tappeto, ma la procedura di esposizione *in vivo* esclude le possibilità di estinzione ed inibizione reciproca. L'esposizione poi allo stimolo più temuto in assoluto, per giungere all'estinzione dell'ansia, è impossibile per motivi di ordine etico e pratico. L'esposizione abbinata a metodi di riduzione dell'ansia (come nella desensibilizzazione) non è possibile quando si devono affrontare le paure in situazioni di vita reale.

Il concetto più ampiamente discusso in ambito di teoria dell'apprendimento per rendere conto degli effetti dell'esposizione e prevenzione della risposta era l'abituazione, che è ancora considerata la principale componente comportamentale di questo approccio. La prospettiva cognitiva è stata ripresa da Foa e Kozak nel 1986 e elaborata includendo il concetto di elaborazione emotiva per l'apprendimento di informazioni correttive. (Foa e Kozak 1986).

L'E/RP (esposizione e prevenzione della risposta) consiste di due componenti, applicati in modo combinato. Di conseguenza è l'effetto di questa precisa combinazione ad avere rilevanza clinica. Tuttavia è interessante dal punto di vista teorico comprendere se questi due ingredienti abbiano un impatto differenziale su sottotipi diversi di DOC. Foa et al. (1984) hanno osservato che l'esposizione porta ad una più marcata riduzione dell'ansia rispetto alla prevenzione della risposta, mentre quest'ultima ha un effetto più sostanzioso sull'impulso a ritualizzare (vedi Menzies e de Silva 2003).

Secondo Salkovskis ossessioni e compulsioni che elevano l'ansia richiedono un'enfasi sull'esposizione, mentre quelle che riducono l'ansia, come contare o pulire, richiedono una forte componente di prevenzione della risposta (Salkovskis 1989).

Per tutta una serie di ragioni la comunicazione al paziente dei presupposti teorici del trattamento costituisce una parte essenziale della procedura: innanzi tutto il trattamento può essere molto faticoso e il paziente ha bisogno di farsi un'idea sufficientemente chiara, in modo da poter giudicare da solo se sia o no un trattamento utile per lui.

Se il razionale del trattamento risulta convincente per il paziente, ciò lo aiuterà a superare le fasi più difficili, perché non starà semplicemente aderendo alle richieste del terapeuta, ma la sua collaborazione si fonderà sulla fiducia in un modello considerato affidabile su suo proprio giudizio.

Durante le sedute di esposizione il razionale del trattamento dovrà essere ripetutamente discusso e sviluppato.

Il razionale del trattamento da presentare al paziente deve contenere una serie di ingredienti:

1. I comportamenti di neutralizzazione sono il risultato di una storia d'apprendimento sfortunata. Si possono disimparare e sostituire con comportamenti appropriati alle situazioni. Qui si possono portare degli esempi desunti dalla biografia del paziente. Va altresì discussa ed elaborata l'idea del paziente su quale sia il comportamento idoneo da raggiungere nelle situazioni temute.
2. Affrontare la situazione scatenerà le emozioni temute, come la paura, il disgusto o l'ansia. Quando queste si presenteranno, il terapeuta fornirà il supporto necessario e aiuterà il paziente a gestirle. Si possono fornire al paziente tipici esempi di esercizi di esposizione.
3. Affrontare gli stimoli temuti fornirà l'opportunità di imparare che è possibile gestire queste situazioni così come fanno le altre persone. Questo cambierà gradualmente la valutazione del pericolo e attenuerà l'ansia.
4. Quando ci si trattiene dal neutralizzare, l'ansia si placa lo stesso, anche senza eseguire rituali, solo più lentamente. Affrontare ripetutamente le situazioni temute senza eseguire rituali ridurrà a poco a poco l'ansia e l'impulso stesso a ritualizzare. A questo proposito è utile mostrare al paziente dei grafici che mostrano il decorso dell'ansia atteso in seguito a ripetute E/RP.

Nella prima presentazione al paziente dell'E/RP non si potranno trattare tutti i punti che costituiscono il razionale del trattamento e si inizierà con il toccare solo alcuni aspetti.

Ciò che qui mi preme sottolineare è che l'E/RP al giorno d'oggi deve essere sempre affiancata dal lavoro cognitivo. Durante la procedura e a proposito della stessa, emergeranno molte domande, atteggiamenti e *insight* concernenti le paure e la tendenza all'evitamento del paziente. Saranno questi i punti di partenza per il lavoro cognitivo.

Strettamente legata al razionale del trattamento è la presentazione di un modello individuale di come si è sviluppato il disturbo; all'inizio esso sarà solo abbozzato, per poi essere elaborato più dettagliatamente nel corso della terapia.

### *Preparazione del trattamento e sua procedura*

La maggior parte dei pazienti si interroga sul perché abbiano sviluppato il disturbo ossessivo-compulsivo. A questo proposito si può presentare un modello di acquisizione comprendente le componenti che i più attuali e accreditati modelli sul DOC includono. Il paziente però di solito desidera e si aspetta dal terapeuta una visione più dettagliata della sua storia individuale di ap-

prendimento della sintomatologia.

La profondità dell'esplorazione biografica potrà variare a seconda del paziente e del terapeuta. La storia di apprendimento del disturbo sarà raccolta in diverse fasi del trattamento, raccogliendo elementi via via che la psicoterapia procede, contribuendo così a formare un quadro sempre più chiaro e preciso.

Nella mia esperienza ho potuto rilevare che, se si cerca, si trova sempre un modello significativo, in grado di fornire una spiegazione plausibile dello sviluppo di quella particolare sintomatologia. Anche se evidentemente la comprensione del significato del sintomo non dissolve magicamente il disturbo, i pazienti trovano gratificante capire più chiaramente perché sia insorta la loro sofferenza. Può essere d'aiuto nel ridimensionare la sensazione di anormalità. Questi *insight* portano a una maggiore comprensione e spesso suscitano un atteggiamento più indulgente verso se stessi.

In alcuni casi sembra quasi che il paziente inizi solo allora per la prima volta a prendere se stesso e la propria vita sul serio, e di conseguenza a costruire un futuro per il quale valga la pena lottare.

Il trattamento di esposizione richiede ovviamente il consenso del paziente. Va stabilito un chiaro accordo tra paziente e terapeuta. Ciò non costituisce un problema, dal momento che l'E/RP può essere spiegata chiaramente attraverso degli esempi che mostrino come si svolgeranno gli esercizi. Molti pazienti hanno una qualche idea di cosa comporterà il trattamento e di solito nelle loro aspettative c'è posto per la speranza così come per la paura.

Vale la pena discutere queste aspettative, visto che all'interno di esse facilmente si possono annidare idee sbagliate. Alcuni pazienti bene informati possono accettare prontamente la terapia: hanno deciso di intraprendere questa avventura sulla base delle informazioni raccolte prima della richiesta di trattamento. Malgrado ciò, è comunque opportuno discutere con loro paure ed aspettative, che sono sempre presenti.

Altri pazienti hanno sperimentato un'esposizione forzata agli stimoli temuti, messa in atto dai familiari o dagli amici, spesso in un tentativo disperato di aiutarli. Per questo è consigliabile assicurare al paziente che il terapeuta non lo forzerà ad eseguire alcun esercizio che non sia stato prima concordato.

Alcuni colleghi e clinici si affidano al metodo del contratto per l'esposizione: formulano un contratto scritto, in cui il paziente si impegna a seguire i passi del trattamento stabiliti in base alla gerarchia delle sue paure. Il rationale per il quale si stabilisce un contratto è che esso supporterà il paziente nei momenti in cui il coraggio viene meno. Il rovescio della medaglia è che se il paziente non dà il suo consenso, il trattamento finisce prima ancora che sia iniziato.

Agli inizi motivavamo il paziente ad accettare l'E/RP fornendogli un incoraggiamento basato sulla nostra esperienza. Spesso risultavano sufficientemente convincenti una descrizione dettagliata del trattamento, la discussione del suo rationale e una serie di esempi degli esercizi affrontati da altri pazienti. Nei primi anni '70 non nascondevamo ai nostri pazienti che la procedura che proponevamo loro era stata sviluppata solo di recente. Man mano poi che il numero di successi aumentava, le nostre sedute "propedeutiche" devono essere divenute molto convincenti! In quegli anni ricevevamo davvero pochi rifiuti e altrettanto pochi erano gli insuccessi terapeutici. Successivamente arrivarono naturalmente anche i risultati delle ricerche degli studi controllati sugli esiti che potevamo così cominciare a citare (Rachman 1971, Hogson 1972, Röper et al. 1975).

Di solito io comunico al paziente che coloro che hanno affrontato il trattamento prima di lui hanno trovato l'E/RP molto impegnativa, ma più semplice di ciò che avevano immaginato. Credo però che se un terapeuta vuole dare al paziente questo genere di informazioni, esse devono essere fondate sulla sua esperienza personale.

Con le conoscenze accumulate nel campo della Terapia Cognitiva sono aumentate le possi-

bilità di preparare l'E/RP. Innanzitutto la formulazione di un modello della specifica sintomatologia del paziente sarà ora più dettagliata ed includerà concetti di acquisizione più raffinati ed adeguati.

Oggi si può dare un nuovo taglio al modo in cui ottenere il consenso del paziente all'E/RP. Mancini e collaboratori (2004) puntano completamente sulla decisione del paziente: il terapeuta gli illustra tutti i vantaggi di questo tipo di trattamento, non minimizzando comunque le difficoltà e il disagio che dovrà tollerare. La decisione finale spetterà al paziente, una volta che avrà chiari vantaggi e svantaggi di ciascuna delle due alternative: sottoporsi all'E/RP da un lato oppure no.

Il trattamento di esposizione si fonda su una gerarchia di situazioni temute. La procedura è standardizzata (vedi Barcaccia e Mancini in stampa). Per il terapeuta lo scopo della gerarchia sta nel crearsi un buon quadro generale della situazione. Il paziente ha bisogno di sapere che è riuscito a comunicare l'estensione della sua sintomatologia. Quando si compila la gerarchia, è consigliabile coinvolgere il paziente il più attivamente possibile, chiedergli di elencare i suoi problemi principali e poi di riordinarli approssimativamente in un ordine che non deve per forza essere perfetto.

Quando si progettano e poi si implementano gli esercizi di esposizione, si pone la questione di quale sia un livello di contaminazione o di igiene accettabile e possa essere ragionevolmente atteso. Alcuni terapeuti fanno delle richieste molto elevate, come il non usare affatto il sapone o non fare la doccia per due settimane. Si deve trovare il livello adeguato per ogni paziente. È importante altresì sostenere un coinvolgimento del paziente nella pianificazione del trattamento, in modo che il terreno sia pronto per un ruolo attivo del paziente in psicoterapia (Röper 1977).

Questo atteggiamento è enfatizzato da una particolare domanda che pongo sempre quando si decidono i primi compiti di esposizione. La mia domanda di solito è: "Quando pensa di superare le sue paure in modo da riguadagnare una maggiore libertà di movimento, da quale vorrebbe iniziare per prima?". Una domanda di questo tipo comunica il messaggio che il paziente è responsabile del trattamento, e che il terapeuta fornisce attenzione e competenza per sostenere il processo terapeutico.

Credo anche che rafforzi il desiderio di disfarsi dell'invalidazione causata dalle paure e dai rituali. Non tutti i pazienti sono in grado di farlo e per loro è più semplice analizzare la gerarchia e poi decidere un possibile punto di partenza. In alcuni rari casi l'esposizione può essere condotta in immaginazione, in preparazione per sedute successive *in vivo*. È un'eventualità che può rivelarsi necessaria quando il paziente mostra un livello d'ansia particolarmente elevato, appare molto indebolito da una lunga storia di sofferenza, ma ha comunque espresso il desiderio di sottoporsi all'E/RP.

La procedura di E/RP generalmente è accompagnata dall'utilizzo del *modelling*: il terapeuta mostra al paziente il comportamento da eseguire. Ad esempio, il terapeuta tocca un oggetto temuto, come delle monete, o la base di una borsa, o le scarpe, e poi si passa le mani sui capelli, sul viso e sui vestiti. Si richiede al paziente di osservare attentamente il terapeuta mentre svolge il compito. Molti pazienti, infatti, sentono l'impulso a distogliere lo sguardo, poiché anche solo guardare un'altra persona eseguire certe azioni provoca loro un livello di disagio molto elevato. Si incoraggia poi il paziente a fare lo stesso.

Nella maggior parte dei casi l'esposizione alle situazioni temute scatenerà un certo grado di paura, e/o di altre emozioni. Il terapeuta presterà attenzione alle emozioni sperimentate dal paziente, e ci lavorerà, incoraggiandolo mediante brevi commenti, a tollerarle. Talvolta è necessario ricordargli di continuare a respirare, e in particolare ad espirare per un tempo sufficiente. Quei pazienti che rimangono in silenzio mentre hanno paura possono essere incoraggiati dopo un po' a descrivere la propria esperienza e le sensazioni corporee esperite. Lo scopo è di aiutarli a non evitare la sperimentazione delle emozioni ma di esprimerle, concentrandosi su di esse.



Successivamente, e poi a intervalli ripetuti, si chiede al paziente di valutare il livello d'ansia sul termometro della paura. Quando l'ansia è oramai diminuita in modo consistente, si può dare inizio ad una conversazione su argomenti che distolgono dalla preoccupazione, come parlare delle attività alle quali il paziente si potrà dedicare la sera stessa o nei giorni successivi.

Dopo una seduta di esposizione, è necessario stabilire un piano dettagliato per il periodo di prevenzione della risposta. Una volta avvenuto il contatto con il contaminante, la domanda che sorge è: quando e in quali circostanze ci si può di nuovo lavare? Si può discutere con il paziente a quale tipo di regola egli si aspetta che una persona "comune" si attenga. È importante prendere degli accordi molto concreti su quando sarà possibile lavarsi le mani o fare la doccia. In questo contesto fornisco una particolare indicazione: dopo ogni lavaggio e ogni doccia, anche quelle fatte in modo "normale", è necessario eseguire un esercizio di ri-contaminazione, in modo da non interrompere il processo di abituação alle situazioni temute.

Inoltre si può pianificare un qualche tipo di attività, possibilmente insieme ai familiari, da svolgere nelle ore successive all'esposizione. Dopo la prima seduta di esposizione programmo sempre un contatto successivo nel corso della giornata. Si può richiedere al paziente di tornare a studio, da solo o con un familiare, per parlare di ciò che è avvenuto, o si può per lo meno pianificare una telefonata. Dopo l'esposizione molti pazienti riferiscono di sentirsi esausti fisicamente. Per questo motivo si può anticipare al paziente che ciò avverrà e che va considerata una reazione normale ad una seduta molto impegnativa.

Una parte importante dell'E/RP è la durata e la frequenza delle sedute. Per ciò che riguarda la durata, sono necessarie per lo meno da un'ora e mezza a due ore, se possibile anche di più. Il terapeuta deve essere in grado di estendere la durata della seduta, nel caso in cui il paziente necessiti di un periodo più lungo per recuperare. La frequenza può essere a giorni alterni; nel *setting* ospedaliero può essere anche quotidiana, con sedute più brevi. In un normale *setting* ambulatoriale una frequenza di due volte a settimana è ottimale.

Se il trattamento viene condotto a domicilio del paziente, spesso non si riesce a mantenere questa frequenza; in questi casi si può progettare un programma combinato di sedute a casa e a studio. Nel primo mese di trattamento è consigliabile rendersi disponibili per ripetuti contatti con il paziente: è un investimento che darà buoni risultati nel proseguo della terapia.

Quando abbiamo a che fare con pazienti che vivono in famiglia, i familiari risulteranno in qualche modo necessariamente coinvolti nel trattamento. Vi sono diversi livelli di coinvolgimento della famiglia. Nel caso di bambini ed/o adolescenti è opportuno valutare se cominciare con una terapia della famiglia. Ciò può essere necessario quando la sintomatologia del paziente ha un ruolo nel sistema familiare. Per giovani adulti, che probabilmente in mancanza del disturbo DOC sarebbero già indipendenti dalla famiglia originaria, ci concentriamo prevalentemente sul paziente.

Comunque io dedico sempre almeno una seduta al familiare più vicino al paziente, talvolta all'intera famiglia. Di solito desiderano sapere, ed è opportuno informarli in proposito, cosa comporterà la terapia, e quali sono le prospettive di miglioramento. Spesso chiedono se possono essere d'aiuto in qualche modo.

Dal momento che è stata dimostrata l'utilità del coinvolgimento attivo del paziente, in quanto anch'egli responsabile del trattamento, preferisco limitare la partecipazione della famiglia. Ad esempio, se si sta effettuando una terapia domiciliare dopo un'ospedalizzazione, e i familiari scrutano con ansia se i miglioramenti si mantengono, quest'atteggiamento può minare la fiducia in sé del paziente e la sua libertà di movimento.

Naturalmente molto dipende dalla famiglia e dai suoi componenti. Alcuni, infatti, sono in grado di sostenere in modo costruttivo il proprio congiunto nei compiti a casa di esposizione. Il terapeuta deve poi sempre informare la famiglia dei pericoli derivanti dalle rassicurazioni, e di-

scutare con tutti per prepararli alla gestione di queste situazioni nel modo meno stressante possibile.

## La conduzione del trattamento a casa del paziente

L'E/RP si può condurre in ospedale, in ambulatorio, a studio, all'esterno e a casa del paziente. L'approccio utilizzato rimane essenzialmente lo stesso.

Il trattamento a domicilio è la forma più potente di E/RP per pazienti ossessivi, poiché è la casa del paziente l'ambiente nel quale la maggior parte delle compulsioni emergono e presentano i livelli più elevati di ansia o disgusto o disagio. Sentirsi contaminati e trasportare a casa questa contaminazione è proprio ciò che il paziente ha cercato di evitare per molti anni e a caro prezzo. Ecco perché il paziente generalmente attende la prima visita domiciliare con grande preoccupazione. La scaletta di questi incontri dipende da ciò che è stato preventivamente stabilito, e deve comunque comprendere un tempo sufficiente per gli esercizi di esposizione, il declino dell'ansia, il lavoro cognitivo.

Il terapeuta che svolge il trattamento a domicilio del paziente assume un ruolo molto più sfaccettato rispetto al lavoro che normalmente si svolge in ospedale o a studio. Entrare a casa del paziente rappresenta una forma nuova di contatto sociale, diverso dai precedenti incontri svoltisi in uno studio. L'aspetto tecnico del trattamento permane lo stesso, ma vi è anche una dimensione più privata che sopravviene, basti pensare al lavoro che si può svolgere in bagno o in cucina. Bisogna entrare in un'interazione più quotidiana senza che diventi troppo personale e mantenendo comunque un distacco professionale.

In queste situazioni, quando si "contamina" la casa, è importante diffondere ovunque la contaminazione. Si tratta di un esercizio programmato e deciso in precedenza con il paziente, e il fatto di contaminare tutto riduce in lui la tentazione di mettersi a disinfettare dopo che il terapeuta se n'è andato.

Accade spesso che le prime sedute di esposizione vadano bene. Il paziente è entusiasta di iniziare la sua lotta contro le compulsioni e si getta in questa sfida con tanta energia e motivazione. Un successo all'inizio naturalmente rafforza la motivazione ad andare avanti e affrontare ulteriori compiti. "Contaminare" è l'esercizio di esposizione più comune condotto a casa del paziente. Vi sono poi altri casi nei quali il disturbo consiste nella necessità di mantenere un ordine ossessivo, e in cui quindi è opportuno creare un certo disordine nella casa, o anche diffondere le tracce di un qualche pericolo "magico".

Il programma di trattamento di E/RP per le compulsioni di lavaggio generalmente procede in modo lineare, sempre che la preparazione sia stata effettuata in modo adeguato. Quando il paziente si espone a situazioni temute che di solito danno luogo a rituali di controllo, bisogna affrontare il fatto che la sola presenza del terapeuta riduce completamente o in gran parte la paura (Röper e Rachman 1976, Rachman 2002). Inoltre esercizi come chiudere gli interruttori o i rubinetti non si possono reiterare nel corso di una stessa seduta, perché questo significherebbe controllare ciò che era stato chiuso o spento negli esercizi precedenti. Comunque, anche per le compulsioni di controllo è consigliabile il trattamento a domicilio del paziente. Prima di tutto, vedere il paziente nell'ambiente domestico, mentre maneggia gli interruttori, le porte, le serrature, le finestre, le manopole del gas e gli apparecchi elettrici, è molto più istruttivo che ascoltarlo descrivere i propri rituali, od osservarlo mentre li esegue a titolo esemplificativo nello studio del terapeuta.

Molti pazienti che eseguono rituali di controllo non ricordano più- e spesso ne sono anche consapevoli- come le persone "normali" chiudano le porte, spengano gli interruttori, e così via.

Di conseguenza il *modelling*, e l'invito ad osservare attentamente rappresenta una parte importante del processo di apprendimento.

Un passo successivo per il paziente può essere quello di svolgere alcuni esercizi da solo mentre il terapeuta si trova in un'altra stanza o all'esterno dell'appartamento. Di solito per i pazienti con rituali di controllo sono necessarie meno visite domiciliari. Molti esercizi si possono monitorare al telefono: si può contattare il paziente ad un'ora prestabilita, prima che esca di casa, e poi risentirlo dopo che è uscito. Molte persone con rituali di controllo hanno una routine fissa di svolgimento degli stessi. Si è dimostrato molto utile modificare completamente l'ordine di questa routine e contemporaneamente diminuire i tempi di controllo. L'obiettivo è quello di ridurre il tempo speso nei controlli.

Spesso questi pazienti tendono a controllare apparecchi elettrici inutilizzati per settimane o perfino mesi. Uscire di casa senza aver controllato alcun apparecchio è un obiettivo eccessivo, tuttavia lo si può trasformare in esperimento comportamentale per un periodo più breve, tornando poi a casa. Similmente si possono lasciare i rubinetti dell'acqua leggermente aperti, e uscire di casa per un breve periodo. Una volta rientrati, di solito si scopre che l'acqua ha smesso di uscire. Anche con i rituali di conteggio e di tocco si è rivelato efficace alterare l'ordine dei rituali. Al giorno d'oggi per i rituali di controllo, più che per quelli di lavaggio, facciamo molto assegnamento sull'aiuto fornito dalla terapia cognitiva, dal momento che essi sono spesso legati ad un senso di responsabilità esasperato (Salkovskis e Forrester 2002, Mancini et al. 2001) e a un generale senso di insicurezza (Röper 2001).

Inoltre prestare attenzione alla storia di apprendimento che spesso rivela la presenza di aspettative elevate in almeno un genitore e un senso di inadeguatezza in età precoce, sembra essere un pre-requisito necessario per perdere le vecchie abitudini ed acquisirne di nuove.

Con questo tipo di pazienti il lavoro cognitivo di rafforzamento delle risorse risulta molto utile. Esso consiste nel focalizzarsi su capacità e risultati positivi raggiunti, e di conseguenza promuovere nei pazienti la fiducia in sé stessi e un senso di sicurezza interiore (Röper 2001).

Di norma, il trattamento di E/RP per le compulsioni di controllo prevede un maggior numero di esercizi pianificati in anticipo e auto-monitorati, rispetto al lavoro sui rituali di lavaggio.

## Compiti a casa e generalizzazione

Quali accordi bisogna prendere con il paziente per il periodo che va da una seduta alla successiva? Quando si progettano le attività da attuare tra una seduta e l'altra, è bene che il paziente venga coinvolto il più attivamente possibile in questa programmazione. Si devono stabilire due punti: prima di tutto gli esercizi di esposizione affrontati in seduta vanno ripetuti come compiti a casa. In secondo luogo il paziente può cimentarsi da solo in compiti più facili, ovvero più in basso nella gerarchia, auto-monitorandosi.

Il successo o il fallimento di questi compiti a casa sarà argomento di discussione nella seduta successiva. Si tratta di uno degli aspetti più belli del lavoro con questo particolare gruppo di persone: sono meravigliosamente onesti.

Ovviamente è importante che non si crei un'atmosfera critica e giudicante, ma al contrario un clima di collaborazione, nel quale s'individuano insieme i problemi, e in cui il paziente si sente tranquillo nel parlare dei compiti che erano stati stabiliti insieme e che non è riuscito a svolgere, del tutto o in parte. Quando si valuta ciò che il paziente è riuscito a fare tra una seduta e l'altra, e più in generale quando si esaminano i progressi raggiunti durante il trattamento, bisogna prestare una particolare attenzione alle aspettative, di solito molto elevate, che i pazienti hanno su loro stessi.

Come tante altre persone, a maggior ragione i pazienti DOC danno più importanza a ciò che non ha funzionato e apprezzano di meno quello che è andato bene. È importante prestare una particolarissima attenzione a questo aspetto e mettere in dubbio le loro valutazioni tramite la terapia cognitiva. È una parte importante del processo di apprendimento consiste nel saper accettare risultati buoni, anche se non perfetti.

Una prospettiva utile sui progressi fatti, che molti pazienti trovano convincente consiste nel riassumere risultati positivi e fallimenti collezionati fino a quel momento, e nel fare poi una media. La questione può essere posta in questi termini: si sta procedendo nella giusta direzione, cioè in avanti, o in quella sbagliata, cioè all'indietro? In quest'ultimo caso è necessario discutere di quali siano le possibili ragioni.

Molti pazienti soffrono di un'amplissima varietà di sintomi, in aree differenti. La domanda è: il trattamento deve occuparsi di tutti gli elementi di una data gerarchia? Il superamento di un'area problematica importante risolve automaticamente altre aree sintomatiche, che a quel punto non necessitano più di una particolare attenzione? Effettivamente può accadere, ma non così spesso come si vorrebbe. Bisogna comunque considerare che si possono affrontare molte aree tramite compiti a casa auto-monitorizzati. Si è dimostrato utile per la maggior parte dei pazienti stabilire un programma di esercizi da svolgere tra una seduta e l'altra per tutta la durata del trattamento, e a volte anche per il periodo successivo alla conclusione. Sono giunta a credere che un lento diradamento della terapia, con lunghi intervalli tra una seduta e l'altra, in un ordine che può essere: dopo un mese, dopo due mesi, dopo quattro mesi, ecc., è molto feconda per il processo di ulteriore generalizzazione e per la prevenzione della ricaduta.

### *Complicazioni e regressi*

L'andamento della terapia del DOC grave è spesso fluttuante e disseminato di fasi di stallo o addirittura di veri e propri regressi. Si può affermare che le complicazioni sono più una regola che un'eccezione.

Dopo una fase di progressi costanti a volte i pazienti si lamentano di sentirsi scoraggiati: hanno rispettato tutte le regole comportamentali e si sentono comunque ancora ansiosi -riescono ad astenersi dal compiere molti rituali, e affrontano tante situazioni, ma si sentono affaticati, l'ansia diminuisce a sufficienza solo in alcune situazioni. Una domanda, che ho sentito spesso, è la seguente: *“Dovrò vivere con tutte queste paure per il resto della vita?”*.

Può essere necessario introdurre una fase di consolidamento per un po' di tempo e non affrontare ulteriori compiti. Può anche essere necessario un periodo di lavoro cognitivo su altre temi della vita come relazioni familiari, lavoro e amicizie.

Per molti pazienti l'abituazione è più veloce per alcune situazioni temute e meno per altre. Vi sono una serie di ragioni per rendere conto di questa riduzione della paura lenta o insufficiente. Potrebbe avere a che fare con le richieste di rassicurazione che il paziente fa, o con le neutralizzazioni cognitive che esegue, o ancora potrebbero esserci problemi con “la disconferma delle aspettative di danno” (Rachman 2004), in particolare se la paura riguarda eventi negativi che possono capitare ad altre persone.

Le richieste di rassicurazione sono molto frequenti, costituiscono una sorta di sotto-prodotto dell'E/RP. Rachman scoprì la tendenza a richiedere rassicurazioni molto presto nella storia dell'applicazione dell'E/RP, e le sue implicazioni vennero molto presto incluse nella presentazione del rationale del trattamento ai pazienti. Tuttavia è necessario ricordare quest'aspetto al paziente nel corso della terapia. Naturalmente anche il terapeuta è un buon bersaglio per questo tipo di domande. Alcuni pazienti sviluppano un abilissimo metodo indiretto per

ottenere rassicurazioni, che talvolta consente loro di raggiungere l'obiettivo prima che noi ce ne accorgiamo.

Si può riscontrare anche una tendenza alle neutralizzazioni mentali. Alcuni pazienti svolgono gli esercizi parlando in continuazione di argomenti che non hanno a che fare con l'esposizione, proprio per distrarre l'attenzione dallo stimolo temuto, per diminuire la consapevolezza di ciò che stanno facendo.

Un'altra complicazione frequente è il ripresentarsi di una forte ansia legata ad una delle paure, che era già stata superata, almeno in gran parte. Un ritorno intenso di paura è sempre accompagnato da una tremenda delusione, e di solito il paziente lo interpreta come segno che in definitiva il trattamento non funzionerà. Questa delusione è comprensibile, e va presa in carico. Di solito si trovano diversi motivi per una particolare vulnerabilità al ritorno delle vecchie paure in un determinato momento. Se da una parte questo naturalmente procura al paziente un momento difficile, non costituisce però la prova che il trattamento non andrà a buon fine: il fatto che gli esercizi abbiano funzionato in precedenza significa che possono funzionare di nuovo. La sfida consiste nel non cedere al prendere provvedimenti seguendo i vecchi metodi.

Tutto ciò porta a un problema aggiuntivo, relativo alla relazione terapeutica: il paziente si sente in colpa per non essere il paziente perfetto, oppure pensa che il terapeuta non stia fornendo l'aiuto giusto, ma non ha il coraggio di dirlo.

Quando si verificano regressi di questo tipo, "raccolgo i cocci" e ripeto gli esercizi di esposizione, perché nella mia esperienza ho visto che i pazienti ritornano allo stesso livello che avevano raggiunto prima del regresso. Ed è un lavoro che richiede solo poche sedute. In situazioni tali esplicito queste informazioni ai pazienti. È utile aiutare il paziente ad accettare le complicazioni e i regressi come parte del corso naturale delle cose.

Un punto critico è che diverse aree problematiche possono alternarsi per gravità di invalidazione: il paziente fa progressi su un problema, ma un'altro balza in primo piano. Un paziente una volta commentò così questo fenomeno: "Sembra che questa malattia abbia una certa quantità di energia. Quando una paura diminuisce, l'energia si sposta su un'altra". Questa è sempre una sfida difficile, e quando ancora non avevamo a disposizione i mezzi della terapia cognitiva era molto più problematica. Ora vi sono molte possibilità di aiutare il paziente a selezionare le priorità e chiarire gli obiettivi del trattamento.

Quando compaiono paure che precedentemente sembravano molto meno problematiche, si possono esplorare tutta una serie di questioni: queste aree problematiche che si alternano per gravità, hanno un filo conduttore? Si intravede insieme ad un miglioramento la paura di perdere vantaggi secondari o la paura di non essere in grado di affrontare gli impegni della vita quotidiana, o di come condurre la propria vita senza il DOC? Il paziente che abbiamo di fronte ha difficoltà nell'accettare che ha perduto degli anni di vita per una malattia in fondo curabile? Vi è forse un certo aspetto della storia di vita che necessita di maggiore attenzione affinché il paziente raggiunga una maggiore auto-accettazione e rispetto di sé? Questa tematica è stata evidenziata di recente da Hoffman e Hofmann (2004).

Molte persone che soffrono di DOC presentano un'autostima molto bassa, spesso direttamente legata al tema delle loro paure, come "Devo essere una persona cattiva, se ho in testa pensieri simili". Si tratta di quello che Rachman definisce "inquinamento mentale" (Rachman 1994). Il modello di Mancini mette in evidenza il ruolo della "valutazione secondaria" (autorimproveri) nel peggioramento della sintomatologia e il suo effetto negativo sull'autostima (Mancini in stampa).

La terapia cognitiva al giorno d'oggi include un'ampia gamma di possibilità di lavoro sulle auto-svalutazioni del paziente, molto più ricca dei limitati mezzi che avevamo a disposizione all'inizio, vale a dire elogi e rinforzi, arricchiti dal nostro buon senso.

Alla fine della terapia spesso i pazienti hanno commentato quanto li avesse aiutati non vedermi mai scoraggiata o scioccata per come stavano andando le cose. Per riassumere, nella mia esperienza i periodi di stallo o di regresso spesso sono stati importanti e mi hanno indicato la necessità di dedicare alcune sedute a temi quali l'auto-valutazione, la storia d'apprendimento, le relazioni sociali e familiari, i problemi lavorativi e il processo di ricostruzione di una vita che è stata così gravemente appesantita dalle paure, spesso per un lunghissimo tempo.

Così come ha sottolineato Rachman nell'introduzione, la resilienza e il coraggio di queste persone è davvero ammirevole. È sorprendente osservare dove spesso siano riusciti ad arrivare nella vita a dispetto della propria sofferenza, che nella maggior parte dei casi rimane nascosta al resto del mondo. Nonostante il disturbo ossessivo-compulsivo, conducono la loro vita e affrontano le sfide e i cambiamenti che essa pone come fanno gli altri. La prospettiva evolutiva nel trattamento del DOC è stata illustrata altrove (Röper 1997).

### *Una ri-valutazione dell'E/RP*

Dopo trent'anni di lavoro con i pazienti ossessivi, non mi sono ancora stancata di dedicare il mio impegno terapeutico a questo gruppo di persone. Stimolo le loro caratteristiche più tipiche, rispetto le loro profonde aspirazioni etiche, e cerco di sostenerli nel trovare una via che consenta loro di godere la vita e non disperarsi per la disonestà e l'egoismo del mondo, caricandosi le spalle di preoccupazioni e responsabilità eccessive.

Ciò che ho imparato con sorpresa nel corso degli anni, visto che la psicoanalisi degli inizi e la psichiatria li rappresentavano in tutt'altro modo, è che molti di questi pazienti hanno un meraviglioso senso dell'umorismo, che si può sfruttare bene anche quando le sedute sono tanto dure per loro.

Spesso mi pongo una domanda: come è possibile che all'inizio degli anni '70 l'E/RP producesse così tanti successi terapeutici, quando noi ancora non vi includevamo ciò che sappiamo oggi della terapia cognitiva? Io credo che, a quell'epoca, prima della cosiddetta "rivoluzione cognitiva", noi inserissimo più elementi cognitivi di quanto non ci accorgessimo. È interessante vedere su quanti concetti cognitivi, ora elaborati e approfonditi, all'epoca ci imbattessimo per caso, e poi toccassimo volutamente grazie alla crescente esperienza clinica. Quali erano gli elementi nascosti a-specifici nel trattamento dell'E/RP che contribuivano così tanto al suo successo? Prima di tutto, considero di grande importanza il cambiamento principale introdotto da Rachman al trattamento proposto da Meyer, vale a dire far eseguire ai pazienti la Prevenzione della Risposta senza una supervisione continua. Questa modifica poteva sembrare rischiosa e mettere a repentaglio il successo del metodo, invece fornì l'opportunità ai pazienti di fare un'esperienza di apprendimento che potevano considerare come una loro propria conquista. Tutto ciò, unito al rispetto e alle lodi offerti dal terapeuta, certamente consentirono il consolidamento o la costruzione del rispetto di sé, che all'inizio del trattamento spesso manca del tutto in questi pazienti.

Anche le dettagliate e ripetute discussioni del rationale del trattamento, così come la ricostruzione della storia di acquisizione del disturbo, senz'altro mettevano in moto tutta una serie di processi cognitivi. E i compiti a casa di esposizione, volti alla generalizzazione dei processi di apprendimento, costruivano l'aspettativa nel paziente che l'obiettivo del trattamento fosse quello di condurre una vita non afflitta per sempre da paure esagerate.

*Dal mio punto di vista, un ulteriore elemento implicito è costituito dal fatto che i tipici esercizi comportamentali implicavano che, per poter vincere le paure, il paziente dovesse accettare che nella vita quotidiana esiste lo sporco ed esistono i pericoli. Ovviamente c'è però una differenza importante fra un modo implicito e un modo sistematico di aiutare il paziente ad accet-*

tare lo sporco e i pericoli. Un approccio sistematico in tal senso è stato sviluppato da Mancini e collaboratori (Mancini in stampa).

La cosiddetta “rivoluzione cognitiva” ha introdotto nuovi concetti teorici, e ha portato alla luce degli elementi terapeutici precedentemente nascosti, che probabilmente non utilizzavano tutti i clinici. Fortunatamente abbiamo oggi a disposizione una gamma molto più ampia di mezzi terapeutici da offrire ai nostri pazienti, le cui storie e la cui sintomatologia sembrano diventare sempre più complesse.

Io utilizzo moltissimo il rafforzamento delle risorse del paziente. Continua sempre a sorprendermi quanto le persone non riconoscano i traguardi raggiunti, minando in questo modo la fiducia in sé e il senso di auto-efficacia. È necessario prestare attenzione a questi temi, aiutando i pazienti ad includere questi cambiamenti personali nel loro concetto di sé. Anche il lavoro sulla storia di vita, che secondo me dovrebbe essere il più parsimonioso possibile, ma esteso abbastanza da consentire la costruzione di un senso di sé più positivo, va sistematizzato. Esistono molte aree di ricerca e di studio attualmente in corso di elaborazione e approfondimento. Le ri-valutazioni in corso contribuiranno ad approfondire la nostra comprensione del disturbo (Rachman 2003, Clark 2004). Inoltre il concetto di accettazione utilizzato esplicitamente nella pratica clinica consentirà una maggiore applicabilità dell'E/RP.

Possiamo essere certi che il futuro riserva a noi e ai colleghi delle prossime generazioni ancora molte sfide, nello sforzo di comprendere quest'affascinante disturbo e le persone che ne soffrono.

## Biobibliografia

- Abramovitz J. S. (1998). Does cognitive-behavioral therapy cure obsessive-compulsive disorder? A meta-analytic evaluation of clinical significance. *Behavior Therapy* 29, 339-355.
- Bandura A. (1969). *The Principles of Behavior Modification*. Holt, Rinehart and Winston, New York.
- Bandura A. (1971). Psychotherapy based upon modelling principles. In: A. Bergin and S. Garfield (Eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley, New York.
- Baum M. (1970). Extinction of avoidance responding through response-prevention (flooding). *Psychological Bulletin* 74, 276 – 278.
- Barcaccia B. & Mancini F. (in stampa) Psicoterapia basata su prove di efficacia e protocolli terapeutici. In: B. Bara (a cura di) *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*. Bollati Boringhieri Editore, Torino.
- Clark D. M. (1999). Anxiety disorders: why they persist and how to treat them. *Behaviour Research and Therapy* 7, 5-28.
- Clark D. A. (2004). *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD*. The Guilford Press, New York.
- Eysenck, H. J. & Rachman S. J. (1965). *The causes and cures of neurosis*. Routledge and Kegan Paul, London.
- Foa E. B. & Kozak M. J. (1986). Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information. *Psychological Bulletin* 99 (1), 20-35.
- Foa E. B., Steketee G. S., Grayson J. B., Turner R. M., Latimer P. (1984). Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals: immediate and long-term effects. *Behavior Therapy* 15, 450-472.
- Hogson R. (1972). The effects of contamination and washing in obsessional patients. *Behaviour Research and Therapy* 10, 111-117.
- Hoffman N. & Hofmann B. (2004). *Exposition bei Ängsten und Zwängen*. Beltz, Weinheim.
- Lomont J. F. (1965). Reciprocal inhibition of extinction? *Behaviour Research and Therapy* 3, 209-219.
- Mancini F., D'Olimpio F., D'Ercole S. (2001). Responsibility attitude, obsession and compulsion: a further support in a non-clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 8, 274-281.

- Mancini F. & Barcaccia B. (2004). *The Importance of Acceptance in Obsessive-Compulsive Disorder*. Presentazione all'Università Ludwig-Maximilians di Monaco di Baviera, 24 giugno 2004.
- Mancini F. (in stampa). Il disturbo Ossessivo-Compulsivo. In B. Bara (a cura di) *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*. Bollati Boringhieri.
- Marks I. M., Hodgson R., Rachman S. (1975). Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in vivo exposure. *British Journal of Psychiatry* 127, 349-364.
- Menzies R.G. & de Silva P. (2003). *Obsessive-Compulsive Disorder*. Wiley, Chichester.
- Meyer V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy* 4, 273-280.
- Rachman S. (1971). *The effects of psychotherapy*. Pergamon Press, Oxford.
- Rachman S. (1972). Therapeutic modelling. *Behaviour Research and Therapy* 3, 379-397.
- Rachman S. (1990). *Fear and Courage* 2<sup>nd</sup> ed. Freeman, San Francisco, CA.
- Rachman S. (1994). Pollution of the mind. *Behaviour Research and Therapy* 3, 311-314.
- Rachman S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy* 40, 625-639.
- Rachman S. (2003). *The treatment of obsessions*. Oxford University Press, Oxford.
- Rachman S. (2004). Fear of contamination. *Behaviour Research and Therapy* 42, 1227-1255.
- Rachman S. & Hodgson R. (1980). *Obsessions and Compulsions*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
- Röper G. (1977). The Role of the Patient in Modelling/Flooding Treatment. In J. C. Boulougouris & A. D. Rabavilas (Eds.), *Phobic and Obsessive Compulsive Disorders*. Pergamon, New York.
- Röper G. (1997). Developmental behavior modification for the treatment of obsessive-compulsive disorder. *European-Psychologist* 2, 64-70.
- Röper G. (2001). Chronische innere Unsicherheit und ihre Bedeutung für die Entstehung der Zwangsstörung - ein klinisch-entwicklungspsychologisches Störungsmodell. In G. Röper, C. von-Hagen, G. Noam (Eds.), *Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer Klinischen Entwicklungspsychologie*, 286-305. Kohlhammer, Stuttgart.
- Röper G. & Rachman, S. (1976). Obsessional-compulsive checking: Experimental replication and development. *Behaviour Research and Therapy* 14, 1, 25-32.
- Röper G., Rachman S., Marks I. (1975). Passive and participant modeling in exposure treatment of obsessive-compulsive neurotics. *Behaviour Research and Therapy* 13, 271-279.
- Salkovskis P. M. (1989). Obsessions and compulsions. In: J. Scott, J. M. G. Williams, A. T. Beck (eds), *Cognitive Therapy – A Clinical Casebook*. Croom Helm, London.
- Salkovskis P. M. & Forrester E. (2002). Responsibility. In: R. O. Frost & G. Steketee (Eds.) *Cognitive approaches to obsessions and compulsions. Theory, assessment and treatment*. (45-61). Elsevier, Oxford.
- Wolpe J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford University Press, Stanford.

Indirizzo per Corrispondenza: Prof. Gisela Röper, Department of Psychology - Clinical Psychology and Psychotherapy, Ludwig-Maximilians-Universität, Leopoldstr. 13 80802 München– Germany. E-mail: roper@psy.uni-muenchen.de