

## QUANDO TEMO DI SENTIRMI TUTTO SPORCO: IL CASO DI UN PAZIENTE CON DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO E TIMORE DI CONTAMINAZIONE DALLE PROPRIE FECI

Giuseppe Romano e Claudia Perdighe

Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC).

Associazione di Psicologia Cognitiva (APC) Roma.

Unità Operativa per il Trattamento dei Disturbi d'Ansia e per la Ricerca Clinica della Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) di Roma.

### Riassunto

Verrà illustrato il caso clinico di un paziente con un Disturbo Ossessivo-Compulsivo che presenta una sintomatologia legata, prevalentemente, al timore di contaminazione dalle proprie feci (rituali di pulizia e igiene personale; evitamenti) e al timore di incapacità di proteggere da danni la propria casa (*check*, ordine, simmetria). La conseguenza ultima temuta è il rifiuto disprezzante degli altri, a motivo di un giudizio di indegnità ed irresponsabilità nel badare a se stesso e alla propria abitazione, lasciategli in eredità dai genitori.

Nel corso della presentazione verrà mostrato come, a causa della cronicità del disturbo (l'esordio risale a 30 anni prima) il paziente regolasse la propria attività ossessiva basandosi quasi esclusivamente sulle proprie sensazioni (*affect as information mechanism*), con un bassissimo distanziamento critico rispetto all'opportunità di persistere nei controlli e nelle attività preventive, così drammaticamente presenti nell'arco di tutta la giornata. Più specificamente, il soggetto ingaggiava continuamente in persistenti attività compulsive con lo scopo di prevenire una colpa per irresponsabilità (sporcarsi o danneggiare la casa) come anche l'eventualità di ridursi in una condizione di indegnità e disprezzabilità. L'utilizzo della E/RP ha permesso di far constatare al paziente come, paradossalmente, il ridurre la ripetitività delle condotte di controllo aumentasse la sicurezza (minore ansia) e, nel contempo, la sensazione di potersi fidare dei propri sensi. Inoltre, tramite le procedure espositive è stato possibile interrompere il meccanismo dell'*affect as information* ed aumentare la tolleranza del paziente nei confronti dell'incertezza, portandolo anche ad accettare di correre dei rischi maggiori.

**Parole chiave:** *Disturbo ossessivo-compulsivo - Esposizione/Prevenzione della Risposta (E/RP) - Affect as information mechanism - Accettazione della minaccia*

## WHEN I DREAD OF FEELING ALL DIRTY: THE CLINICAL CASE OF A PATIENT AFFECTED BY OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER AND FEAR OF CONTAMINATION THROUGH HIS OWN FAECES

### Summary

The clinical case of a patient affected by Obsessive-Compulsive Disorder will be illustrated. His symptomatology had essentially to do with fear of being contaminated by his own faeces (washing's and personal hygiene's rituals; avoidances) and with fear of being incapable of protecting his home from being damaged (checking's, order's and symmetry's rituals). The ultimate feared consequence was disdainful rejection from other people, due to his unworthiness and irresponsibility in taking care of himself and of his own house, that he had inherited from his parents.

In the course of this presentation it will be shown how, because of the disorder's chronicity (the onset dates back to thirty years before), this patient regulated his obsessive activity almost exclusively on the basis of his own sensations (affect as information); there was a minimal critical awareness of the controls' and preventive activities' inexpediency, which were so dramatically present during the whole day. More specifically, the patient devoted himself continuously to enduring compulsive activities aimed at preventing a guilt due to irresponsibility (getting dirty or damaging the house), as well as preventing being reduced to a condition of unworthiness and contemptibility. The use of E/RP has allowed him to understand how, paradoxically, reducing the repetitiveness of control's activities increased safeness (less anxiety) and, at the same time, the sensation that he could rely on his own senses. Moreover, through the exposure procedure, it has been possible interrupting the mechanism known as "affect as information" and increasing the patient's tolerance to uncertainty, leading him also to run bigger risks.

**Key Words:** *Obsessive-compulsive disorder - Exposure/Response Prevention (E/RP) - Affect as information mechanism - Acceptance of threat*

## Dati Generali

### *Condizioni attuali di vita*

Quando richiede la terapia, il paziente (R.), di sesso maschile, ha 48 anni e svolge un impiego come dipendente comunale. Ha un diploma di Scuola Media Superiore, è celibe, è secondogenito di una famiglia molto povera e di basso livello socio-culturale. Il fratello, di tre anni più grande, è sposato, ha una figlia e vive in un altro comune.

Entrambi i genitori sono deceduti. Dalla morte della madre, avvenuta 4 anni prima dell'inizio della terapia, R. vive da solo nell'abitazione ereditata.

Ha subito un intervento chirurgico con asportazione di parte della tiroide ed è in cura farmacologica anche per un nuovo nodulo tiroideo, a causa del quale riferisce disturbi a livello fisico come sensazione di spossatezza e stanchezza.

Riferisce di avere poche amicizie significative e di mantenere contatti saltuari con i familiari (il fratello, un cugino ed una zia).

### *Principali elementi della storia di vita del paziente*

Del proprio padre il paziente racconta che "ha avuto una vita molto difficile". Ha sempre parlato ai propri figli delle dure condizioni affrontate nel corso della propria esistenza: figlio illegittimo; colpito da poliomielite durante l'infanzia; grosse difficoltà (per invalidità) a potersi curare da un punto di vista igienico.

La madre proveniva da una famiglia molto povera. Successivamente ad un incidente (è stata investita da una moto), ha avuto problemi di salute e R. ha dovuto assisterla e prendersi cura di lei fino al decesso. Negli ultimi anni era completamente invalida e costretta a letto.

I genitori di R. hanno cambiato diverse abitazioni prima di stabilirsi in quella dove ora il paziente vive. Fino all'età adulta, tuttavia, ogni casa in cui ha abitato era sprovvista di servizi igienici (bidet e doccia). Per tale ragione, le condizioni igieniche in cui ha vissuto il paziente sono state precarie.

Quando la madre, a causa della sopraggiunta cecità, non poté occuparsi delle faccende domestiche, le condizioni igieniche diventarono ancora più precarie, ma il padre rifiutò aiuti esterni per le pulizie.

### *Quando temo di sentirmi tutto sporco*

Padre e madre sono stati molto attenti all'istruzione dei propri figli. Hanno voluto che si iscrivessero e frequentassero le scuole superiori, anche se R. racconta di aver dovuto contribuire alle spese degli studi, iniziando a lavorare molto giovane (a 14 anni) prima come operaio in una ditta produttrice di carbone e, successivamente, come barman.

Dopo il diploma ha lavorato come segretario della sezione di un partito politico e come rappresentante per una casa editrice. Vinto il concorso al comune, è stato assunto e da allora lavora come impiegato.

Dal punto di vista sentimentale, R. ha avuto una prima relazione, all'età di 18 anni, con una donna molto più grande di lui che lo ha lasciato dopo due mesi di rapporto. Il paziente riferisce che l'esperienza si è conclusa a causa della sua difficoltà ad avere rapporti sessuali, perché intimorito dall'idea di non farcela o di risultare inadeguato ed essere criticato. Ha avuto il primo rapporto sessuale, con una prostituta, all'età di 24 anni; riferisce di aver vissuto con grande ansia quel momento: "anche su questo pensavo di essere diverso... e volevo vedere se era vero...". Il primo tentativo è stato fallimentare in quanto non riesce ad avere l'erezione. Da allora ha avuto dei rapporti sessuali solo con prostitute e, in particolare, con una con la quale dice di aver instaurato un rapporto di amicizia.

### *Invio e contesto della terapia*

R. si rivolge all'Unità Operativa per la Ricerca ed il Trattamento dei Disturbi d'Ansia e dell'Umore. Il paziente è stato seguito prima presso una struttura pubblica e poi si è rivolto ad un ente privato per gli scarsi risultati ottenuti.

### *Dati riguardanti la condizione clinica*

#### *Problemi psicologici presentati, storia clinica e ricostruzione dell'esordio*

Il paziente giunge al primo incontro riferendo, come problema principale, un'elevata ansia conseguente all'idea di potersi essere sporcato di feci e di altre sostanze organiche (sudore e sperma in particolare).

Oltre a ciò, R. riporta una serie di preoccupazioni legate all'idea di non essersi preso cura della propria abitazione in modo adeguato (chiusura di porte e finestre; chiusura dei rubinetti del gas e dell'acqua).

Il terapeuta fatica ad ottenere informazioni durante i primi colloqui, poiché il paziente sembra orientare la sua attenzione su alcuni argomenti, glissando su altri.

Indagando sull'esordio, si scopre che la storia della sofferenza è molto lunga. Anche se non ricorda un evento specifico o un periodo, riferisce la presenza di alcuni sintomi già all'età di circa 17 anni.

R. ricorda che quando usciva, specialmente con gli amici e le amiche, gli venivano in mente immagini di indumenti sporchi di feci e che tali immagini si trasformavano nell'impressione di essersi sporcato. In conseguenza di ciò, provava un forte imbarazzo nei confronti degli amici che se ne potevano accorgere e temeva che avrebbero potuto finire per criticarlo aspramente ed escluderlo dal gruppo. Si sentiva molto diverso dal gruppo dei pari, sia per i rituali che compiva, sia perché era costretto ad evitare attività come andare al mare, andare in piscina, ecc. non avendo una doccia in casa. Per far fronte all'ansia, le uscite con gli amici venivano precedute da rituali finalizzati a prevenire il timore di provare lo stimolo a urinare o a defecare e di trovarsi nella

circostanza di non trovare un bagno. In quelle occasioni, oltre ad attuare una serie di attività scaramantiche, chiedeva rassicurazioni al padre e lo costringeva a mettergli per iscritto su un quadernetto che lui non si era sporcato.

In una delle prime visite, inoltre, il paziente chiede al terapeuta come deve fare per ridurre i tempi della doccia. Riferisce, infatti, di impiegare circa 3 ore al mattino per compiere tutti i lavaggi prima di andare al lavoro e di impiegare, solo per la doccia, circa un'ora e trenta.

R. riferisce che tale comportamento è divenuto problematico solo in un secondo momento e che prima che morissero i genitori non gli aveva dato peso. In particolare riferisce che a fargli sorgere il dubbio di essere diverso dagli altri è la frequenza di amici che non hanno le sue difficoltà e che svolgono, diversamente da lui, certe attività. Ricorda, ad esempio, che i tempi della doccia sono diventati per lui un problema solo quando ha fatto il servizio di leva: "i miei compagni ci mettevano molto meno di me... ed io cercavo di imitarli, ma non ci riuscivo... si lavavano le ascelle e le parti intime veloce, mentre io ci passavo sopra con la spugna almeno 15-20 volte".

R. ricorda anche un episodio in cui, a causa dei tempi lunghi per farsi la doccia, ha avuto un piccolo diverbio con un ragazzo nella palestra che aveva iniziato a frequentare. Racconta: "fino ad allora non mi aveva detto niente nessuno... io facevo di tutto per andare negli spogliatoi quando non c'era nessuno, però poi una volta è entrato negli spogliatoi un ragazzo, quando io stavo entrando nella doccia, ed è poi ritornato negli spogliatoi quando aveva finito la ginnastica e mi ha trovato ancora sotto la doccia... mi ha preso in giro e mi ha pure offeso dicendomi: "oh, ma da quant'è che nun te lavi?". Da allora R. non è più andato in palestra.

Negli anni l'oggetto dei timori e i rituali variano, mentre rimane costante l'evitamento delle attività sociali e delle relazioni sentimentali. Rimane costante nel tempo anche il ruolo di rassicurazione svolto dai genitori, in particolare dal padre, in risposta alle sue richieste.

La sintomatologia è contenuta fino all'età di circa 44 anni. Poi, in seguito a due eventi, la morte della madre (il padre era deceduto l'anno prima) ed il rifiuto da parte di una collega, di cui R. si era innamorato, vi è stato un aggravamento.

Riguardo alla prima circostanza (morte della madre), R. riferisce che, in conseguenza di tale evento, oltre al dolore ed al dispiacere, dovette far fronte improvvisamente alla responsabilità del proprio appartamento e di doversi fare carico della gestione della casa: "Prima c'erano i miei genitori a casa che si prendevano cura di tutto... poi è toccato a me...". Quando il terapeuta ha chiesto al paziente se tali timori erano presenti anche prima della morte dei genitori, questi ha risposto che seppure erano presenti dubbi circa la chiusura della porta, del rubinetto del gas, delle persiane e delle finestre, non erano così intensi e persistenti.

Tuttavia, sembra che l'episodio del rifiuto da parte della collega sia stato l'evento più determinante ai fini dell'aggravamento. Il paziente racconta di aver vissuto un intenso periodo di infatuazione, sotto certi aspetti corrisposto, e di aver pensato seriamente di poter condividere la propria vita con questa donna. Quando ha iniziato a fare progetti per il futuro ("pensavo già a come dividere casa, ne avevo parlato con mio fratello, che è architetto, per farmi dare dei consigli") la collega comunica a R. di non essere innamorata di lui e di lasciarlo a causa "delle spalle strette e della bassa statura".

Nel corso degli anni, cresce anche il timore di contaminarsi con il proprio liquido seminale. Come già detto, il paziente frequenta regolarmente delle prostitute. Dopo i rapporti, tornato a casa, da sempre ingaggia in lunghi e ripetuti rituali di lavaggio (a volte durano anche diverse ore). Dopo la morte della madre, gli incontri con una prostituta (che lui definisce amica e della quale

### *Quando temo di sentirmi tutto sporco*

dice: “ero sicuro che era pulita e sana”) avvengono nella sua casa. In quelle occasioni R. prepara tutta la stanza ricoprendo i mobili con lenzuola e riponendo i soprammobili dentro i cassetti o dentro l’armadio, per timore che lo sperma possa contaminarli.

Da circa due anni ha interrotto tutti gli incontri con le prostitute, poiché i rituali di lavaggio, che seguivano, erano troppo estenuanti e faticosi.

### *Trattamenti precedenti*

R. ha seguito diversi trattamenti, sia farmacologici che psicoterapeutici. Riferisce di essere stato in cura, presso una struttura pubblica, dal 2000 al gennaio del 2003, e di non averne tratto alcun beneficio. Durante quel periodo effettuò visite di controllo mensili ed un blando intervento terapeutico, probabilmente, secondo l’approccio psicodinamico.

Nel dicembre del 2002, a seguito di un’acutizzazione della sintomatologia, ha un peggioramento al quale si affiancano, prima idee di suicidio e, successivamente, un tentativo non riuscito. Viene ricoverato per 2 mesi in ospedale e per 1 mese in una clinica privata.

### *Test e Strumenti di valutazione*

Al paziente è stata somministrata una batteria di test standardizzati e questionari con l’intento di valutare in modo più accurato la sintomatologia presentata al momento di inizio della terapia e confrontarli, a distanza di qualche tempo, con i risultati raggiunti.

Gli strumenti utilizzati sono: MMPI; PSI; Y-BOCS (Autosomministrata); BDI; STAI forma Y; Guilt Inventory; Scala della Sensibilità al Disgusto (SD); Padua Inventory (PI).

Tra gli elementi più significativi che emergono dalle risposte ai questionari, si può evidenziare un elevato livello di disagio, comprendente diversi aspetti della vita relazionale, dei gravi elementi di disordine del sonno ed una lieve ipersensibilità alle critiche da parte degli altri. Risaltano, inoltre, un lieve deficit nelle prestazioni cognitive funzionali, un rallentamento generale nello svolgimento delle attività ed una difficoltà a portare a termine e con esito positivo, un certo numero di compiti intellettivi e pratici.

Tuttavia, poiché alcuni risultati ottenuti dai questionari, soprattutto quelli emersi dalla Y-BOCS e dal PI, contrastavano in modo significativo con quanto riferito dal paziente nel corso dei primi colloqui, il terapeuta si è riproposto di indagare quanto emerso durante le prime sedute.

### *Diagnosi*

Il paziente presenta tutti i criteri (A; B; C; D;) necessari per la diagnosi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo secondo il DSM-IV (APA 1994).

### *Organizzazione del problema attuale*

#### *Analisi dell’organizzazione del problema*

Come accade frequentemente nei DOC, la ricostruzione del decorso del disturbo è alquanto complicata dalla difficoltà ad individuare e a definire l’esordio che, anche in questo caso, risulta poco chiaro ed è accompagnato da un graduale peggioramento.

Tuttavia, è plausibile pensare che l'aumento di responsabilità nel dover gestire la propria abitazione, avvenuto in conseguenza della morte dei propri genitori, unitamente all'esperienza di rifiuto sprezzante vissuta a seguito dell'interruzione del rapporto con la collega, siano stati gli eventi scatenanti che possono aver determinato lo scompenso nella storia clinica del paziente.

Il confronto con gli amici, il fratello ed i colleghi, hanno contribuito ad accrescere nel tempo, in R., sia la sensazione di essere diverso dagli altri che la preoccupazione di non essere all'altezza dei propri doveri.

È plausibile ipotizzare, inoltre, che le condizioni di scarsa igiene, vissute in casa per molto tempo, siano diventati, negli anni in cui ha iniziato ad esporsi socialmente, motivo di sensibilità al tema del rifiuto da parte degli altri.

Nel tentativo di prevenire il rifiuto sprezzante da parte degli altri, a motivo di un giudizio di indegnità ed irresponsabilità nel badare a se stesso e alla propria abitazione, il paziente attua dei comportamenti prudenziali che vanno dai rituali di lavaggio, agli evitamenti ed alle ruminazioni, per quanto riguarda la propria persona, ai controlli ed alla simmetria, per quanto riguarda la propria abitazione.

### *Ricostruzione dello schema del disturbo*

Per comprendere meglio lo schema interno del disturbo, prendiamo in considerazione due eventi specifici, riguardanti i principali timori del paziente, e ne ricostruiamo i passaggi principali seguendo il modello di Mancini (2001):

A seguito della comparsa, nella propria mente, di pensieri improvvisi e intrusivi (evento critico), come quelli descritti nello schema, R. sperimentava una forte ansia ed attuava una serie di comportamenti (Tentativi di Soluzione 1), soprattutto ripetitivi, investendo enormi quantità di tempo e di energie per proteggersi ed evitare che i timori (oggetto della Prima Valutazione) si potessero realizzare. Tuttavia, tali comportamenti riuscivano ad alleviare per brevi tempi il disagio, ma a seguito delle critiche che si faceva (Seconda Valutazione), incrementava i comportamenti messi in atto la prima volta o tentava, senza riuscirci, di sopprimere i pensieri intrusivi (Tentativi di Soluzione 2).

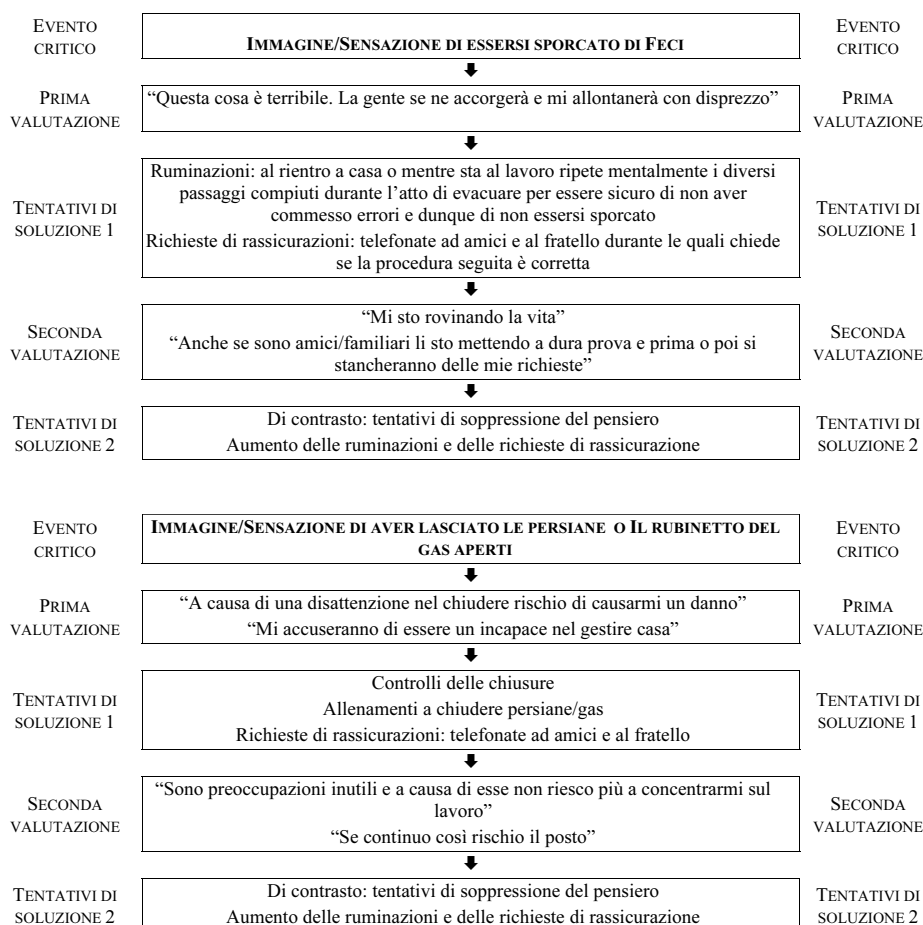
Come naturale attendersi in tutti i casi di DOC, ciò che rendeva intensa la sofferenza del paziente, era l'improvvisa comparsa dei pensieri intrusivi nei momenti più impensabili e, soprattutto, quando lui si sentiva al sicuro (perché, ad esempio, era lontano da casa).

Fra le modalità con cui R. rispondeva all'intrusione dei pensieri (Tentativi di Soluzione 1) una interessante categoria era quella delle neutralizzazioni: il paziente, infatti, in molte circostanze rispondeva al pensiero intrusivo con comportamenti finalizzati a sedare il disagio, che poco o nulla avevano a che fare con il pensiero che lo aveva generato. Al pari dei rituali scaramantici, questi comportamenti venivano utilizzati per far fronte alla sensazione spiacevole, associata al pensiero, che le cose non fossero a posto. R. si sentiva costretto a compiere azioni come ad esempio disporre sul tavolo simmetricamente gli oggetti, mettere in ordine il portafogli, piegare in un certo modo il fazzoletto in tasca, allineare lo stendino dei panni che teneva in camera ecc.

Come già detto in precedenza, il problema principale presentato dal paziente, sin dal primo colloquio, riguardava l'intrusione di pensieri e immagini di sé sporco di feci. I tentativi di soluzione di primo ordine più frequentemente messi in atto da R., consistevano nel richiedere rassicurazioni circa la procedura corretta da svolgere durante l'atto dell'evacuazione e per tale ragione si soffermava in dettagliate descrizioni della procedura compiuta, riportando con dovizia di particolari modalità adottate, distanze e tempi impiegati.

*Quando temo di sentirmi tutto sporco*

Tabella 1. *Schema del disturbo*



Tale richiesta, solitamente, veniva rivolta al fratello e a 3 amici che contattava telefonicamente per descrivere la procedura compiuta. Negli ultimi tempi, R. spiegava anche come chiudeva persiane, rubinetti, porta, ecc. Nella maggior parte dei casi, gli interlocutori si mostravano comprensivi e disponibili nei confronti delle preoccupazioni del paziente, lo ascoltavano, lo assecondavano e lo invitano a ragionare sull’assurdità delle sue convinzioni ma, a volte, esasperati dall’insistenza e dalla reiterazione delle richieste di rassicurazione, si arrabbiavano e tagliavano corto le telefonate. A seguito di ciò, R. si criticava e temeva che prima poi, a causa delle sue continue richieste queste persone lo avrebbero rifiutato. Per far fronte all’ansia che tornava ed ai

pensieri intrusivi che si ripresentavano alla mente, aumentava i rituali di controllo e le attività di ruminazione e ragionamento sulle procedure svolte. Come conseguenza di ciò, i rituali svolti dal paziente occupavano gran parte della giornata.

Durante il secondo incontro R. riferisce di essere solito staccare il telefono per non farsi disturbare nello svolgere quelle che lui definisce, le “terapie quotidiane”, cioè eseguire controlli sistematici e ripetizioni delle procedure utilizzate nell’occuparsi della propria igiene e della propria abitazione. Il paziente svolge queste attività prima mentalmente, ripercorrendo tutti i passaggi da compiere, e poi praticamente. Riferisce di essere più libero dai sintomi nelle ore di lavoro, anche se gli capita, circa due o tre giorni al mese di non recarsi in ufficio a causa del disturbo.

Sebbene il legame tra l’evento critico ed il danno sia improbabile, il paziente lo prende seriamente in considerazione, poiché, a causa di un meccanismo noto come *Emotional Reasoning* (Arntz et al. 1995) è portato ad ipotizzare la presenza del pericolo a partire dalla propria ansia; tutte le volte che si sente in ansia, a seguito dell’intrusione di pensieri minacciosi (ad es: immagini di indumenti personali sporchi di feci; presenza dei ladri dentro casa; rubinetti aperti; ecc.), si attiva un circolo vizioso a conferma delle credenze relative alla presenza del pericolo, che, di conseguenza, accresce l’emozione iniziale. Ciò contribuisce a mantenere la sua convinzione anche a fronte di critiche e di rassicurazioni che convincerebbero altre persone.

### *Compromissioni conseguenti al disturbo*

R. trascorrevale le proprie giornate in modo solitario e rigidamente strutturato. Si svegliava molto presto al mattino (intorno alle 4,30) per compiere tutte le operazioni di lavaggio e di riordino della propria abitazione; terminato il proprio turno in ufficio, raggiungeva la propria abitazione, dopo essersi fermato nella rosticceria sotto casa per consumare velocemente il pranzo (intorno alle ore 16,00). Al rientro a casa compiva i suoi numerosi rituali di controllo (che durante i primi colloqui definisce “terapie”), fino all’incirca all’ora di cena (20,00) durante la quale consumava solo un po’ di frutta. Andava a letto subito dopo.

A livello sociale R. era molto isolato; a parte i colleghi dell’ufficio, che incontrava in orario lavorativo, aveva quasi esclusivamente contatti telefonici solo con tre amici e con il fratello, che chiamava, quasi sempre, per avere rassicurazioni.

A causa del disturbo, aveva messo in atto una grande quantità di evitamenti. Ad esempio, riguardo il timore della contaminazione da feci, usciva da casa il tempo stretto necessario onde evitare di trovarsi fuori quando sopraggiungeva lo stimolo di defecare o si limitava nell’assunzione di cibi e bevande che potessero stimolare l’evacuazione, riducendo le volte in cui andava al bagno a due o al massimo tre a settimana.

I numerosi rituali di controllo della propria abitazione, che si sentiva costretto ad effettuare prima di uscire, da una parte lo stremavano e dall’altra gli sottraevano una grande quantità di tempo, motivo ulteriore per cui il paziente rinunciava ad uscire, criticandosi, successivamente, per l’essersi ridotto ad avere una vita priva di impegni e interessi.

R. si criticava, inoltre, per non avere una compagna. Tuttavia, anche in questo caso, innesca un circolo vizioso attraverso il quale finiva per confermare il proprio timore di restare solo per il resto della propria vita per sua stessa colpa.

Per comprendere meglio quanto accadeva in tali circostanze, può essere utile descrivere un episodio verificatosi.



### *Quando temo di sentirmi tutto sporco*

Una mattina R. incontra, per la prima volta, sull'autobus che lo porta al lavoro, una piacevole e attraente collega di un ufficio a fianco il suo. R. si avvicina alla collega ed inizia a conversare, scoprendo che sarebbe stata costretta, per motivi personali, a recarsi al lavoro con i mezzi nei mesi successivi. Per il resto della giornata R. ha immagini intrusive di sé sporco di feci e maleodorante di sudore e, a fianco a tali pensieri, la sensazione che ciò fosse vero. Per far fronte al timore che la collega, che avrebbe incontrato il giorno seguente sull'autobus, se ne potesse accorgere, potesse pensare di lui che era incapace di badare a sé stesso e, di conseguenza potesse rifiutarlo con disprezzo, giunto a casa, effettua una doccia più lunga del solito, soffermandosi particolarmente e più a lungo nella zona delle ascelle e dei genitali. A conclusione di tale estenuante rituale di lavaggio, R. si critica rendendosi conto di aver fatto qualcosa di inadeguato e di sproporzionato (poiché ritiene i propri tempi nel fare la doccia troppo lunghi), e teme che la collega, se solo lo avesse saputo, lo avrebbe ugualmente rifiutato con disprezzo. Nei giorni seguenti il paziente evita di prendere l'autobus sul quale c'era la collega, non concedendosi la possibilità di verificare se l'evento temuto (il rifiuto) si sarebbe verificato e, invece, rafforzando la convinzione di rimanere solo, senza una compagna.

I pensieri intrusivi, inoltre, hanno interferito anche con lo svolgimento della propria attività lavorativa. Al momento dell'inizio del trattamento, infatti, chiede frequentemente di poter andare via prima dal lavoro o di rimanere a casa al mattino, non presentandosi in ufficio e costringendosi a massacranti recuperi delle ore di lavoro perse.

Si è dovuto limitare anche nell'avanzamento di carriera. Un anno prima dell'inizio del trattamento ha ricevuto la proposta, dal suo diretto superiore, di ricoprire una posizione lavorativa con un incarico di responsabilità maggiore, tuttavia ha rinunciato a causa del disturbo.

## Terapia

### *Trattamento e scopi*

Durante il primo periodo di trattamento, il terapeuta ha proposto al paziente una modalità intensiva con due incontri settimanali. Successivamente, gli incontri si sono stabilizzati con una frequenza di uno a settimana e, verso la fine della terapia, una volta ogni 15 giorni.

La cronicità del disturbo e la rigidità con cui il paziente attuava i rituali ed i controlli non hanno reso semplice l'intervento che, nel primo periodo, si è centrato in modo quasi esclusivo sulla costruzione di una buona alleanza terapeutica.

Inoltre, come già detto in precedenza, un primo ostacolo da superare è stato la difficoltà a motivare il paziente ad un lavoro centrato sull'accettazione del rischio. Si consideri, infatti, che il paziente, per i primi 3-4 colloqui, nonostante le continue disconferme da parte del terapeuta, era convinto che il lavoro terapeutico si sarebbe basato sul fornirgli continue rassicurazioni e conferme circa l'impossibilità che si verificassero gli eventi da lui temuti.

#### Scopi espliciti

- a. Ridurre l'ansia legata all'intrusione di determinati pensieri
- b. Ridurre la frequenza delle intrusioni
- c. Eliminare evitamenti e rituali di controllo
- d. Attuare nuovamente i comportamenti evitati
- e. Comprendere l'origine del problema
- f. Incrementare la qualità della vita

Scopi impliciti

- a. Ridurre la sovrastima della probabilità che gli altri lo considerino oggetto di disprezzo
- b. Comprendere i meccanismi che contribuiscono al mantenimento dei sintomi

Piano di trattamento

*Prima fase*

In questa prima fase si è proceduto ad effettuare un'indagine sulla storia personale del paziente con lo scopo di ottenere quante più informazioni possibili sulle esperienze, presenti e passate, che possono aver contribuito all'esordio e al mantenimento del disturbo. Il terapeuta ha cercato di individuare tempi e cause che possono aver determinato lo scompenso e le modalità tipiche adottate da R. e da chi gli sta attorno per far fronte al disagio. Dopo aver condotto con R. un primo colloquio, gli è stata somministrata anche una batteria di test.

Si è dovuto lavorare intensamente per ottenere un buon livello di fiducia da parte di R., probabilmente a causa delle aspettative del paziente (ottenere rassicurazioni). Tale lavoro è stato fondamentale soprattutto per la quinta fase della terapia, durante la quale è stata realizzata l'Esposizione con Prevenzione della Risposta (E/RP) che necessita di grande fiducia nel terapeuta e nella terapia proposta.

In questa fase, però, tutti i tentativi fatti con lo scopo di introdurre il modello cognitivo per evidenziare il legame tra eventi critici, pensieri, emozioni e comportamenti, si sono rivelati poco fruttuosi.

Gli interventi che hanno funzionato maggiormente, invece, sono stati quelli di normalizzazione delle preoccupazioni, soprattutto per quelle legate alle intrusioni dei pensieri in momenti inaspettati. Il terapeuta ha cercato, infatti, di far comprendere a R. come chiunque, in presenza di situazioni particolarmente importanti, è portato a concentrarsi su quel pensiero o a richiamarlo al minimo stimolo.

*Seconda fase*

Nella seconda fase si è proceduto alla ricostruzione dello schema del disturbo (cfr. Tabella 1) ed alla sua condivisione con il paziente nel corso delle sedute. Partendo dalle esperienze del paziente, è stato individuato un evento critico recente e si è cercato di rintracciare, a partire da esso, tutti i significati che R. attribuiva all'evento.

Grazie alla schematizzazione ed alla rappresentazione grafica del profilo del disturbo, il paziente ha potuto prendere consapevolezza sia dell'assurdità/irrazionalità delle conseguenze catastrofiche ipotizzate, sia delle numerose attività svolte per cercare di far fronte all'evento temuto.

In un passaggio successivo, inoltre, è stato possibile focalizzare l'attenzione del paziente sulle conseguenze controproducenti dei tentativi di soluzione attuati. Tuttavia, a causa sia della cronicità del disturbo, sia dell'automatismo di tali risposte, sia della scarsa consapevolezza e capacità di introspezione del paziente, tale manovra è risultata alquanto difficile.

*Terza fase*

Nella terza fase della terapia si è cercato di evidenziare gli svantaggi ed i costi del disturbo,

### *Quando temo di sentirmi tutto sporco*

per indurre nel paziente la motivazione all'esporsi alle situazioni temute e accettare il rischio. In particolare, il terapeuta ha evidenziato come i tentativi messi in atto per prevenire l'evento temuto si fossero rivelati inutili, inefficaci (ad esempio la soppressione del pensiero) e, alla lunga, controproducenti sia per le conseguenze che avevano sulla attività lavorativa che sul versante delle relazioni interpersonali (amicali e affettive).

In questa fase, inoltre, attraverso la ricostruzione, in seduta, degli *abc* sui sintomi si è potuto lavorare sulla riduzione di numerosi automatismi e, in particolare, sulla convinzione che pensare o sentire qualcosa potesse significare che tale cosa fosse vera.

### *Quarta fase*

Si è rivelato particolarmente opportuno, in questa fase, l'intervento sul circolo vizioso che si innescava allorché il paziente, per non rischiare di scoprirsi inadeguato e quindi per evitare di essere rifiutato in modo sprezzante dagli altri, metteva in atto numerosi tentativi di soluzione che confermavano la propria idea di inadeguatezza e contribuivano a rovinargli la vita.

Accanto a tali interventi, il terapeuta ha proposto al paziente di sostituire i comportamenti inefficaci, messi in atto nel tentativo di proteggere la propria abitazione, con comportamenti adeguati, giudicati tali sulla base dell'utilizzo da parte di persone conosciute che lui stimava. In questo frangente non è stato messo in discussione lo scopo di proteggere la propria abitazione.

Inoltre, il terapeuta ha lavorato sull'incremento della fiducia nei propri sensi. Poiché il paziente adottava già tale criterio in altre aree non problematiche, è stato possibile, attraverso una serie di esperimenti in seduta, portarlo a riflettere sulla possibilità di utilizzare lo stesso criterio anche nelle situazioni in cui, a causa del disagio sperimentato, attivava la condotta e la interrompeva al crescere dell'ansia.

### *Quinta fase*

La quinta fase del trattamento, che è stata la più importante sia per l'investimento di tempo che di energie, è stata impostata, quasi esclusivamente, sull'esposizione alle situazioni che spaventavano il paziente. Solo a questo punto della terapia si è scelto di proporre l'E/RP, perché si è giudicato buono il livello di sicurezza della relazione, condizione che poteva far prevedere un buon successo della tecnica e perché la motivazione a cambiare del paziente era stata verificata e sostenuta in modo adeguato.

In un primo momento il terapeuta ha esposto il paziente, in modo prolungato, alle situazioni in cui lui non si sentiva "a posto" con lo scopo di ridurre l'ansia per effetto dell'abituazione allo stimolo ansiogeno. Per fare ciò sono state individuate tutte le situazioni "imperfette" (come ad esempio il fazzoletto piegato male in tasca, il portafogli non ordinato, lo stendino per i panni non allineato, ecc.) e si è lavorato affinché R. tollerasse l'ansia conseguente all'esposizione a tali situazioni.

In un secondo momento, attraverso l'Esposizione con Prevenzione della Risposta (E/RP), il paziente è stato esposto agli stimoli ansiogeni, impedendogli di mettere in atto i tentativi di soluzione di primo ordine come i comportamenti ritualistici, le richieste di rassicurazione o le attività di neutralizzazione.

Il terapeuta ha impiegato l'E/RP con lo scopo, fra l'altro, di indurre il paziente a sperimentare che, pur non attuando tali comportamenti, poteva ottenere una graduale riduzione dell'ansia. Contemporaneamente, R. comprendeva che è meglio esporsi alle sensazioni temute e imparare a

tollerare l'ansia piuttosto che cedere ai rituali, poiché questi gli davano solo una riduzione momentanea dell'ansia, ma nel tempo si rivelavano altamente controproducenti.

Gli interventi di prevenzione della risposta si sono concretizzati in un sostegno offerto al paziente in due direzioni: favorire l'omissione delle neutralizzazioni e incoraggiare l'accettazione degli stati d'ansia, attendendo fino a che non si fossero ridotti ad un grado sopportabile.

Oltre all'abituazione fisiologica, l'E/RP ha aiutato, quindi, il paziente a ristrutturare cognitivamente il suo disturbo e a modificare alcune idee disfunzionali, soprattutto riguardo l'utilità e l'opportunità di mettere in atto i tentativi di soluzione per prevenire la possibilità che quanto temuto sarebbe potuto realmente accadere. Questa parte della terapia è stata molto importante, perché ha rappresentato la chiave di volta per mettere in dubbio e, conseguentemente, verificare l'inutilità dei comportamenti adottati fino a quel momento e per spingere il paziente ad affrontare ansie e paure che prima sembravano impossibili da tollerare.

### *Sesta fase*

La sesta ed ultima fase è stata centrata, su due grandi obiettivi:

- la prevenzione delle ricadute attraverso la riduzione della vulnerabilità al timore di colpa per irresponsabilità (TdC)
- il miglioramento della qualità della vita, attraverso la costruzione di competenze necessarie a realizzare il progetto di trovare una compagna, costruirsi una vita sociale più ampia e coltivare interessi.

Per quanto riguarda il primo punto (riduzione della vulnerabilità al TdC), il terapeuta ha elaborato insieme al paziente un elenco di circostanze in cui tendeva a sovrastimare la propria responsabilità rispetto al verificarsi di un evento temuto e, attraverso la tecnica della torta (van Oppen e Arntz 1994), ha guidato il paziente alla scoperta degli innumerevoli fattori coinvolti nel verificarsi di quel determinato evento. Con tale procedura, R. ha potuto sperimentare che la propria responsabilità è solo una parte e che un evento può essere determinato anche da altri fattori.

Riguardo il secondo punto, si è elaborata una gerarchia di traguardi che il paziente voleva raggiungere a breve ed a lungo termine; successivamente, attraverso la procedura di problem solving, è stata stilata una serie di passi procedurali da compiere per raggiungere gli obiettivi prefissati come ad esempio ridurre i tempi di doccia e lavaggi; prendersi cura di sé stesso (riprendere a frequentare la palestra o prendere la patente); coltivare interessi e svaghi (partecipare a cineforum, frequentare locali e pub; prendere la patente; frequentare un corso di lingua spagnola). Contemporaneamente il terapeuta ha proposto al paziente un training sulle abilità sociali con l'intento di acquisire maggiore consapevolezza del proprio stile relazionale ed incrementare le competenze di base per la gestione delle proprie relazioni interpersonali.

### *Principali tecniche d'intervento impiegate*

- Costruzione e condivisione dello schema del disturbo
- Psicoeducazione volta alla normalizzazione delle preoccupazioni inerenti l'intrusività dei pensieri
- Esperimenti di soppressione del pensiero
- Analisi dei vantaggi e degli svantaggi
- Compilazione di schede ABC, in seduta, realizzate con l'intento di:  
*Individuare le relazioni esistenti tra eventi critici attivanti, pensieri ed emozioni/comportamenti*

### *Quando temo di sentirmi tutto sporco*

#### *Identificare i pensieri disfunzionali*

- Discussione e ristrutturazione cognitiva delle idee/pensieri disfunzionali
- Laddering e dialogo socratico
- Programmazione delle attività di esposizione attraverso l'assegnazione di compiti graduati
- Esposizione con prevenzione della risposta
- Doppio standard
- Tecnica della torta
- Interventi di problem solving situazionale e interpersonale

#### *Andamento della terapia e risultati raggiunti*

È possibile individuare due importanti momenti del processo terapeutico. Dopo un primo periodo in cui il paziente ha mostrato una grossa difficoltà a seguire le indicazioni per il trattamento a causa dei motivi descritti in precedenza, il percorso terapeutico ha seguito una svolta netta e rapida orientata al miglioramento generale. Specificamente, durante il periodo delle ferie estive, non essendo "distratto" da altre attività e trovandosi da solo a casa per periodi molto lunghi, il paziente ha sperimentato un'intensa sofferenza a seguito dell'incremento dei pensieri intrusivi e del bisogno sempre maggiore di rassicurazioni (aumentate a più di 5 al giorno) da parte di amici e parenti e che risultavano inutili e controproducenti. L'umore del paziente era particolarmente abbattuto tanto da comunicare, telefonicamente, al terapeuta di aver pensato nuovamente al suicidio; durante la telefonata, il terapeuta ha cercato di motivare R. a fare quanto gli era stato proposto nel corso delle precedenti sedute. In particolare, è stata messa in luce l'importanza del rinunciare alle telefonate di rassicurazione in modo tale da sperimentare che l'ansia, dopo un picco, sarebbe diminuita in modo naturale.

R. ha accettato di correre il rischio e di fidarsi e questa sua scelta è stata determinante per il buon proseguimento della terapia.

Successivamente sono stati ottenuti diversi miglioramenti. In particolare tra la prima e la terza fase c'è stata una riduzione significativa del tempo dedicato ai rituali, l'eliminazione delle telefonate di rassicurazione, l'incremento del tono dell'umore e la ripresa dell'attività sessuale.

Attraverso gli interventi svolti tra la terza e la quinta fase, c'è stata una riduzione significativa della sintomatologia; nello specifico è stata estinta una grande parte delle condotte sintomatiche non sostituite da altre.

La giornata del paziente è divenuta più varia ed articolata ed il tempo dedicato al disturbo, tra rituali, controlli e ruminazioni, si è ridotto a "meno di un ora".

A conclusione della terapia, nella gran parte delle occasioni i dubbi ossessivi sono seguiti non tanto da rituali, ma da valutazioni e processi decisionali orientati all'accettazione dei rischi.

Sintomi significativi residui sono la preoccupazione circa i tempi di preparazione la mattina, vissuti dal paziente come indicatore di diversità dagli altri e come rischio di un possibile rifiuto da parte di una donna.

Nell'ultima fase, gli indicatori di cambiamento che è stato possibile rilevare sono i seguenti:

- accettazione di un incarico lavorativo di responsabilità (rifiutato due anni fa) a contatto con il pubblico
- riduzione delle assenze al lavoro dovute al DOC
- riduzione significativa dei tempi di lavaggio mattutino (1 ora vs. 3 ore)
- partecipazione a feste e frequentazione di locali in cui è alto il rischio di sudare

*Giuseppe Romano e Claudia Perdighe*

- incremento degli approcci con le donne
- contatto di agenzie matrimoniali
- iscrizione ad una palestra e ad un corso di lingua spagnola.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM/IV)*, IV ed. APA Press, Washington DC. Tr. it. *Manuale Diagnostico e Statistico del Disturbi Mentali, IV ed.* Masson, Milano 1996.
- Arntz A., Rauner M., Van den Hout M. (1995). "If I feel anxious, there must be danger": ex-consequentia reasoning in inferring danger in anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy* 33, 917-925.
- Mancini F. (2001). Un modello cognitivo del disturbo ossessivo-compulsivo. *Psicoterapia* 22-23 43-60.
- Van Oppen P. & Arntz A. (1994). Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 32, 79-87.

Indirizzo per Corrispondenza: Dr Giuseppe Romano c/o Associazione di Psicologia Cognitiva,  
Via Marcantonio Colonna, 60 – 00192 Roma – Italia. E-mail: romano@apc.it