

ISTITUTO A.T. BECK

Il disturbo ossessivo-compulsivo

A cura di
Antonella Montano
Roberta Borzì

Antonella Montano
Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale,
Direttrice Istituto A.T. Beck, Roma e Caserta

Roberta Borzì
Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale,
Docente interno Istituto A.T. Beck, Roma e Caserta

Presentazione

I pensieri intrusivi sono normali. Tutti gli esseri umani sperimentano pensieri senza senso e indesiderati, quali il pensiero di saltare da un ponte sull'autostrada che corre sotto, il pensiero di correre fuori dalla macchina o di buttarsi nel traffico, l'immagine di urlare ai propri parenti, il pensiero di aver lasciato la spina attaccata e di causare un incendio, il pensiero di desiderare che una persona muoia, il pensiero di contrarre malattie in vari posti, come un bagno pubblico, il pensiero di aver lasciato la macchina aperta, ecc.

Perché tutte le persone hanno questo tipo di pensieri intrusivi? Probabilmente perché, in quanto esseri umani, abbiamo cervelli altamente sviluppati e creativi che possono immaginare tutti i tipi di scenari – alcuni più piacevoli di altri. È normale che il nostro cervello a volte crei pensieri bizzarri o senza senso (“rumore mentale”). Spesso, tali pensieri sono scatenati da situazioni reali, come la vista di un coltello, un bagno, guidare o un'immagine religiosa.

I ricercatori hanno condotto molti studi sui pensieri intrusivi, indesiderati e angoscianti nelle persone con e senza DOC. Tutti questi studi confermano che i soggetti con e senza DOC hanno lo stesso tipo di pensieri. Questi pensieri intrusivi sono normali. Non indicano alcun pericolo, presenza diabolica, perversione, immoralità, ecc. Sono semplicemente pensieri senza senso.

La principale differenza tra le persone con e senza DOC è il modo in cui questo tipo di pensieri è interpretato o valutato. I soggetti con DOC, infatti, considerano erroneamente questi pensieri significativi e pericolosi. Questo porta ad ansia e disagio. Fa sì, inoltre, che i pensieri sembrano prendere una “vita propria”. Nei soggetti con DOC, le ossessioni sono più angoscianti, più resistenti e più ripetitive di quelle dei soggetti senza DOC.

Lo scopo di questi moduli è quello di fornire al lettore una comprensione generale dei sintomi, le loro cause e come trattarli attraverso la terapia cognitivo-comportamentale, la Mindfulness e lo stress management.

Modulo 1

Il disturbo ossessivo- compulsivo: inquadramento generale

Che cos'è il DOC

Che cos'è il DOC

Cosa sono le ossessioni?

Cosa sono le compulsioni?

C'è qualcun altro come me?

Come inizia e come va a finire?

Tipi di DOC

Ossessioni pure

Tutti noi abbiamo le nostre piccole manie (per quanto riguarda abitudini e comportamenti) senza le quali, lo sappiamo, staremmo meglio.

Non c'è persona a cui non piacerebbe avere un maggior autocontrollo.

Ma quando i pensieri sfuggono al normale decorso logico, quando le abitudini si trasformano in devastanti rituali, che vengono eseguiti per liberarci da schiacciante sensazioni di ansia e terrore, allora si sta verificando qualcosa di più serio.

Il disturbo ossessivo-compulsivo, o DOC, come dice il nome stesso, è un disturbo caratterizzato da due gruppi di sintomi: ossessioni e compulsioni.

Cosa sono le ossessioni?

Le ossessioni sono pensieri, immagini e impulsi assillanti, indesiderati e angoscianti che vengono in mente all'improvviso, contro la tua volontà e ti causano disagio e ansia.

Ti rendi conto perfettamente che sono assurde, inappropriate o eccessive e molto lontane dai tuoi valori, dalle tue convinzioni morali o dalla tua personalità, ma per quanto ti sforzi di allontanarle dalla mente, esse continuano a insinuarsi nel tuo cervello.

Cosa sono le compulsioni?

Le compulsioni sono comportamenti (lavarsi le mani, riordinare, controllare, ecc.) o azioni mentali (contare, pregare, ripetere formule, ecc.) che metti in atto in risposta alle ossessioni per ridurre il disagio o per prevenire un qualche evento temuto.

Può capitarti, ad esempio, di controllare un certo numero di volte l'apertura e chiusura della manopola del gas, puoi lavarti ripetutamente le mani, rifare più volte lo stesso tragitto per verificare di non aver investito nessuno, contare i tuoi passi per impedire che i tuoi genitori muoiano e così via.

Le compulsioni sono ripetute più volte nel corso della giornata e spesso sono sempre uguali a se stesse o seguono delle precise regole, tanto da essere definite anche cerimoniali o rituali.

Nonostante il fatto che tu ti renda perfettamente conto che la spinta a lavare, a controllare, a toccare certi oggetti o a ripetere i numeri ecc. è ridicola e insensata, senti come una pressione interiore che alla fine ti sovrasta e ti costringe a mettere in atto la compulsione.

Fra le compulsioni più comuni ci sono:

- controllare ripetutamente che la macchina parcheggiata sia ben chiusa a chiave prima di lasciarla;
- accendere e spegnere le luci un certo numero di volte prima di uscire da una stanza;
- salire una scala o entrare in una stanza sempre e solo con un piede anziché l'altro;

- alzare e abbassare continuamente il volume di una radio o del televisore perché si è convinti che nessuna tonalità sia adatta;
- lavarsi ripetitivamente le mani a intervalli regolari durante il giorno o non riuscire a smettere di lavarsele una volta insaponate;
- contare in gruppi di quattro, sistemare le cose in gruppi di tre, sistemare gli oggetti in insiemi pari o dispari;
- contare i passi (ad esempio, si deve raggiungere la propria auto con dodici passi, ecc.);
- allineare perfettamente gli oggetti nel loro insieme, in angolazioni perfette;
- in un pavimento piastrellato, non camminare sulle “righe” di separazione;
- essere costretti a cancellare i “cattivi pensieri” con “buoni pensieri”, per esempio la visione di un bambino malato può costringere a pensare ad un bambino che gioca felice ogni volta che ritorna in mente l'immagine del bambino malato, oppure avere dei pensieri sessuali non desiderati (classici esempi sono la paura di essere omosessuali o pedofili);
- svariati rituali “anti-jella”.

C'è qualcun altro come me?

Certamente sì. Il DOC è un disturbo abbastanza comune.

Si stima che circa il 2-3% della popolazione manifesta questo disturbo nel corso della vita.

Colpisce sia uomini che donne, è esteso a tutte le culture e compare con la stessa frequenza in tutto il mondo.

Come inizia e come va a finire?

L'esordio del disturbo è generalmente precoce. Circa un quinto dei pazienti ne è colpito già in età infantile e nella maggioranza dei casi il disturbo ha inizio nella pubertà. Quasi tre quarti di tutti i pazienti viene colpito entro i 30 anni.

Dopo i 40 anni è molto rara la comparsa del disturbo. Sulla base di questa distribuzione, l'età media di esordio è intorno ai 22 anni.

In genere l'esordio è graduale ed è quasi impossibile risalire a un evento scatenante o a un periodo in cui il disturbo è diventato significativo.

Senza trattamento il DOC assume un carattere cronico e di lunga durata. Raramente guarisce spontaneamente.

Tipi di DOC

DOC di lavaggio e pulizia (washers e cleaners)

Il DOC è un disturbo basato sulla paura, paura dell'improbabile e dell'impossibile. Questo paragrafo è su un sottotipo particolare di DOC, in cui le compulsioni di lavaggio sono messe in atto come tentativi inutili per placare i timori ossessivi di essere contaminati.

Ossessioni

Le persone che soffrono di un DOC di lavaggio e pulizia sono ossessionate dal fatto di contrarre una malattia o di essere contaminate o infettate da germi, batteri, virus o particolari sostanze chimiche. Possono avere anche la forte preoccupazione di infettare gli altri. Vivono con il timore quasi costante di causare danno agli altri o a se stessi o di non riuscire a prevenirlo.

Compulsioni

Per eliminare ogni possibile contaminazione esse mettono in atto uno o più rituali come: lavare le mani o i denti eccessivamente, fare lunghe docce o lavare la propria casa o gli oggetti di casa per molte ore. Oltre al lavaggio, disinfettano parti del proprio corpo o oggetti con disinfettanti o alcool. Il lavaggio è la compulsione più prevalente. L'80% degli individui che si rivolgono alla terapia presentano questa tipologia di DOC. Qualche volta il lavaggio è fatto per prevenire la malattia e la morte, molte altre volte il lavaggio serve prima di tutto per far diminuire la forte sensazione di disagio che la persona sente. È il tipo di DOC che mette più a dura prova la pazienza dei familiari.

Evitamento

La persona che soffre di un DOC di lavaggio e pulizia farà di tutto per evitare il contatto con le sostanze contaminanti. Potrebbe, per esempio, tenere chiuse certe stanze della casa o rifiutarsi di toccare cose che cadono sul pavimento.

DOC di controllo (checking)**Ossessioni**

Chi soffre di un DOC di controllo vive con un eccessivo e irrazionale senso di paura perchè crede di essere responsabile di possibili catastrofi o pericoli, in cui potrebbero essere coinvolte altre persone, a causa di azioni imperfette, incomplete o negligenti o per omissioni.

“La mia ossessione è quella di danneggiare qualcuno a causa della mia negligenza”. “Non voglio passare attraverso il senso di colpa di aver danneggiato qualcuno”. La colpa, e il relativo senso eccessivo di responsabilità, è il motore principale che guida la maggior parte delle ossessioni. Questi individui vivono costantemente nel dubbio ossessivo di aver fatto o di poter far male a qualcuno e, come dice Salkovskis, “potrebbero essere responsabili di danneggiare se stessi o gli altri a meno che facciano qualcosa per prevenirlo”.

Compulsioni

Il paziente controlla, in maniera prolungata e ripetuta e senza una reale necessità, di aver chiuso le manopole del gas (per prevenire un incendio), porte e finestre (per prevenire i furti), le portiere o i fari della macchina, la saracinesca del garage o

l'armadietto dei medicinali; può controllare di aver spento le luci in ogni stanza di casa; di non aver perso cose personali lasciandole cadere; di non aver investito involontariamente qualcuno con la macchina, pur non avendo chiari ricordi di eventi così drammatici, di non aver commesso errori nel proprio lavoro, di aver sbagliato a parlare o a scrivere, o di non aver sbagliato a compiere qualche azione di routine come pagare la rata del mutuo o tirare le somme su un libretto di assegni. Di solito quando queste persone controllano la prima volta, subito dopo sono assalite dal dubbio se hanno controllato bene e devono controllare un'altra volta. Alcuni pazienti restano intrappolati per ore in questo circolo vizioso di “controllo-dubbio-controllo”. Nel caso dei rituali di guida, che sono molto frequenti, alcune compulsioni possono essere: fermare il veicolo e cercare la vittima, guardare sotto il veicolo cercando il corpo, ispezionare il veicolo alla ricerca di tracce di sangue o ammaccature che potrebbero dimostrare di aver colpito qualcuno, guidare sempre in compagnia di altri per avere la rassicurazione di non aver commesso nulla.

I soggetti con questo tipo di DOC controllano fino a quando non avvertono quella sensazione di “just right” che li porta a smettere le compulsioni, ovvero quando “sentono che tutto è a posto”. “Devo essere sicuro che le porte sono chiuse, che il gas sia chiuso, devo essere certo di aver spento le luci con la giusta quantità di pressione, così da non causare un problema elettrico, devo essere sicuro che cambio bene la marcia della mac-

china, così da non rovinare il motore”. Numerose compulsioni di controllo non si possono osservare dall'esterno, ma sono presenti nella mente del paziente, come ripercorrere con il pensiero tutte le azioni svolte in un certo periodo di tempo per rassicurarsi di averle eseguite correttamente.

Evitamento

Per trovare sollievo qualche volta questi pazienti richiedono ad altri di prendersi la responsabilità di alcuni compiti come chiudere la porta di casa quando escono.

DOC di ripetizione e conteggio (repeating e counting)**Ossessioni**

Nel DOC di ripetizione il paziente si sente costretto a ripetere le azioni. Dopo che gli viene in mente un pensiero ossessivo che fa paura si sente obbligato a ripetere alcune azioni per evitare che quel pensiero si avveri. Questo tipo di pensiero si chiama “pensiero magico”, ne è un esempio il timore che a un familiare possa accadere una disgrazia se non si replicano determinate attività o conteggi oppure l'idea che la morte della propria moglie possa essere scongiurata vestendosi e svestendosi fino a quando non scompare il pensiero della sua eventuale morte.

Compulsioni

Le compulsioni di ripetizione e di conteggio possono riferirsi a un oggetto qualsiasi, a ogni tipo di azione (contare i peluzzi sugli abiti, i mattoni, i semafori rossi, pensare a serie di numeri, a schemi ecc.). Come per il DOC di controllo, questi pazienti tentano di prevenire o

neutralizzare possibili catastrofi, ma a differenza dei primi non riescono a individuare una connessione logica fra l'ossessione e la compulsione perché, come già detto, nel loro pensiero è espressa una componente magica. Nel caso della ripetizione, un'azione di routine viene ripetuta compulsivamente e, quando non c'è un nesso logico con l'ossessione che la precede, come nel lavaggio o nel controllo, allora si tratta di una ripetizione compulsiva. Queste devono essere messe in atto un certo specifico numero di volte. Una giovane donna, in risposta alla sensazione di paura, si graffiava la testa, si lavava i denti o masticava un chewing gum per 4 volte, né più né meno.

Ci sono anche compulsioni di strofinio, contatto e picchietto. Uno studente con ossessioni aggressive doveva picchiare le sue dita 10 volte per prevenire che le ossessioni diventassero vere. Per far fronte alle ossessioni alcuni pazienti con DOC di pensiero rituale non mettono in atto comportamenti compulsivi, ma “azioni mentali”, ossia azioni che non si possono osservare dall'esterno come: contare, pregare, ripetersi frasi, formule, pensieri positivi o numeri fortunati, ricapitolare a mente i dettagli di un evento o una lista di cose. Queste azioni mentali servono per eliminare la possibilità che si avveri il contenuto del pensiero ossessivo e ridurre di conseguenza l'ansia. Ad esempio una persona potrebbe pensare che tutte le volte che vede il numero 6 (numero del diavolo) deve ripetere sei volte il numero 3 (numero di Dio) per prevenire la sfortuna. Potremmo dire che questo tipo di DOC è una forma estrema di superstizione.

DOC di ordine e simmetria (ordering)

Ossessioni

Chi soffre di un DOC di ordine e simmetria richiede assolutamente che le cose intorno a lui siano poste in un certo modo e non tollera di vederle anche minimamente poste in modo disordinato o asimmetrico, perché ciò gli procura una sgradevole sensazione di mancanza di armonia e logica.

Compulsioni

I comportamenti compulsivi messi in atto da questi pazienti possono essere: rifare il letto in maniera impeccabile senza nessuna piega o collocare piatti, pentole, tazzine, perfettamente allineate, simmetriche e ordinate secondo una sequenza logica (es. dimensione, colore, ecc.).

Molti si aspettano che i lacci delle scarpe, i capelli o le cose personali siano disposti in modo perfettamente simmetrico o secondo un loro schema preciso.

Queste persone possono passare anche ore del loro tempo a riordinare e allineare gli oggetti, fino a quando non sono sicure che siano “al posto giusto”. Notano immediatamente se qualcosa viene spostato e possono anche agitarsi moltissimo se qualcuno prova a riordinare le loro cose. Il tutto ha ben poco a che fare con ciò che comunemente si intende per ordine.

Si verificano nei giovani maschi e le ossessioni corrispondenti sono spesso difficili da identificare. Le compulsioni di ordine potrebbero richiamare o essere associate ai tic.

DOC di accumulo/accaparramento (hoarding, saving e collection)

Ormai il disturbo da accumulo (hoarding disorder) è una categoria diagnostica a sé stante, sempre facente parte dello spettro ossessivo, e non più un sottotipo del disturbo ossessivo-compulsivo.

Coloro che ne sono affetti tendono a conservare e accumulare oggetti tendenzialmente insignificanti e inutili (riviste e giornali vecchi, pacchetti di sigarette vuoti, bottiglie vuote, asciugamani di carta usati, confezioni di alimenti), per la paura di gettare via qualcosa che “un giorno o l'altro potrebbe servire...”.

Questo tipo di comportamento, normale entro un certo limite e finché si tratta di oggetti che hanno un valore affettivo, assume caratteristiche patologiche nel momento in cui lo spazio occupato dalle “collezioni” diventa tale da sacrificare la vita della persona e dei suoi familiari.

Questi particolari collezionisti di cose inutili sono generalmente orgogliosi delle proprie raccolte e non si rendono conto, se non parzialmente, dell'eccesso in cui incorrono, a differenza dei pazienti con disturbi da contaminazione o da controllo, che sono solitamente critici riguardo ai loro rituali. Sono le famiglie a non tollerare più l'invadenza di certi oggetti e la relativa sporcizia degli ambienti, e a richiedere il trattamento terapeutico. Questi pazienti, inoltre, non hanno pensieri ossessivi particolari, ma sono terribilmente sconvolti nel momento in cui si chiede loro di gettar via qualcosa.

Ossessioni pure

Le ossessioni pure possono essere aggressive, sessuali, religiose o somatiche.

Ossessioni aggressive

Le ossessioni di questa categoria possono riguardare se stessi o gli altri.

Ad esempio, “sono sotto la doccia, mi depilo le gambe con il rasoio e mi viene in mente che potrei tagliarmi la giugulare con il rasoio e ho davanti l'immagine del mio collo insanguinato”.

Queste ossessioni possono essere presenti da bambini. Ad esempio, adulti che ricordano che da bambini mentre erano seduti in cucina avevano l'immagine di afferrare un coltello e aggredire la sorellina più piccola. “Mi ricordo di essermi congelata nell'angoscia e nel senso di colpa e da quel momento la mia vita non è stata più la stessa”. Le fantasie con i coltelli sono molto frequenti.

Ad esempio, si possono avere pensieri relativi allo svegliarsi in piena notte e uccidere tutti; oppure di investire qualcuno con la macchina. Queste immagini possono colpire anche i figli.

Le ossessioni possono includere accoltellare, far cadere, bruciare, prendere a calci, mettere nel forno, al punto che i genitori arrivano ad avere paura persino di prendere in braccio i figli.

Le persone sono terrorizzate all'idea di poter agire un impulso. Anche la più amorevole delle madri può avere questo tipo di ossessioni, pur non avendo mai nemmeno schiaffeggiato il proprio figlio.

Ossessioni sessuali

Si tratta di pensieri o, più spesso, immagini o impulsi, relativi alla sfera sessuale. Vediamo alcuni di quelli più preoccupanti o dolorosi per chi ne è affetto. Alcuni pazienti riferiscono di avere una voce che continua a dire cose davvero terribili sull'essere omosessuale, ad esempio, "è semplicemente terribile, non riesco a rilassarmi", "è forte e non riesco a fermarla". "È come se la mente funzionasse su due livelli. In superficie riesco a pensare normalmente, ma nel retro della mia mente c'è una voce che continua a ripetere cose tipo sei gay, sei perverso". "Anche se la voce sembra reale, so che sta solo nella mia testa". "È come se io avessi il pensiero di essere gay che continua a venirmi in mente anche quando non voglio". A volte, possono esserci anche immagini esplicite, "non posso nemmeno guardare in viso i miei amici maschi perché comincio subito ad avere davanti agli occhi le scene omosessuali con loro". "Queste ossessioni sull'essere omosessuale non mi permettono più di avere rapporti sereni con la mia partner". Un'altra ossessione sessuale potrebbe essere quella di avere atti sessuali impropri, ad esempio con un animale domestico. "Improvvisamente, ho delle immagini forti e vivide di fare sesso con il mio cane, così forti che mi tolgono il respiro. Mi sento impaurito, terrorizzato e mi viene da piangere". Un'altra ossessione sessuale molto angosciante per i pazienti è quella relativa all'essere pedofili. Ad esempio, il pensiero di poter molestare sessualmente la propria figlia

di pochi anni. "Cerco di pregare ripetutamente, Dio dammi la forza di superare tutto questo". Sebbene il paziente sia quasi sempre in grado di riconoscere

l'assurdità di questi pensieri, non può tuttavia fare a meno di sentirsi sopraffatto finendo per concludere che sta diventando matto.

PER SAPERNE DI PIÙ**Il caso di Martin Lutero e di Ignazio di Loyola**

Martin Lutero e Ignazio di Loyola erano acerrimi nemici, ma avevano anche molto in comune. Il primo è stato condannato dalla Chiesa Cattolica come eretico, il secondo ha vissuto una vera e propria conversione religiosa. Entrambi gli uomini hanno dato avvio a grandi movimenti, Martin Lutero alla Riforma; e Ignazio di Loyola all'ordine dei Gesuiti.

Entrambi hanno anche sofferto di ossessioni.

Martin Lutero ebbe varie ossessioni e soffrì di depressione. Era, infatti, angosciato da un profondo tormento interiore dovuto alle sue intense ossessioni distruttive.

Sia Martin Lutero che Ignazio di Loyola hanno dovuto nella loro vita sopportare vari dubbi ossessivi e altri tipi di ossessioni.

In realtà nel secolo scorso le ossessioni a contenuto religioso e gli scrupoli erano un problema alquanto comune. Lutero scriveva: "Quando ero un monaco, pensavo di essere completamente da buttare. Se in un qualsiasi momento sentivo desiderio terreno, collera, disprezzo o invidia verso un qualsiasi essere umano, esaminavo molti modi per quietare la mia coscienza, ma non era mai sufficiente; il desiderio carnale ritornava sempre e io non potevo avere pace, perché ero continuamente vessato da questi pensieri. Questo o quel peccato che hai commesso, tu sei infettato dall'invidia, dall'impazienza e altri peccati...".

Anche Ignazio di Loyola ha sofferto simili battaglie con scrupoli di confessione. Scrive nella sua autobiografia: "Anche se mi ero confessato... i miei scrupoli ritornavano, ogni volta diventavano più accurati, e questo mi rendeva inquieto, e sebbene sapessi che quegli scrupoli mi danneggiavano, e che sarebbe stato buono sbarazzarsene, non riuscivo a liberarmene. Continuavo a pregare sulle mie ginocchia per 7 ore, rialzarmi ogni notte a mezzanotte e mettere in atto altri rituali. Ma niente forniva una cura per i miei scrupoli...".

Martin Lutero e Ignazio di Loyola soffrirono entrambi anche di violente ossessioni aggressive e blasfeme. Lutero una volta dichiarò a un tavolo a cena che la vista di un coltello aveva fatto apparire "immagini dolorose" davanti a lui. Scrive: "Per più di una settimana ho fatto avanti e indietro dall'inferno; il mio intero corpo si sentiva sconvolto, le mie gambe stanno ancora tremando. Ho perso quasi del tutto Cristo, guidato dalle onde e dalle tempeste della disperazione e della blasfemia contro Dio". Ignazio scrive: "Mentre questi pensieri mi stanno tormentando, sono frequentemente colpito dalla tentazione di buttarmi in un fosso vicino la mia stanza. Ma, sapendo che questo sarebbe un peccato, piango di nuovo. - Signore, non farò niente per offenderti - e ripeto spesso queste parole".

Ossessioni religiose

I pazienti potrebbero avere pensieri intrusivi circa le punizioni, l'aver commesso un peccato o su come hanno eseguito un rituale religioso.

Ad esempio, un paziente potrebbe avere domande incessanti od opprimenti del tipo "qual è il comandamento più importante?", "sto facendo quello che è giusto nella mente del Signore?", "se qualcuno commette un suicidio andrà lo stesso in Paradiso?", "si può toccare l'ostia con le mani?".

Queste domande, che sono in alcuni casi una vera e propria ruminazione compulsiva, si fermano solo quando si va a dormire.

Nessuna risposta data a domande di questo tipo potrà essere soddisfacente, e nessuna soluzione sarà mai perfetta. Anche quando lavora o studia, o in genere nella maggior parte delle attività che svolge, il paziente sarà invaso da queste domande nella mente.

È come essere continuamente coinvolti in una battaglia contro Satana.

"Mi vengono in mente anche versetti della Bibbia che devo ripetere in maniera perfetta, come se fosse un mantra". "Non sono una vera preghiera; sono solo dei versi che devo ripetere per uscire dall'ansia".

Le persone possono anche avere pensieri sull'essere non morali, e quindi arroganti, insolenti, pettegole, calunniatrici. Vanno quasi alla ricerca di un perfezionismo morale. Altre volte vengono pensieri impuri quando si entra in un luogo sacro o si è davanti a un religioso. Spesso possono esserci ossessioni e

immagini blasfeme di Maria e Gesù che fanno sesso e queste immagini possono diventare più frequenti quando si fa la comunione, quando si prega o in qualunque momento stanno praticando la loro fede.

Questi pensieri e immagini sono così potenti che spesso i pazienti pensano che li porteranno a una lunga ospedalizzazione e che perderanno il lavoro e la famiglia, perché avranno un crollo.

Ossessioni somatiche

Queste ossessioni, chiamate anche ossessioni focalizzate sul corpo, somatiche o sensomotorie, sono estremamente stressanti per l'individuo.

Sono di solito associate a un'eccessiva consapevolezza di particolari processi, impulsi o sensazioni corporee involontarie, come respirare, ingoiare, i movimenti della lingua, delle palpebre o altri fenomeni fisici. Potrebbe anche esserci un'iperattenzione ai processi digestivi o vescicali e in genere un focus non salutare su una specifica parte del corpo o organo.

Queste ossessioni sono particolarmente stressanti perché riguardano processi corporei necessari e continui. Non c'è realmente una via di fuga e questo spesso complica non poco la sofferenza dell'individuo che ne è affetto.

Il timore di non essere in grado di smettere di pensare o focalizzarsi sul deglutire, sul proprio battito cardiaco o respiro può causare un'intensa ansia.

Coloro che hanno l'ossessione di ingoiare possono essere realmente preoccupati di soffocare, o possono essere tormentati dal pensiero che non riusciranno mai a smettere di pensare a ingoiare. Come compulsione, potrebbero mettere in atto quella di contare per distogliere dall'ossessione di ingoiare. Possono anche evitare di assumere certi cibi, considerati rischiosi.

Gli individui con questo tipo di ossessioni hanno la loro vita fortemente influenzata e compromessa, problemi a concentrarsi e difficoltà a socializzare e, spesso, anche a dormire.

Altre ossessioni

Ci sono altre ossessioni che, pur non ricadendo in una specifica categoria, sono comunque molto comuni. Eccone alcune:

- impulso indesiderato a conoscere o ricordare informazioni inutili, come slogan, targhe, nomi, parole o eventi storici;
- paura di dire qualcosa di sbagliato, di non dire qualcosa di giusto, o di perdere qualche dettaglio;
- preoccupazione di perdere le cose;
- preoccupazione di commettere errori;
- preoccupazione di non capire perfettamente quello che si legge;
- preoccupazione di scrivere non in modo perfetto;
- preoccupazione di scrivere frasi razziste o imprecazioni senza saperlo;
- essere facilmente disturbati da certi suoni o rumori come ticchettii di orologi, forti rumori o ronzii;
- essere facilmente disturbati dalla sensazione di qualche indumento sulla pelle o dalla sua consistenza;
- suoni, musica o parole intrusive senza senso;
- paura di dire certe cose per via di credenze superstiziose su quelle parole;
- paura di usare certi colori per motivi superstiziosi;
- timori superstiziosi eccessivi e rigida aderenza a essi;
- eccessiva preoccupazione per numeri fortunati e sfortunati.

Modulo 2

Il disturbo ossessivo-compulsivo: modello teorico e strategie per il trattamento

Modello cognitivo-comportamentale del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)

Secondo il modello cognitivo-comportamentale, le ossessioni e le compulsioni persistono a causa delle interpretazioni errate attraverso cui l'individuo valuta i propri pensieri indesiderati intrusivi e i suoi tentativi di controllarli.

Vediamo il modello nel dettaglio: un'ossessione si sviluppa e persiste perché viene attribuito un significato errato e distorto, ad esempio danno, pericolo o minaccia per sé o per gli altri. Questo fa sì che la persona si senta responsabile. Di conseguenza, proverà ansia, disagio, colpa, rabbia o disgusto.

Pertanto, cercherà di controllare e ridurre queste emozioni negative mettendo in atto una compulsione, neutralizzazione, evitamento o altre strategie di controllo mentale.

Tutti questi modi usati per gestire lo stress associato alla comparsa del pensiero diventano in realtà fattori scatenanti (trigger) per il pensiero stesso, aumentandone così la frequenza. Ecco, dunque, che si ritorna al punto iniziale, la mente diventa estremamente sensibile e recettiva a individuare tutto quello che riguarda l'ossessione principale e il circolo ricomincia (fig. 1).

Modello cognitivo-comportamentale del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)

Errate interpretazioni dei pensieri intrusivi

Interpretazioni alternative adattive dei pensieri intrusivi

Esposizione con prevenzione della risposta

Il trattamento metacognitivo di Wells per il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)

La Mindfulness applicata al disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)

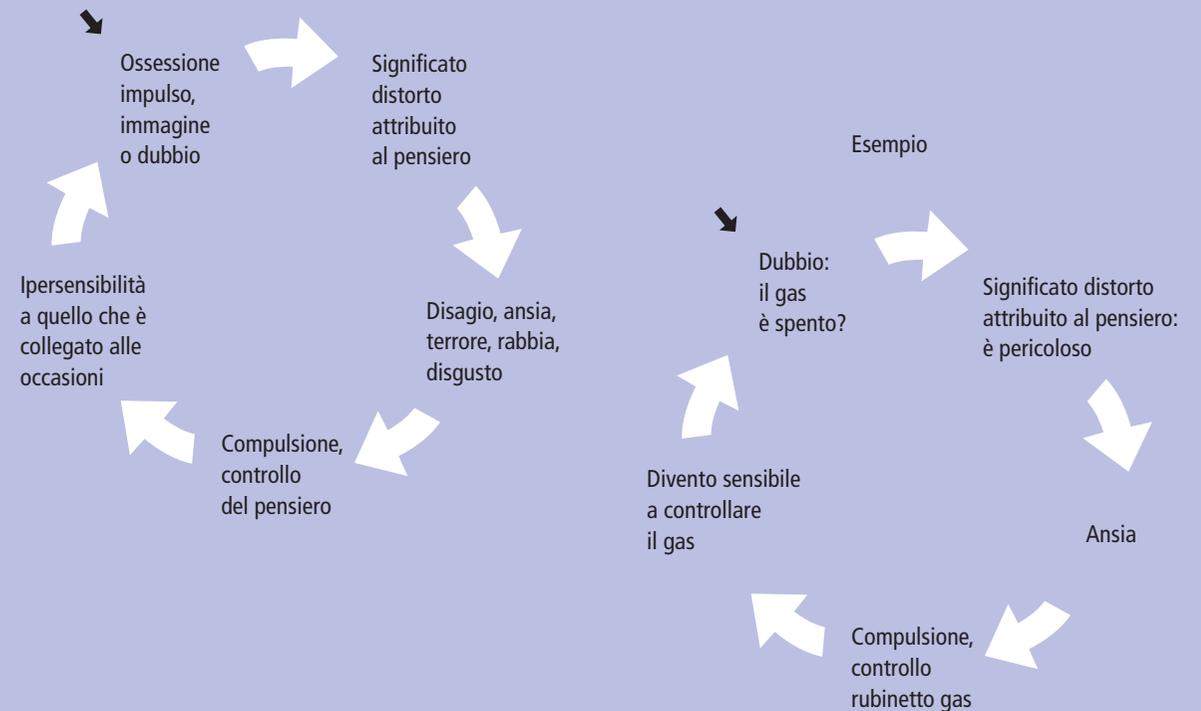


Fig. 1

Errate interpretazioni dei pensieri intrusivi

Come abbiamo detto, le ossessioni e le compulsioni persistono a causa di modi sbagliati di interpretare i propri pensieri intrusivi indesiderati.

Vediamo le interpretazioni errate più frequenti e alcuni esempi nei pazienti con DOC. Alla fine potrai dire quali di questi errori commetti.

Il pensiero porta all'azione

Se penso di fare qualcosa la farò realmente. Ad esempio, Marco ha il pensiero intrusivo di spogliarsi in pubblico e interpreta il fatto di avere questo pensiero come la prova che può farlo realmente. Ma il pensiero è il pensiero, non porta all'azione. Al contrario, una persona così preoccupata dei suoi pensieri sgradevoli è la più lontana in assoluto dal metterli in pratica!

Fusione pensiero/azione

Se penso a un evento negativo è più probabile che si verifichi. Ad esempio, se penso (o immagino) che una persona ha un incidente, è più probabile che ne abbia uno. Un'altra fusione pensiero/azione è che i pensieri "cattivi" sono moralmente equivalenti ad azioni "cattive". Ad esempio, Giovanni aveva delle immagini intrusive di fare sesso con una donna che non era sua moglie e dalla quale non era attratto per niente. Credeva che avere questo pensiero fosse spregevole come tradire davvero sua moglie, che le era stato infedele e che era una cattiva persona e si tormentava molto per questo.

Controllo dei pensieri

È possibile e fortemente auspicabile avere il perfetto controllo sui pensieri indesiderati in modo da evitare le conseguenze negative. Ad esempio, "se non controllo questi pensieri, alla fine mi faranno impazzire".

Eccessivo senso di responsabilità

Si riferisce all'idea errata che se possiamo avere una minima influenza sull'esito di un evento negativo ne siamo totalmente responsabili. Sentiamo dunque di dover fare di tutto per prevenire l'evento negativo, anche se la probabilità che l'evento si verifichi è molto bassa. Ad esempio, Luca stava studiando in libreria e decise di mangiare delle noccioline. Circa un'ora dopo aver lasciato la libreria, Luca cominciò a pensare "se qualche briciola delle mie noccioline è rimasta sul tavolo e si siede in quel posto una persona che è allergica alle noccioline? Se avesse uno shock anafilattico e non avesse le medicine con sé e morisse? Sarebbe tutta colpa mia!"

Sovrastima della minaccia

Sovrastimare la gravità e/o la probabilità che si possa verificare una conseguenza dell'ossessione estremamente negativa, persino catastrofica. Di conseguenza, l'ossessione rappresenta una seria minaccia al benessere personale. Ad esempio, "se stringo la mano a un estraneo, contrarrò una malattia letale", "se ho lasciato la macchina aperta, allora qualcuno di certo la ruberà", "se sento anche un lieve disagio fisico, questo vuol dire che mi sto ammalando seriamente".

Sovraimportanza del pensiero

Assumere che un pensiero indesiderato e persistente debba avere un qualche significato per sé poiché si verifica così frequentemente contro la propria volontà. Ad esempio, "devo essere molto suscettibile alle malattie visto che sono così preoccupato di evitare la contaminazione", "se ho pensieri violenti e aggressivi contro le persone, forse nel profondo voglio ferirle", "poiché ho pensieri blasfemi contro Dio così frequentemente, devo essere una persona cattiva o posseduta dal demonio".

Intolleranza dell'incertezza

Si riferisce al pensiero che devi essere perfettamente certo che qualcosa di negativo non è accaduto o non accadrà, prima che tu possa prendere una decisione o continuare nelle tue attività quotidiane. Ad esempio, "è importante che non ci sia la minima possibilità di contaminazione nella mia casa".

ESERCIZIO DI CONSAPEVOLEZZA

Quali di queste errate interpretazioni dei tuoi pensieri intrusivi commetti più spesso?

Interpretazioni alternative adattive dei pensieri intrusivi

Per ciascuno degli errori di interpretazione dei pensieri intrusivi sopra riportati, il protocollo di terapia cognitivo-comportamentale per il DOC prevede degli esercizi specifici volti a ristrutturare e formulare interpretazioni alternative come quelle di seguito proposte. Il terapeuta, dunque, sceglie esercizi ad hoc, tarati e personalizzati in base alla tipologia di DOC, sul singolo paziente e sugli errori cognitivi che commette.

Il pensiero porta all'azione

Il legame fra pensieri e azioni è indiretto. Ci sono numerosi fattori che determinano se compirai una certa azione oppure no. Quando pensi a compiere un'azione, quasi immediatamente i pensieri vanno ai pro e ai contro di quella azione in quel particolare momento. Potresti aver letto di persone che agiscono "di impulso". Questo è certamente vero, ci sono persone che agiscono senza badare alle conseguenze delle loro azioni. Si tratta però di azioni che queste persone desiderano mettere in atto in quel momento. Le persone con DOC, invece, non desiderano affatto mettere in atto quelle azioni.

Fusione pensiero/azione

Probabilità: i pensieri non possono avere un'influenza causale diretta sugli eventi del mondo reale. Morale: il carattere morale è basato su quello che facciamo, non su quello che pensiamo.

Controllo dei pensieri

Un grande sforzo a controllare un pensiero indesiderato causa un aumento nella sua frequenza, salienza e nel disagio associato. Allentare lo sforzo a esercitare un controllo mentale sull'ossessione alla fine farà diminuire l'attenzione dedicata al pensiero e la sua importanza e rilevanza personale.

Eccessivo senso di responsabilità

Tutti gli eventi negativi della vita reale coinvolgono diversi fattori causali. Di conseguenza, la responsabilità è distribuita tra questi fattori; il contributo personale del soggetto all'evento spesso gioca un ruolo molto piccolo, se non praticamente insignificante. Poiché l'influenza individuale su un possibile evento negativo è così limitata, la sua responsabilità a prevenire quell'evento è minima, se non del tutto inesistente.

Sovrastima della minaccia

Le situazioni sono sicure a meno che ci siano prove esterne, reali di minacce o pericoli effettivi. Avere pensieri o sensazioni circa la possibilità di conseguenze negative immaginate non significa che gli esiti negativi reali siano più probabili.

Sovrimportanza del pensiero

Poiché le ossessioni riguardano temi che sono del tutto contrari o estranei ai valori e alle inclinazioni della persona, questa tende a prestare loro un'indebita attenzione. Il semplice rimuginare su di esse ne aumenta l'importanza percepita.

Intolleranza dell'incertezza

L'incertezza è un aspetto inevitabile dell'esperienza umana e non può essere eliminata del tutto. È la corsa alla certezza (o la completa eliminazione del dubbio) che aumenta l'ansia e la percepita pericolosità piuttosto che la presenza di un qualche grado di incertezza.

Esposizione con prevenzione della risposta

Come abbiamo già detto, il DOC si mantiene perché interpreti in un certo modo i tuoi pensieri ossessivi. Questo ti porta ansia e per affrontare l'ansia ricorri a strategie di fronteggiamento come compulsioni, evitamento, distrazione, controllo del pensiero, rassicurazione, ecc.

Finora abbiamo cercato di sfidare le interpretazioni errate dei tuoi pensieri ossessivi.

Adesso passiamo all'altra componente del tuo DOC: le strategie di fronteggiamento, ovvero le risposte che metti in atto per affrontare le tue ossessioni e per alleviare l'ansia. Come ben sai, ti offrono un sollievo momentaneo, ma nel lungo periodo non ti consentono di imparare niente di nuovo sulle tue ossessioni e il loro vero significato, e non ti permettono di verificare che l'ansia potrebbe andar via in altri modi.

Sperimentare le ossessioni, esporsi a esse, senza ricorrere alle compulsioni e alle altre strategie di fronteggiamento è l'obiettivo della terapia di esposizione e prevenzione della risposta che si è rivelata molto efficace per il DOC. Consiste innanzitutto nello sperimentare l'ossessione, anche evocandola volontariamente.

Se la tua ossessione è un impulso (ad esempio di spingere qualcuno sotto il treno della metropolitana) ti esporrai alla situazione che evoca l'impulso (ad esempio stare sulla banchina della metro).

Se la tua ossessione è un'immagine (ad esempio l'immagine terrificante di far del male a qualcuno che ami), ti esporrai a quella immagine concentrandoti su di essa mentalmente, scrivendola nei dettagli o esponendoti ad oggetti e situazioni che la evocano.

Se la tua ossessione è un dubbio (“E se fossi gay?”, “E se fossi pedofilo?”), ti esporrai al senso del dubbio senza prenderlo in considerazione in alcun modo (non cercando informazioni che confermino o smentiscano il tuo dubbio, non monitorando il tuo corpo alla ricerca di segnali di eccitazione sessuale alla presenza di certi tipi di persone o immagini, ecc.); cioè ti comporterai come se il dubbio fosse senza significato (anche se lo vivi diversamente).

L'esposizione è un processo molto graduale, che concorderai con il terapeuta e che rispetterà le tue esigenze. Non farai nulla che tu non voglia fare.

Il trattamento metacognitivo di Wells per il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)

Nella terapia metacognitiva (Metacognitive Therapy - MCT) di Wells si presuppone che valutare negativamente i propri pensieri o le proprie emozioni porti a ingigantire la percezione della minaccia. Ed è per questo che si mettono in atto degli sforzi per monitorare i propri pensieri.

La MCT di Adrian Wells (2012) consente di sviluppare un nuovo modo di relazionarsi e reagire ai propri pensieri. L'assunto di base è che esiste uno stile di pensiero denominato Sindrome Cognitivo-Attentiva (Cognitive Attentional Syndrome - CAS) che porta le persone a mettere in atto pensieri ripetitivi come rimuginio, ruminazione, pensiero analitico e fissazione dell'attenzione su stimoli collegati a una minaccia e su strategie di fronteggiamento disfunzionali che alimentano la sofferenza.

La CAS viene percepita dal soggetto come incontrollabile, e quello che si fa durante il percorso di psicoterapia è interrompere la CAS riportandola a un controllo consapevole.

Le credenze metacognitive nel DOC sorgono a partire dalla valutazione dei pensieri intrusivi e determinano e contribuiscono al mantenimento dei sintomi. La persona tiene sotto controllo pensieri e/o sensazioni indesiderati, e cerca di monitorare l'ambiente circostante per cogliere eventuali elementi minacciosi.

La CAS, dunque, è rappresentata da coping (strategie maladattive di fronteggiamento) che sono la soppressione dei pensieri, le neutralizzazioni e i rituali. In questo trattamento viene data meno enfasi al protocollo di esposizione, focalizzandosi in maniera specifica sulle credenze che il paziente ha circa l'importanza e il significato dei pensieri intrusivi e delle compulsioni (ad esempio, sulla necessità di effettuare rituali e sulle conseguenze negative della loro mancata messa in atto).

Non si tratta, infatti, di modificare delle valutazioni del tipo "sono responsabile di prevenire un danno che si può verificare ai miei familiari" ma si lavora sulla percepita importanza e la potenza dei pensieri intrusivi.

Il trattamento, quindi, è orientato allo sviluppo di modalità di risposta più flessibili alle ossessioni, cosa che ne riduce l'importanza percepita e la sofferenza associata.

Vengono utilizzate diverse strategie, tra cui la Detached Mindfulness che aiuta la persona ad acquisire abilità alternative per sviluppare una relazione diversa con i propri pensieri.

La Mindfulness applicata al disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)

La Mindfulness come approccio complementare per poter vivere vite piene nonostante il DOC

Hai mai notato come più cerchi di eliminare certi pensieri o risolvere certi tipi di problemi, più stai nello stesso modo, se non addirittura peggio? Questo opuscolo vi ha insegnato alcuni strumenti appartenenti alla terapia cognitivo-comportamentale per aiutarvi a “sbarazzarvi” del DOC.

In questa parte, invece, vogliamo descrivere alcuni approcci basati sulla Mindfulness, che si sono rivelati importanti nella gestione del disturbo.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) e Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)

La Terapia dell’Accettazione e dell’Impegno (ACT) è stata sviluppata nella metà degli anni ’80 dal Dr. Steven Hayes, un professore di psicologia dell’Università del Nevada, Reno.

L’ACT non si focalizza sulla liberazione dai pensieri dolorosi, sentimenti ed esperienze, e infatti, il suo punto di vista è che essi sono indispensabili nella vita.

Invece, è orientata verso l’apprendimento di come vivere maggiormente nel presente, con maggiore attenzione a obiettivi e valori, lasciando spazio ad esperienze interne difficili.

L’ACT insegna alle persone il modo con cui relazionarsi al dolore, ai pensieri e ai sentimenti e come diventare più adattate nei loro confronti attraverso la consapevolezza e l’accettazione. Un altro obiettivo importante dell’ACT è quello di sviluppare l’auto compassione e la

flessibilità. Tutti questi aspetti sono volti ad aiutare a costruire pattern comportamentali al fine di rendere la vita migliore.

L’ACT non rappresenta il superamento del dolore o la lotta dei pensieri e delle emozioni; rappresenta un abbraccio verso la vita e verso tutte le esperienze che offre, sia positive, come la gioia, sia difficili, come la paura, l’ansia e la preoccupazione. L’ACT offre una via d’uscita dalla sofferenza aiutando ad apprendere come vivere la vita nel modo che più si desidera mentre si fanno esperienze di qualsiasi tipo lungo il cammino.

I sintomi del DOC vengono mantenuti stando attenti ad evitare esperienze interiori come dubbi, ansia e preoccupazione. Ma i pensieri e le sensazioni non sono il problema dalla prospettiva ACT, lo sono gli sforzi per controllarli o evitarli. La frase “Qualunque cosa resisti persiste” è molto rilevante.

L’accettazione dell’esperienza è il rimedio alle sabbie mobili dell’evitamento.

Da una prospettiva ACT, significa fare spazio ai sentimenti, sensazioni e spinte compulsive spiacevoli, permettere loro di andare e venire, senza contrastarle, evitarle o porvi eccessiva attenzione.

Il contatto con il momento presente, o Mindfulness, è l’antidoto per combattere. La Mindfulness è la pratica cosciente per portare la consapevolezza all’esperienza del qui ed ora, inclusi i pensieri, con chiarezza, interesse e ricettività (Harris, 2006).

Ci sono molti esercizi che possono aiutare a sviluppare la Mindfulness.

I due protocolli più famosi sono la Mindfulness-Based Stress Reduction (Kabat-Zinn, 1990) e la Mindfulness-Based Cognitive Therapy (Segal, Williams e Teasdale, 2013).

La Mindfulness è un’abilità che viene praticata regolarmente, sia in modo formale che informale.

Con la Mindfulness si allena la mente ad essere più stabile e meno reattiva, e nello stesso tempo si impara ad accettare e coltivare ogni istante così come viene, accrescendo la propria capacità naturale di concentrazione. Entrambe sono importanti per l’obiettivo dell’ACT di incrementare il contatto con il momento presente.

Modulo 3

La prevenzione delle ricadute nel disturbo ossessivo-compulsivo

Gestione dello stress nel paziente con DOC

Supporta la persona, non il disturbo ossessivo-compulsivo: la famiglia come agente di cambiamento

Gestione dello stress nel paziente con DOC

Visto che i momenti di stress sono quelli in cui i sintomi del DOC potrebbero ricomparire, è utile anticipare quando gli stressor possono verificarsi. Ma cosa si intende per stressor? Innanzitutto, è importante tenere a mente che anche eventi positivi, come la nascita di un figlio, la promozione a lavoro, o il trasloco in una casa più grande, possono essere fattori stressanti. Si può persino non riconoscere certi tipi di eventi o situazioni come stressanti anche fino a molto tempo dopo averli affrontati. Per facilitare, dunque, il compito di riconoscere i vari tipi di stressor in cui ci si può imbattere, ecco una lista utile (Purdon & Clark, 2005):

Stressor familiari/personali

- Morte di un caro amico o familiare
- Malattia di un membro della famiglia (esordio o peggioramento)
- Grandi riunioni familiari (Natale, Pasqua, ecc.)
- Matrimonio (proprio o di un figlio), nascita di un bambino, separazione/divorzio
- Difficoltà coniugali o con i figli
- Difficoltà economiche
- Conflitti con amici o familiari
- Traslochi, ristrutturazioni
- Routine frenetica; richieste eccessive sia a casa che a lavoro
- Difficoltà relazionali o richieste di organizzazioni sociali (lavoro di volontariato, gruppo sportivo, di teatro)

- Persecuzione religiosa o razziale, omofobia, ostracismo o isolamento
- Vicinato poco sicuro
- Isolamento sociale

Stressor lavorativi

- Lavoro difficile o noioso, autonomia lavorativa limitata
- Lavoro con sostanziale responsabilità
- Promozione, demansionamento, o valutazione di scarso rendimento
- Minaccia di tagli lavorativi nel posto di lavoro
- Capo o manager difficile, conflitti con i colleghi
- Troppo o troppo poco lavoro
- Politiche aziendali sgradevoli, posti di lavoro rumorosi
- Posti di lavoro frenetici
- Poche possibilità di avanzamento di carriera, bassa soddisfazione lavorativa, basso compenso
- Ingiustizie nel posto di lavoro; molestie sessuali, razziali o omofobiche nel luogo di lavoro

Lo stress inoltre si verifica anche quando anticipiamo che le richieste di una situazione superano le nostre capacità di fronteggiarla in quel momento. Ad esempio, “mi sento sopraffatto da mille impegni, da mille cose da fare”. Il miglior modo per ridurre lo stress è quello di imparare a rispondere in modo consapevole, piuttosto che a reagire, alle situazioni stressanti.

Esistono diverse strategie per fare questo: avere un buon serbatoio biologico che ci dia la forza necessaria per affrontare gli stressor della vita. Questo si ottiene mangiando in modo sano e dormendo un numero di ore sufficiente.

Dobbiamo poi affinare le capacità di problem solving, liberarci dai nostri condizionamenti e intraprendere uno stile di vita più assertivo, tenere a bada i pensieri che possono appesantire situazioni di per sé già difficili o insostenibili e, non ultimo, imparare, attraverso gli esercizi di Mindfulness, ad accettare ciò che nella vita non si può cambiare.

Supporta la persona, non il disturbo ossessivo-compulsivo: la famiglia come agente di cambiamento

I familiari e le persone care dei pazienti con DOC, nel desiderio di alleviare l'ansia e il disagio di questi ultimi, vengono risucchiati in uno stile di vita riempito da rituali ed evitamenti. Spesso si sentono messi all'angolo dal disturbo ossessivo-compulsivo, quasi quanto il paziente che ne è affetto. Il disturbo ossessivo-compulsivo spesso impatta, infatti, sull'intera famiglia, creando una tremenda confusione e conflitto tra i vari membri.

È importante ricordare, comunque, che ognuno sta probabilmente cercando di affrontare la situazione al meglio delle proprie forze.

I membri della famiglia sperimentano una vasta gamma di emozioni sul disturbo ossessivo-compulsivo. Possono sentirsi confusi, in colpa, spaventati, arrabbiati, dubbiosi, delusi o sconvolti. Sono spesso molto tristi e possono colpevolizzarsi o essere colpevolizzati da altri membri della famiglia, appesantendosi con senso di colpa, ostilità o risentimento. Potrebbero sentirsi sovrastati e impotenti, dopo aver provato in ogni modo ad aiutare il loro familiare affetto da DOC. Forse i loro tentativi sono stati inefficaci o rifiutati dalla persona amata. Possono esprimere la loro frustrazione attraverso il risentimento e l'ostilità verso la persona durante un episodio di DOC. Possono criticare il loro amato per i rituali che mette in atto per dare credito ai pensieri intrusivi indesiderati.

Queste reazioni alle richieste del DOC vengono interpretate dalla persona che ne è affetta come una colpevolizzazione per i comportamenti compulsivi che mette in atto. Sebbene i familiari spesso riferiscono di scusarsi dopo questi episodi, tale criticismo contribuisce alla vergogna e all'imbarazzo della persona.

Cosa può fare un familiare per il paziente affetto da disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)?

1.

In quanto familiare, amico o partner di un individuo affetto da disturbo ossessivo-compulsivo, il primo passo è quello di raccogliere informazioni accurate sulla natura del disturbo, sulle cause e sul trattamento.

Per quanto riguarda le informazioni utili, spesso i pazienti e i familiari che vanno ripetutamente sul web a cercare materiale finiscono con il sentirsi sovrastati dalla massiccia quantità di informazioni, a volte contraddittorie, esistenti sul DOC.

Per questa ragione, questo opuscolo potrebbe esservi di aiuto.

Acquisire informazioni solide e valide sul DOC può alleviare l'ansia che si avverte in merito al disturbo.

Ora, con questo opuscolo, avrete delle informazioni qualitativamente buone sul DOC. Apprendete più che potete.

È un buon punto di inizio per voi familiari dei pazienti affetti da questo disturbo.

2.

I membri della famiglia, spesso, provano un senso di vergogna per avere una persona affetta da DOC in famiglia.

Questo a causa della generale mancanza di comprensione e lo stigma sui disturbi mentali. I membri della famiglia spesso temono che gli altri li guarderanno con paura, disprezzo, giudicandoli cattivi genitori, fratelli, sorelle, o figli.

3.

Non permettete all'ignoranza altrui di influenzare i vostri sentimenti.

È importante, invece, parlare apertamente con persone capaci di comprendere e fornire supporto.

Potreste, ad esempio, condividere le informazioni contenute in questo opuscolo con i membri della famiglia allargata o altre persone a voi vicine.

4.

Non fornite rassicurazioni. La rassicurazione consiste nel voler aiutare il vostro caro, convincendolo che un pensiero o timore ossessivo è falso e non si verificherà. Il paziente può cercare rassicurazioni anche sul fatto che il rituale sia stato svolto correttamente o che l'esito temuto non accada. La rassicurazione, in realtà, rinforza il DOC, ovvero il messaggio di paura mandato dalla parte del cervello che entra in apprensione.

Questa parte chiede al paziente di essere completamente certo che le conseguenze temute non si verificheranno. In questo modo, sarete voi a fornire quella rassicurazione e certezza.

5.

Non partecipate ai rituali del DOC.

Uno dei modi negativi in cui i membri della famiglia aiutano il paziente alleviandogli il disagio causato dal DOC è la partecipazione ai suoi rituali.

Questo può essere il modo per mantenere la pace a fronte delle persistenti richieste del paziente di essere sollevato dal peso dei rituali. Spesso viene vista come una necessità pratica per affrontare le compulsioni che sono fuori dal controllo ed estremamente dannose per la famiglia. La spiacevole conseguenza è che i sintomi del DOC vengono rinforzati e rafforzati ed ora l'intera famiglia è immersa in essi.

6.

Evitamento. È possibile realizzare che ci si sta astenendo dal fare o dire delle cose che scatenano i sintomi.

L'evitamento, infatti, è un altro modo per dare credito al DOC più di quanto non ne meriti.

7.

Non assistete il paziente nelle decisioni o in compiti semplici.

Spesso i familiari riferiscono che sentono di dover aiutare il loro congiunto a prendere delle decisioni o a svolgere compiti anche banali.

Questo, in realtà, rafforza la paura dell'assumersi il rischio o la responsabilità per qualcosa, che sta alla base del disturbo.

Sostituendosi al paziente, il familiare non fa altro che rinforzare i timori ossessivi.

8.

Non modificate le vostre routine lavorative, familiari o sociali.

Molte famiglie riferiscono di sentirsi isolate perché non possono più trascorrere del tempo con gli amici o invitare qualcuno a casa perché questo interferirebbe con i rituali compulsivi.

Alcune riferiscono di doversi astenere dal contatto fisico con amici o familiari “contaminati” o di doverli incontrare di nascosto.

9.

Non tollerare comportamenti o condizioni anormali. I familiari spesso riferiscono che non possono accedere alla cucina o che devono cucinare nella cucina dei vicini di casa per via dei timori di contaminazione del paziente, o che non possono fare il bucato nella stessa lavatrice, mischiando la biancheria con quella degli altri membri della famiglia.

In conclusione:

- Vi è una relazione significativa tra i comportamenti dei familiari, la gravità dei sintomi del DOC e il funzionamento individuale e familiare
- Più i membri della famiglia contribuiscono con i loro comportamenti, maggiore sarà il disagio familiare e gli atteggiamenti negativi verso l'individuo con disturbo ossessivo-compulsivo
- Quando i membri della famiglia diminuiscono l'evitamento e il loro coinvolgimento nei comportamenti, i pazienti rispondono meglio al trattamento
- L'ambiente familiare ha un impatto significativo sulla persona affetta da disturbo ossessivo-compulsivo

Si è visto, infatti, come alcuni comportamenti, anche se nel breve termine diminuiscono la tensione e il conflitto, aiutando il paziente a funzionare meglio sul momento, non supportano la guarigione nel lungo termine. I familiari dovranno mantenere l'equilibrio tra incoraggiare il paziente e riconoscere le sue difficoltà e mandare al contempo il messaggio che è possibile sconfiggere il DOC.

Conclusioni

Non c'è cura per il DOC. Come ogni altra condizione cronica, ha alti e bassi per tutta la vita.

Per definizione, il DOC è un disturbo e quindi l'esperienza eccessiva di un processo normale.

Pensieri, emozioni e sensazioni fisiche intrusivi sono eventi normali. La spinta a evitarli è una spinta normale.

È l'essere intrappolati in un circolo vizioso ossessivo-compulsivo, e l'aver delle grosse ripercussioni nel proprio funzionamento, a rendere il DOC un disturbo. Non lo è la semplice presenza di questi eventi normali.

Dal momento che il DOC è una patologia cronica, la chiave di volta per gestire i sintomi è apprendere le capacità per affrontare il disturbo.

Ci sono infatti una serie di fattori che possono far ricomparire o esacerbare i sintomi. Questi si chiamano stressor.

La Mindfulness, e il protocollo MBSR, l'ACT e le tecniche cognitivo-comportamentali, rappresentano un set da poter utilizzare in qualsiasi momento.

Esattamente come chi pratica le arti marziali deve continuare ad allenarsi per tutta la vita, pur avendo già conseguito la cintura nera (Hershfield & Corboy, 2013).

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing
- Beck, J.S. (2013). *La terapia cognitivo-comportamentale. Edizione Italiana a cura di A. Montano*. Roma: Astrolabio-Ubaldini Editore
- Clark, D.A. (2006). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York: Guilford Press
- Harris, R. (2006). *Embracing your demons: an overview of acceptance and commitment therapy*. *Psychotherapy in Australia*. 12:2–8.
- Hershfield, J., Corboy, T. (2013). *The Mindfulness Workbook for OCD. A guide to overcoming obsessions and compulsions using Mindfulness and Cognitive Behavioral Therapy*. Oakland: New Harbinger
- Hyman, B.M., Pedrick, C. (2010). *The OCD Workbook. Your guide to breaking free from obsessive-compulsive disorder*. Oakland: New Harbinger
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Dell Publishing. Trad.it. *Vivere momento per momento*. Milano: Corbaccio Editore, 2005
- Landsman, K.J., Rupertus, K.M., Pedrick, C. (2005). *Loving someone with OCD. Help for you & your family*. Oakland: New Harbinger
- Munford, P.R. (2004). *Overcoming Compulsive Checking*. Oakland: New Harbinger
- Osborn, I. (2008). *Can Christianity Cure Obsessive-Compulsive Disorder?* Grand Rapids, Brazos Press
- Osborn, I. (1998). *Tormenting Thoughts & Secret Rituals. The Hidden Epidemic of Obsessive-Compulsive Disorder*. New York: Pantheon Books
- Purdon, C., Clark, D.A. (2005). *Overcoming Obsessive Thoughts*. Oakland: New Harbinger
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D. (2013). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression* (second edition). New York: The Guilford Press
- Wells, A. (2012). *Terapia dei disturbi d'ansia e della depressione*. Firenze: Eclipsi

Il disturbo ossessivo-compulsivo

Riassunto dei moduli

Modulo 1

Il disturbo ossessivo-compulsivo, o DOC, come dice il nome stesso, è un disturbo caratterizzato da due gruppi di sintomi: ossessioni e compulsioni.

È un disturbo che consuma del tempo (più di un'ora al giorno), causa disagio significativo e interferisce con il funzionamento individuale della persona che ne è affetta.

Le ossessioni sono pensieri, immagini e impulsi assillanti, indesiderati e angoscianti che vengono in mente all'improvviso, contro la propria volontà e causano disagio e ansia.

Ci si rende conto che sono assurde, inappropriate o eccessive e molto lontane dai propri valori, dalle convinzioni morali o dalla personalità, ma per quanto ci si sforzi di allontanarle dalla mente, esse continuano a insinuarsi nel cervello.

Le compulsioni sono comportamenti (lavarsi le mani, riordinare, controllare, ecc.) o azioni mentali (contare, pregare, ripetere formule, ecc.) messe in atto in risposta alle ossessioni per ridurre il disagio o per prevenire un qualche evento temuto.

Le compulsioni sono ripetute più volte nel corso della giornata e spesso sono sempre uguali a se stesse o seguono delle precise regole, tanto da essere definite anche cerimoniali o rituali.

Esistono diversi tipi di DOC in base alla tipologia di ossessioni e compulsioni che li caratterizzano:

- DOC di lavaggio e pulizia
- DOC di controllo (checking)
- DOC di ripetizione e conteggio (repeating e counting)
- DOC di ordine e simmetria (ordering)
- DOC di accumulo/accaparramento (hoarding, saving e collection)
- Ossessioni pure
- Altre ossessioni

Modulo 2

Secondo il modello cognitivo-comportamentale, le ossessioni e le compulsioni persistono a causa delle interpretazioni errate attraverso cui l'individuo valuta i propri pensieri indesiderati intrusivi e i suoi tentativi di controllarli.

Tutti, infatti, abbiamo pensieri intrusivi, perché sono un'esperienza normale e comune. Questi pensieri non indicano alcun pericolo, presenza diabolica, perversione, immoralità, ecc. Sono semplicemente pensieri senza senso.

La principale differenza tra le persone con e senza DOC è il modo in cui questo tipo di pensieri è interpretato o valutato. I soggetti con DOC, infatti, considerano erroneamente questi pensieri significativi e pericolosi. Questo porta ad ansia e disagio. Fa sì, inoltre, che i pensieri sembrano prendere una "vita propria". Nei soggetti con DOC, le ossessioni sono più angoscianti, più resistenti e più ripetitive di quelle dei soggetti senza DOC.

Le interpretazioni errate più frequenti nei pazienti con DOC sono:

- Il pensiero porta all'azione
- Fusione pensiero/azione
- Controllo dei pensieri
- Eccessivo senso di responsabilità
- Sovrastima della minaccia
- Sovraimportanza del pensiero
- Intolleranza dell'incertezza

Per ciascuno di questi errori di interpretazione dei pensieri intrusivi, il protocollo di terapia cognitivo-comportamentale per il DOC prevede degli esercizi specifici volti a ristrutturare e formulare interpretazioni alternative. Il terapeuta, dunque, sceglie esercizi ad hoc, tarati e personalizzati in base alla tipologia di DOC, sul singolo paziente e sugli errori cognitivi che commette.

L'altra componente del trattamento del DOC si chiama esposizione e prevenzione della risposta, ed è volta a eliminare le strategie di fronteggiamento, ovvero le risposte messe in atto per affrontare le ossessioni e per alleviare l'ansia. Queste strategie offrono un sollievo momentaneo, ma nel lungo periodo non consentono di imparare niente di nuovo sulle ossessioni e il loro vero significato, e non permettono di verificare che l'ansia potrebbe andar via in altri modi.

Sperimentare le ossessioni, esporsi a esse, senza ricorrere alle compulsioni e alle altre strategie di fronteggiamento è l'obiettivo della terapia di esposizione e prevenzione della risposta.

Infine, anche il modello metacognitivo di Wells e gli approcci basati sulla Mindfulness si sono rivelati importanti nella gestione del disturbo e nell'accettare in modo consapevole quello che non si può cambiare.

Modulo 3

Per la prevenzione delle ricadute del disturbo ossessivo-compulsivo, è molto importante tenere bassi i livelli di stress e condurre una qualità di vita sana, da un punto di vista dell'alimentazione e del sonno.

Il protocollo Mindfulness-Based Stress Reduction, ad esempio, può rappresentare la risposta più adatta per ridurre lo stress, e dunque il rischio di ricadute.

È importante inoltre affinare le capacità di problem solving, liberarsi dai condizionamenti e intraprendere uno stile di vita più assertivo, tenere a bada i pensieri che possono appesantire situazioni di per sé già difficili o insostenibili e, non ultimo, imparare, attraverso gli esercizi di Mindfulness, ad accettare ciò che nella vita non si può cambiare.

Inoltre, il disturbo ossessivo-compulsivo spesso impatta sull'intera famiglia, creando una tremenda confusione e conflitto tra i vari membri. I familiari e le persone care dei pazienti con DOC, nel desiderio di alleviare l'ansia e il disagio di questi ultimi, vengono risucchiati in uno stile di vita riempito da rituali ed evitamenti. Spesso si sentono messi all'angolo dal disturbo ossessivo-compulsivo, quasi quanto il paziente che ne è affetto. È importante quindi sapere cosa dire e cosa fare per aiutare davvero il proprio caro con disturbo ossessivo-compulsivo. Il trattamento cognitivo-comportamentale mira anche a raggiungere questo obiettivo.



Istituto A.T.BECK

Terapia Cognitivo - Comportamentale

Direttore
Dott.ssa Antonella Montano
antonellamontano@istitutobeck.it

piazza San Bernardo 109, 00187 Roma
telefono 06 4819817
fax 06 4828665

via Gioberti 54, 00185 Roma
telefono 06 44703820
fax 06 49382241

www.istitutobeck.com