

A photograph of several yellow rubber ducks on a blue-painted wooden surface. One duck is in the foreground on the left, and a line of ducks extends into the background on the right. The ducks are arranged in a way that suggests a path or a sequence.

GABRIELE MELLI

VINCERE LE OSSESSIONI

CAPIRE E AFFRONTARE IL DISTURBO
OSSESSIVO-COMPULSIVO

Erickson

Ossessioni e compulsioni — quelle che comunemente chiamiamo anche fissazioni o manie — affliggono un numero crescente di persone. Talvolta rendono la vita impossibile sia a chi ne soffre che a chi gli sta accanto. Il disturbo ossessivo-compulsivo è una delle trappole psicologiche dalle quali è più difficile liberarsi. Questo volume, giunto ormai alla sua quarta edizione, ne illustra dettagliatamente le caratteristiche e le possibilità di cura e propone un programma di auto-aiuto semplice da mettere in atto e basato sui principi della terapia cognitivo-comportamentale. Pensato per chi è affetto da questo problema e per i suoi familiari o amici, è anche un ottimo strumento per i professionisti, che possono adottarlo come sussidio nel corso di una psicoterapia.

ISBN 978-88-590-1609-0



9

€ 16,00

SOMMARIO

Introduzione	1
--------------	---

I PARTE – CONOSCERE IL DOC

1.	Cos'è il DOC	9
2.	Le diverse tipologie di DOC	11
3.	Disturbi che possono essere confusi con il DOC	19
4.	Frequenza, esordio e decorso	25
5.	Le cause del DOC	29
6.	Come si cura il DOC	37

II PARTE – COSA FARE

7.	Fase I – Autovalutazione	47
8.	Fase II – Educazione sul disturbo	63
9.	Fase IIIA – Programma di trattamento del DOC con compulsioni	85
10.	Fase IIIB – Programma di trattamento delle ossessioni pure	111
11.	Fase IV - Prevenzione della ricaduta	127

III PARTE – ALTRE RISORSE

12.	Suggerimenti per i familiari e gli amici	139
13.	A chi rivolgersi	151
14.	Approfondimenti	153
	Bibliografia essenziale	155

INTRODUZIONE

PERCHÉ UN LIBRO DI AUTO-AIUTO SUL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO

È probabile, dal momento che avete acquistato questo libro, che abbiate problemi di ossessioni e compulsioni o che conosciate qualcuno che ne soffre.

Forse avete già avuto a che fare con medici o psicologi e vi sarete dati da fare per raccogliere più informazioni possibile sull'argomento.

È possibile che vi sentiate scoraggiati, perplessi e confusi dalle opinioni contrastanti. Forse si sta insinuando in voi l'idea, o qualcuno avrà contribuito a farla nascere, che non ci sia nient'altro da fare per combattere questi fenomeni e, di conseguenza, vi state rassegnando a convivervi, tollerando le enormi limitazioni alla vostra vita che questi comportano.

Non può e non deve essere così!

Vincere le ossessioni nasce proprio per rispondere all'esigenza di rendere note, al maggior numero possibile di persone, le attuali possibilità terapeutiche per il disturbo ossessivo-compulsivo (o più semplicemente "DOC") e per infondere, in tutti coloro che l'hanno persa o stanno per perderla, la speranza di potersene liberare.

Il libro è strutturato in tre parti: la prima propone le conoscenze scientifiche più recenti sul disturbo ossessivo-compulsivo

e spiega le basi teoriche su cui si fondano i moderni protocolli di trattamento; la seconda è un vero e proprio manuale di auto-aiuto basato sul programma di trattamento più efficace per questo tipo di disturbo; la terza fornisce una serie di indicazioni per ulteriori approfondimenti e si rivolge, in particolar modo, ai familiari delle persone affette da DOC.

È comprensibile che siate tentati di saltare subito alla seconda parte, ma il mio consiglio è di leggere con cura anche la prima. Una corretta informazione scientifica è il primo passo per affrontare efficacemente il problema.

Il programma illustrato nella seconda parte, come vedrete, può essere seguito da soli o, come sarebbe raccomandabile, con l'aiuto di un terapeuta esperto.

Tuttavia, molte persone che soffrono di disturbo ossessivo-compulsivo non hanno mai ricevuto alcun aiuto professionale, poiché sono riluttanti a parlare con un estraneo dei loro problemi o, più semplicemente, perché non possono permettersi, per motivi geografici o economici, di accedere ad un buon centro di psicoterapia. Questo è uno dei motivi fondamentali per cui ritengo che i libri di auto-aiuto abbiano molto da offrire, pur non potendo sostituirsi ad un terapeuta in carne ed ossa.

La terza parte, altrettanto importante, è rivolta soprattutto alle persone che sono a contatto con chi soffre di un disturbo ossessivo-compulsivo. Anche se non ci sono motivi per ritenere che il DOC sia causato da particolari atteggiamenti dei familiari, è certo che questi possono influire molto sul mantenimento del problema e quindi, se correttamente modificati, sulle possibilità di guarigione.

Come qualunque disturbo di natura psicologica, anche il DOC crea i suoi vantaggi secondari. Per questo motivo, spesso, in chi ne soffre la motivazione a cambiare è scarsa o altalenante: molti hanno ormai adattato la loro vita al problema ed hanno costretto i propri familiari a fare lo stesso. Spero che questo libro possa contribuire anche ad incoraggiare e motivare chi soffre di questo disturbo ad affrontare il problema.

Può capitare invece che il lettore, avendo già fatto uno o più tentativi terapeutici, abbia l'impressione che quanto ha fatto finora, con scarsi risultati, persegua obiettivi diversi o più sfumati, non coincidendo con le linee guida qui presentate. In questo caso, è bene cominciare a riflettere sul fatto che, probabilmente, gli eventuali fallimenti cui ha assistito non sono indice della propria inguaribilità, ma del fatto che non ha ancora provato ad avvalersi di quello che oggi si è rivelato l'approccio più efficace nei confronti di tali problematiche.

Se, infine, la lettura avviene durante un corretto percorso terapeutico già iniziato, magari sotto suggerimento dello psicologo, spero che serva a ribadire alcuni concetti e a rafforzare la determinazione nel portare avanti il trattamento dando il massimo di se stessi.

AUTO-AIUTO PURO E AUTO-AIUTO GUIDATO

Fino agli anni '70, tutti i testi scientifici erano concordi nel dichiarare che le possibilità di cura del disturbo ossessivo-compulsivo fossero molto ridotte. Negli ultimi trent'anni la ricerca scientifica ha fatto notevoli progressi sia in campo farmacologico che psicoterapeutico.

In particolar modo, si è affermata una nuova forma di trattamento, la *psicoterapia cognitivo-comportamentale*, che si è dimostrata particolarmente efficace per il DOC, oltre che per molti altri problemi psicologici.

Questa terapia comprende tecniche specifiche, mirate a ridurre la frequenza e l'intrusività dei pensieri ossessivi e a evitare la messa in atto degli eventuali cerimoniali di rassicurazione. Oggi, le possibilità di cura per chi è affetto da DOC sono molto superiori rispetto a quelle di pochi anni fa: gli ultimi dati statistici mostrano che il 75-80% delle persone sottoposte al trattamento presenta notevoli miglioramenti o guarigioni complete.

Ricerche inglesi hanno dimostrato che molte persone affette da DOC, utilizzando libri di auto-aiuto come questo e limitando al minimo il contatto con i professionisti, sono riuscite a ridurre di molto le loro ossessioni e compulsioni.

Se siete affetti da una forma lieve di disturbo ossessivo-compulsivo, è probabile che possiate migliorare molto i vostri sintomi avvalendovi soltanto di questo manuale, meglio se con l'attiva collaborazione di un amico o di un familiare volenteroso.

La scelta di ricorrere o meno ad un trattamento psicoterapeutico deve essere fatta in base alla gravità dei sintomi. Se le vostre ossessioni sono intense e frequenti e i rituali impegnano molto del vostro tempo, è consigliabile che vi rivolgiate ad uno psicoterapeuta cognitivo-comportamentale e, se necessario, ad uno psichiatra che possa prescrivervi una terapia farmacologica adeguata.

In ogni caso, sia che seguiate il programma da soli, sia che chiediate l'intervento di un professionista specializzato, è importante che esso sia portato avanti con impegno, sistematicità e perseveranza. L'impulso alle compulsioni è spesso intenso e fortemente coinvolgente. Talvolta sono delle vere e proprie abitudini che vengono messe in atto senza neanche accorgersene. Per questo motivo, la possibilità di modificare tali comportamenti con un intervento saltuario e non metodico è molto scarsa. Se, invece, insistete giorno per giorno con un programma ben strutturato, sarete in grado di osservare piccoli miglioramenti settimana dopo settimana.

Un'ultima cosa prima di iniziare.

So benissimo quanto possa essere doloroso e imbarazzante ammettere di avere determinate ossessioni ed è assolutamente normale che le persone affette da DOC facciano di tutto per nascondere ad amici e parenti le proprie "fissazioni". Come vedremo più avanti, però, è fondamentale ai fini della guarigione imparare a parlare liberamente, almeno con le persone più intime che possono aiutarci a portare avanti il programma, di ciò che ci passa per la testa, anche se fossero le cose più assurde o ridicole.

Ammettere di avere un problema è il primo grande passo per affrontarlo e risolverlo. Spero che questo libro possa essere d'aiuto anche a quanti, vittime di queste "strane" manifestazioni, non avendo mai sentito parlare del DOC, hanno iniziato a combatterlo nel modo più sbagliato o, peggio ancora, si sono rassegnati a convivere per non dover rivelare agli altri i propri problemi e non

correre il rischio di essere etichettati come “matti”.

Il disturbo ossessivo-compulsivo è uno dei problemi psicologici più diffusi e ci sono certamente migliaia di persone che ne soffrono in silenzio.

Se siete già certi di avere il DOC, o ne prendete coscienza leggendo la prima parte di questo libro, non esitate a parlarne con qualcuno che possa sostenervi con il suo affetto, documentandosi insieme a voi e aiutandovi nell'esecuzione dell'impegnativo programma che dovrete portare avanti, sia che decidiate di seguirlo da soli, sia che chiediate l'intervento di un professionista.

FASE I – AUTOVALUTAZIONE

INDIVIDUARE I SINTOMI PRINCIPALI

Prima di iniziare qualunque programma di trattamento è necessario stabilire degli obiettivi precisi, ma per farlo bisogna valutare attentamente la qualità e la quantità dei sintomi.

Inoltre, un'opportuna autovalutazione della gravità del disturbo e del grado di consapevolezza che la persona riesce ad avere circa l'illogicità e gli eccessi delle proprie ossessioni e compulsioni è un buon criterio per stabilire se è possibile affidarsi soltanto al programma di auto-aiuto o se è necessario rivolgersi a uno psicoterapeuta o a uno psichiatra.

Infine, ripetere l'autovalutazione a intervalli regolari potrà essere utile per valutare, nel tempo, i vostri progressi.

Un utilissimo strumento per l'autovalutazione è la Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), costruita da W. Goodman, S. Rasmussen e colleghi nel 1989 e modificata nel 1992, per la somministrazione computerizzata, da John Greist e collaboratori. Le due versioni di cui abbiamo parlato dovrebbero essere utilizzate con l'aiuto di un professionista; esiste però una versione per auto-somministrazione in lingua inglese, sviluppata da Lee Baer nel 1991. Ed è proprio questa versione, tradotta in lingua italiana, che vi proponiamo nelle pagine seguenti. I sintomi contrassegnati da un asterisco non fanno necessariamente riferimento a un disturbo ossessivo-compulsivo, ma possono riguardare altre

problematiche psicologiche.

È bene ricordare che le *ossessioni* sono idee, pensieri o impulsi inaccettabili, che creano disturbo e si presentano alla mente in continuazione. Esse possono emergere contro la propria volontà, apparire ripugnanti e chi ne soffre spesso può riconoscerle come prive di senso e incoerenti col proprio modo di essere abituale.

Le *compulsioni* sono comportamenti o azioni che le persone si sentono spinte a compiere, sebbene riconoscano che sono prive di senso o eccessive. Solitamente le compulsioni vengono messe in atto in risposta a un'ossessione, secondo particolari regole o in maniera stereotipata. A volte la persona tenta di resistere a tale impulso, ma questo può risaltarle molto difficile; può provare un disagio che non diminuisce, fino a quando il comportamento abituale non viene portato a termine.

A questo punto, tenendo presenti le definizioni sopra riportate, cominciate l'auto-valutazione. Leggete attentamente ogni frase che troverete nella tabella seguente ed evidenziate con un segno:

- 1) l'ossessione e la compulsione che avete attualmente o che avete avuto qualche volta in passato;
- 2) le ossessioni che attualmente vi risultano più fastidiose e invadono più spesso la vostra mente (non più di 2 o 3);
- 3) le compulsioni più fastidiose e che incidono maggiormente sulle vostre attività quotidiane, sulla vita familiare, affettiva e lavorativa (non più di 2 o 3).

OSSESSIONI	
<i>Ossessioni aggressive</i>	
Ho paura di fare del male a me stesso	Es.: paura di usare il coltello o la forchetta, di maneggiare oggetti appuntiti, di passare vicino alle finestre.
Ho paura di fare del male agli altri	Es.: paura di avvelenare il cibo di altri, di fare del male a bambini piccoli, di spingere qualcuno sotto il treno, di ferire i sentimenti degli altri, di non prestare soccorso alle vittime di una catastrofe immaginaria, di fare del male attraverso cattivi consigli.

<p>Mi vengono in mente immagini violente o terrificanti</p>	<p>Es.: visioni di omicidi, di corpi fatti a pezzi o altre scene terrificanti</p>
<p>Ho paura di pronunciare frasi oscene o insulti</p>	<p>Es.: Paura di urlare oscenità in pubblico, ad esempio in chiesa; paura di scrivere oscenità o di pronunciare bestemmie o insulti a divinità, morti, maghi.</p>
<p>Ho paura di fare altre cose imbarazzanti</p>	<p>Es.: paura di apparire sciocco, di perdere il controllo in pubblico, di fare atti sconvenienti o suscitare derisione.</p>
<p>Ho paura di agire sotto la spinta di un impulso irrazionale</p>	<p>Es.: paura di agire senza riuscire a resistere ad impulsi come l'imbrogliare qualcuno, il rubare in una banca, ecc.</p>
<p>Ho paura di essere responsabile di danni ad altri per la mia sbadattaggine o i miei errori</p>	<p>Es.: Paura di provocare un incidente senza accorgersene e/o senza poi soccorrere la vittima, timore che la ditta in cui si lavora fallisca a causa dei propri errori, ecc.</p>
<p>Ho paura di essere responsabile di altri eventi terribili</p>	<p>Es.: paura di provocare un incendio o un furto per non essere stato abbastanza attenti nel chiudere la casa o l'auto prima di uscire, nel chiudere il gas o nello spegnere le luci.</p>
<p><i>Osessioni sulla contaminazione</i></p>	
<p>Sono preoccupato o disgustato dagli escrementi o dalle secrezioni del corpo</p>	<p>Es.: paura della propria o altrui saliva, sudore, muco nasale, urina, feci, sperma o secrezioni vaginali.</p>
<p>Sono preoccupato dalla sporizia o dai germi</p>	<p>Es.: paura di essere contaminati sedendosi su una sedia, stringendo la mano a una persona o toccando le maniglie delle porte.</p>
<p>Sono eccessivamente preoccupato dall'inquinamento ambientale</p>	<p>Es.: paura di essere contaminati dall'amianto, da gas o sostanze tossiche; paura delle sostanze radioattive, di oggetti provenienti da città in cui esistono discariche di rifiuti tossici.</p>
<p>Sono eccessivamente preoccupato da alcuni detersivi domestici</p>	<p>Es.: paura dei detersivi da cucina o da bucato, dei solventi, degli smacchiatori, degli insetticidi o della trementina.</p>
<p>Sono eccessivamente preoccupato dagli animali</p>	<p>Es.: paura di essere contaminati dal contatto con un insetto, un cane, un gatto o un altro animale.</p>
<p>Mi danno fastidio le sostanze o i residui appiccicosi</p>	<p>Es.: paura del nastro adesivo e di altre sostanze appiccicose per il timore che su di esse siano rimaste intrappolate alcune sostanze contaminanti.</p>

Temo di ammalarmi in seguito a contaminazione	Es.: paura di ammalarsi come conseguenza diretta di una contaminazione (sul tempo impiegato dalla malattia per manifestarsi le opinioni sono diverse).
Sono preoccupato di poter contaminare gli altri	Es.: paura di toccare gli altri o di preparare loro il cibo, dopo aver avuto contatti con sostanze ritenute "contaminanti".
<i>Ossessioni di tipo sessuale</i>	
Ho pensieri, immagini o impulsi sessuali proibiti o perversi	Es.: pensieri sessuali indesiderati verso estranei, parenti o amici.
Ho ossessioni sessuali sui bambini o sull'incesto	Es.: pensieri indesiderati riguardanti molestie sessuali verso i propri figli, i figli altrui o i bambini in generale.
Ho ossessioni riguardanti l'omosessualità	Es.: preoccupazioni del tipo: "Sono omosessuale?", o: "E se improvvisamente diventassi omosessuale?", prive di una base reale.
Ho ossessioni su un comportamento sessuale aggressivo verso gli altri	Es.: immagini inopportune di un proprio comportamento sessuale violento verso estranei, conoscenti, amici o parenti adulti.
<i>Ossessioni di accumulo/conservazione</i>	
Sono ossessionato dal bisogno di accumulare o conservare le cose	Es.: difficoltà a gettare via le cose apparentemente prive di importanza perché se ne potrebbe avere bisogno in futuro, impulso di conservare e raccogliere cose inutili.
<i>Ossessioni di natura religiosa</i>	
Sono assillato dall'idea di poter essere sacrilego o blasfemo	Es.: temere di avere pensieri blasfemi, di pronunciare frasi blasfeme o di essere puniti per questo.
* Mi preoccupa in maniera eccessiva della moralità	Es.: preoccuparsi di fare sempre la "cosa giusta", temere di aver potuto mentire o imbrogliare gli altri.
<i>Ossessioni di ordine e simmetria</i>	
* Sono ossessionato dalla simmetria o dalla precisione	Es.: preoccuparsi che carte e libri siano sempre ben ordinati e allineati, che calcoli e manoscritti siano "perfetti".

FASE II – EDUCAZIONE SUL DISTURBO

PREOCCUPAZIONI NORMALI E PENSIERI OSSESSIVI: COSA LI DIFFERENZIA?

Fino a pochi anni fa era diffusa la convinzione che le preoccupazioni delle persone affette da disturbo ossessivo-compulsivo fossero del tutto peculiari e bizzarre e che le persone “normali” non avessero mai simili pensieri. Si riteneva, quindi, che il problema specifico del DOC consistesse nella qualità dei pensieri e nella loro assurdit , al punto che spesso coloro che soffrivano di questo disturbo erano considerati degli indemoniati e venivano sottoposti all’intervento degli esorcisti.

Alla fine degli Anni Settanta, per , grazie al contributo dei gi  citati Rachman e De Silva, fu scoperto che praticamente tutti i pensieri che ossessionano chi soffre di DOC, per quanto siano spesso irrazionali e insensati, passano, occasionalmente, per la testa di tutte le persone.

A molti   capitato, prima o poi, di pensare, tanto per fare alcuni esempi, di poter essere omosessuale, di poter far del male a qualche persona cara, di contaminarsi venendo a contatto con certi oggetti o certi cibi, di pungersi con aghi usati senza accorgersene o di poter essere causa di qualche sciagura per la propria disattenzione, pur avendo piena consapevolezza dell’infondatezza di queste preoccupazioni.

D'altra parte, il nostro organismo è programmato in modo tale che le reazioni emotive che abbiamo quando immaginiamo eventi negativi siano molto simili a quelle che provocano in noi gli eventi reali. Per questo motivo, se vediamo un film dell'orrore ben fatto proviamo paura, pur essendo razionalmente consapevoli che si tratta di un film, che il sangue è solo succo di pomodoro e che il morto sta solo fingendo. Lo stesso accade quando, attendendo un parente che tarda a rincasare, ci creiamo il nostro film interno in cui lo vediamo già steso in un letto di ospedale, in seguito a un incidente d'auto. Questo pensiero non può che provocarci ansia, come quando percepiamo realmente un pericolo. Se invece pensassimo che sta tardando perché si è fermato a chiacchierare con gli amici, al massimo potremmo provare rabbia perché non rispetta gli altri che lo aspettano e pensa solo agli affari suoi.

Prefigurarsi eventi negativi, per quanto improbabili, e provare ansia nel momento in cui li immaginiamo è quindi un fatto assolutamente normale e molto diffuso.

Qual è allora la differenza tra un'inverosimile ed eccessiva, ma normale preoccupazione negativa e un pensiero ossessivo? Non certo nella sua natura, ma nella frequenza con cui essa si ripresenta alla mente della persona.

Per quale motivo allora, vi chiederete, certe persone si preoccupano senza motivo una volta ogni tanto, mentre altre vengono ossessionate da tali idee angosciose?

La risposta è più semplice di quanto possiate immaginare, ma richiede qualche ulteriore chiarimento.

Immaginate di essere al ristorante, in attesa di una tanto sospirata bistecca. Mentre conversate con gli amici, magari condizionati da una notizia che avete appreso qualche giorno prima, vi viene in mente che il cuoco potrebbe mettere, per distrazione, del detersivo al posto del sale, o potrebbe usare degli ingredienti scaduti, oppure potrebbe non lavare bene l'insalata che avete ordinato come contorno.

Naturalmente, questo pensiero vi farà sentire in pericolo e provare ansia.

A questo punto ci sono due possibilità. Se riuscite a tollerare il pensiero e l'ansia che esso vi genera, allora potete ignorarlo e

decidere di assumervi questo rischio, per quanto minimo, facendo esattamente quello che avreste fatto se quel pensiero non fosse mai affiorato: mangiare la bistecca e l'insalata, indipendentemente dal disagio che provate. Altrimenti, potete farvi condizionare dal pensiero e, per essere totalmente certi che non si avveri ciò che avete pensato, non mangiare niente di quello che vi viene servito. In questo caso, il disagio sparisce, perché azzerate il rischio, ma si verificano una serie di inevitabili conseguenze negative.

Immaginate, adesso, di essere alla guida della vostra automobile, mentre procedete ad andatura sostenuta, avendo a fianco una persona molto cara. All'improvviso si fa strada nella vostra mente un pensiero: potreste scivolare su un'imprevista macchia d'olio, perdere il controllo del mezzo e andare a sbattere contro il primo albero. A poco a poco il pensiero si arricchisce di particolari: vedete il sangue, la persona accanto a voi scaraventata sul parabrezza, forse morta, forse gravemente ferita. Nella vostra mente prende forma uno spaventoso scenario immaginario che non può far altro che mettervi ansia.

Ancora una volta avete due possibilità: potete ignorare il pensiero, tollerando il rischio di poter fare un incidente con simili conseguenze, e continuare a guidare come se non vi avesse mai sfiorato la mente, oppure potete non tollerare l'idea e cercare, in qualche modo, di scongiurare il pericolo percepito, ad esempio riducendo drasticamente la velocità.

In entrambi questi casi è evidente come quello che determina la scelta fra le due opportunità sia la capacità o meno della persona di tollerare l'improvvisa, ma normale preoccupazione e il disagio ad essa connesso.

Se per qualsiasi motivo tale pensiero risulta intollerabile e viene visto come indicatore di un pericolo da scongiurare ad ogni costo, ne deriverà certamente una reazione volta a rassicurarsi. Ed è proprio questo meccanismo che trasforma la normale preoccupazione negativa in un pensiero ossessivo, che tende a tornare ripetutamente e a provocare un'ansia sempre maggiore.

Possiamo dunque concludere, tornando agli esempi pratici, che se riusciamo a ignorare il pensiero che i cibi che stiamo per man-

giare siano contaminati, considerandolo fin dall'inizio una preoccupazione probabilmente infondata, se siamo capaci di accettare il rischio, comunque esistente anche se minimo, che ciò che abbiamo immaginato possa essere vero, il pensiero, dopo poco, passerà. Se ne andrà, come qualunque altro pensiero; ma soprattutto non tornerà, puntuale, ogni volta che ci sediamo in un ristorante. Allo stesso modo, se continuiamo a guidare come se non avessimo pensato al possibile incidente, riuscendo a tollerare il momentaneo inevitabile disagio, la nostra preoccupazione sarà presto sostituita da altri pensieri e non tornerà ogni volta che ci metteremo alla guida.

Se, viceversa, ci lasceremo condizionare da queste preoccupazioni, agendo di conseguenza per tranquillizzarci, metteremo in atto una serie di meccanismi per cui, in ogni situazione simile, si presenterà la stessa preoccupazione e sentiremo un impulso ancora più forte a trovare un modo per tranquillizzarci.

LIBERARSI DALLA TRAPPOLA DELLE COMPULSIONI

Ma perché il fatto di non tollerare la rappresentazione mentale del rischio e il conseguente tentativo di fare qualcosa di pratico per scongiurarlo, azzerando momentaneamente l'ansia, fortifica il meccanismo che ci riporta alla coscienza i rischi (ossessione) e ci rende sempre più dipendenti da qualche comportamento rassicurante (compulsione o richiesta di assicurazione)?

Per capirlo dobbiamo rifarci alle teorie più accreditate per la spiegazione della genesi e del mantenimento del DOC, quelle di derivazione comportamentista, arricchite dai contributi cognitivisti.

Immaginate di prendere un topolino e metterlo in una gabbietta in cui possa liberamente scorrazzare e che abbia, al suo margine, una piccola leva, premendo la quale viene fatto cadere del cibo.

Il topolino, inizialmente, si muoverà a caso nella gabbia. Prima o poi premerà per sbaglio la leva e otterrà il cibo. Il comportamento casuale di premere la leva verrà quindi premiato o, come si dice in termini tecnici, "rinforzato" dall'erogazione del cibo, estremamente piacevole per il topolino.

Questo genererà in lui un apprendimento. Il topo imparerà, soprattutto se la sequenza viene ripetuta più volte, che il comportamento di premere la leva è associato a una conseguenza piacevole e gratificante, tanto che, entrando in una gabbia a lui sconosciuta, sarà in grado di correre a premere la leva, anche se essa cambiasse di posizione.

Questo basilare principio di apprendimento (detto condizionamento operante) è valido per gli animali quanto per gli esseri umani. Ogni comportamento che viene seguito da una gratificazione tende ad essere appreso e automatizzato. In questo modo impariamo gran parte dei nostri comportamenti. Il bambino impara a parlare perché, quando dal suo eloquio confuso e incomprendibile emerge una parola che assomiglia alla parola “mamma” o a qualche altra parola comprensibile, la mamma stessa, e probabilmente tutti i presenti, lo “rinforzano” enormemente, rivolgendogli l’attenzione, battendogli le mani, sorridendogli. In questo modo è più probabile che il bambino ripeta la suddetta parola, e man mano tutte le altre, fino al completo apprendimento del linguaggio.

È altrettanto importante, però, tener presente che non è gratificante soltanto ciò che è piacevole, ma che probabilmente lo è ancora di più la cessazione di qualcosa di spiacevole; è quello che in gergo tecnico si chiama “rinforzo negativo”.

Prendete il vostro solito topolino e mettetelo nella solita gabbietta, ma stavolta con il pavimento elettrificato, tanto che l’animaletto sia costantemente disturbato da una spiacevole scossa elettrica. Se la pressione della leva fa cessare per un minuto la scossa elettrica, il sollievo sarà talmente grande che il topolino imparerà, ancora prima che con il cibo, a tenere costantemente premuta la leva.

Quello che potreste verificare è che il topo continuerebbe a premere la leva, a scopo “preventivo”, anche se voi disattivaste il meccanismo che genera la scossa elettrica. È vero che teoricamente il gesto del topo sarebbe ormai inutile, ma trattandosi di un comportamento appreso e automatizzato continuerebbe a ripeterlo a lungo.

A questo punto, probabilmente, avrete intuito quale sia il collegamento con il comportamento compulsivo. La compulsione (anche mentale, come contare, pensare numeri fortunati, immaginare scene positive, ecc.) è un mezzo inizialmente alquanto efficace per ridurre l'ansia connessa a un pensiero negativo. Il sollievo che ne deriva, però, costituisce un potente "rinforzo", che rende il comportamento sempre più automatico e indispensabile, generando un involontario processo di apprendimento.

Le richieste di rassicurazione che chi soffre di DOC rivolge ai familiari e agli amici, riguardo alle proprie preoccupazioni, hanno l'identica funzione di una compulsione: tranquillizzano momentaneamente, alimentando un infinito circolo vizioso.

Questi esempi sono utili per comprendere il principio fondamentale che è alla base di tutto l'intervento comportamentale sul DOC: ogni volta che decidiamo di lasciarci condizionare da un pensiero negativo e optiamo per una di quelle soluzioni che mirano ad allontanare l'ansia, mettendo in atto una compulsione, mentale o materiale che sia, o chiedendo rassicurazione, attiviamo involontariamente questo processo di automatizzazione. Rendiamo più probabile che, trovandoci nuovamente in preda a una simile preoccupazione, la prima soluzione a cui penseremo sia quella che ha apparentemente funzionato: la compulsione o la richiesta di rassicurazione.

Tale processo, ripetuto continuamente, fa sì che questi comportamenti diventino gesti totalmente automatici, da compiere in certe situazioni per evitare di essere presi dall'ansia, finché diventano talmente meccanici da ripresentarsi anche in assenza di un vero e proprio pensiero ossessivo.

Inoltre, come in ogni apprendimento, si ha un effetto di generalizzazione per cui, esattamente come il topolino impara a premere la leva anche in gabbie sempre più diverse dall'originale, così la persona sente l'impulso a compiere certi cerimoniali in seguito a stimoli sempre più lontani da quello che ha dato inizio al meccanismo.

Ciò significa, tradotto in pratica, che le situazioni che innescano la comparsa del pensiero ossessivo e la spinta al comportamen-