

L'altra volta abbiamo parlato di: Agorafobia secondo il modello di Mosticoni

- Condotta di evitamento di certi luoghi.
- **Imprevedibilità** -> **patologia** (imposizione di regole proprie) -> **prevedibilità**
- Conseguenze dello "star male": **ipotetico evento di perdere il controllo** -> **Situazione di paura della paura.**
- L'abbassamento dell'ansia, l'evitamento della solitudine e il controllo sul partner mantengono la fobia.
- 2 tipologie di pz (estrov. e introv): dopo l'esordio lo sviluppo del disturbo è lo stesso.

Strategie di intervento

- Indebolimento legame situazione fobigena - evitamento con tecniche di graduazione (circa 12 sedute).
- L'esposizione andrà graduata e calibrata sulla variabile quantitativa che esprime meglio il livello di sicurezza o di insicurezza del pz (tempo di permanenza all'interno di un luogo temuto, distanza dalla figura di riferimento, quantità di farmaco ansiolitico da portarsi dietro).
- La terapia deve farsi carico anche delle eventuali situazioni che "peggiorano" la situazione fobigena (discussioni familiari, critiche al lavoro, ecc.)

Strategie di intervento

- Riduzione della generalizzazione delle circostanze che possono essere definite imprevedibili/ignote in modo efficace e realistico.
- Costruzione della condotta esplorativa, che renda meno sconosciuto l'ignoto stesso.
- Shaping del comportamento di avvicinamento ai luoghi evitati.

Strategie di intervento

- **Modificazione dell'antecedente:** desensibilizzazione alla perdita di controllo in relazione alle occasioni e ai concetti di:
- **Solitudine:** ridefinizione lessicale del termine (esser soli è diverso da esser lontano dalla figura affettiva).
- **Costrizione:** constatazione che a parte quella fisica, non esistono altre forme di costrizione definibili come totali.
- **Perdita di controllo su di sé:** mostrare che pensare costantemente ad un evento terribile ma indipendente dalla volontà è inutile, controproducente e dannoso.

La riduzione di questi spazi semantici non viene fatta in maniera didascalica, attraverso l'insegnamento di un uso più appropriato dei vocaboli, quanto piuttosto sottolineando le ambiguità dell'uso degli stessi termini in contesti che realisticamente non lo consentirebbero.

Esempio di dialogo per evidenziare l'uso inappropriato dell'attributo "costretto"

Pz: l'idea stessa di andare dal parrucchiere e di restare lì bloccata per un paio d'ore mi fa entrare in ansia.

T: Bloccata?

Pz: sì, dovrei rifare la tinta e questo richiede molto tempo.

T: mi interrogavo sul termine "bloccata".

Pz: sì, certo, per tutto il tempo che serve a completare il lavoro non posso spostarmi, andarmene, se volessi.

T: non può?

Pz: mica posso andarmene con tutti gli aggeggi in testa, bagnata e magari pure con l'asciugamano sulle spalle!

T: ed è questo a preoccuparla?

Pz: in questo caso sì.

T: tanto per fare un esempio estremo, anche se sciocco: se il parrucchiere, per garantirsi la sua immobilità la vincolasse con delle fasce alla poltrona sarebbe la stessa cosa?

Pz: restando nel suo esempio, in un certo senso sì.

T: cioè il non potersi muovere fisicamente e uscire in strada con il lavoro incompiuto sono cose simili?

Pz: beh, no, però l'effetto sarebbe lo stesso.

T: nel senso che proverebbe le stesse emozioni?

Pz: (riflette) No, forse no. In un caso sarebbe terribile e ci starei malissimo; nell'altro caso mi preoccuperei della figura che farei per strada conciata in quel modo.

T: e quindi preferirebbe, preferisce, non trovarcisi.

Pz: sì.

T: ma nell'altro caso, quello in cui è legata alla sedia, non può scegliere, o come dice lei, preferire, di non trovarcisi.

Pz: è così.

T: dunque, secondo lei, si tratta di situazioni molto diverse, e tuttavia parla di “bloccata” in entrambi i casi: in un caso è letteralmente vero, nell’altro caso invece si riferisce a una sua scelta – di non esporsi alla vergogna – comprensibilissima, ma pur sempre una scelta, una decisione. Sarebbe utile se lei, per facilitarci la comprensione, chiamasse con nomi diversi le due differenti situazioni.

Pz: ... che dovrei dire? Non bloccata, ma difficile da sfuggire, evitare?

T: possiamo provare: così tra l’altro ci mettiamo in condizione di distinguere le situazioni e le emozioni e di comprenderci più puntualmente.

Pz: e allora diciamo che l’idea che, andando dal parrucchiere, potrei andar via – se mi servisse – solo a costo di essere ridicola, di vergognarmi, mi fa sentire bloccata.

T: bloccata?

Pz: beh, mi blocca.

T: Ah, cioè è lei a “bloccare” se stessa, non la situazione ... è sicura che non ci sia un’altra espressione più efficace per evidenziare queste differenze tra non poter decidere e preferire di non decidere in un certo modo?

Strategie di intervento sul rinforzo interpersonale

- Rinforzo positivo interpersonale: controllo sul partner.
- Questo rinforza sia il singolo comportamento di evitamento sia “l’essere malato in sé”. Il comportamento patologico consente al pz di assicurarsi controllo (previsione) sull’ambiente in generale e su quello interpersonale più prossimo.
- Sostituzione del comportamento sintomatico con un repertorio più adattivo col quale il pz possa ottenere gli stessi rinforzi -> **COMPORAMENTO ASSERTIVO** (Rinforzato dai medesimi conseguenti di quello patologico).

Relazione terapeutica con pz fobici

- Utilizzata in modo **strategico**, non è aspecifica.
- Costruzione di un piano strategico dove i comportamenti del pz possono essere previsti come conseguenza del comportamento del terapeuta e pertanto utilizzati: *"ogni volta che lui farà questo io farò sempre quest'altro"*.
- Atteggiamento generale: far entrare il pz in contatto con le cose temute, parlandone, senza mostrare emozioni negative, parlandone spesso, non evitandole.
- Non fornire soluzioni, risposte a problemi pratici concreti per evitare la dipendenza.

Relazione terapeutica con pz fobici

- L'atteggiamento è terapeutico in quanto è la fonte principale di rinforzi, punizioni, estinzioni, all'interno del setting terapeutico. Va modellato sul tipo particolare di pz e sul problema che presenta.
- Non vuol dire "fingere di" ma "fare certe cose in certi momenti".
- Per non rinforzare la "malattia":
 - comportarsi in modo diverso rispetto a come si comportano le altre persone.

Relazione terapeutica con pz fobici

- **Approccio implosivo.**
 - Conoscere ciò che è temuto dal pz.
 - Dimostrare che ciò può verificarsi in molte più occasioni di quelle considerate dal pz. (insufficienza dell'evitamento).
 - **Obiettivo:** il pz. si deve dire: *"allora tutto quello che faccio non serve a farmi stare totalmente al sicuro"*.

Disturbo ossessivo-compulsivo

"Ogni volta che rientra in casa Marina toglie le scarpe e le infila in una busta prima di riporle nella scarpiera. Poi toglie tutti i vestiti e li appoggia su una sedia adibita a questo scopo che tiene vicino all'ingresso. Va poi in bagno a lavare le mani, gli avambracci e il volto; ogni parte viene lavata più volte, fino a 20 volte. Infine, prima di indossare i vestiti puliti da casa, passa un batuffolo di cotone imbevuto di disinfettante sui capelli e sugli occhiali. Alla fine di queste operazioni Marina si sente pulita, intendendo con ciò l'impressione che su nessuna parte del suo corpo siano depositate sostanze contenenti germi o altro sporco".

(tratto da Elementi di Psicoterapia Cognitiva, 2008, Giovanni Fioriti Editore)

Disturbo ossessivo-compulsivo

"Alberto tutti i giorni prima di andare a letto controlla che la manopola del gas sia chiusa; quest'operazione richiede tutti i giorni dai 15 ai 25 minuti: dopo aver girato la manopola del gas, Alberto l'apre e la richiude un preciso numero di volte, controlla ripetutamente che la manopola sia perfettamente orizzontale, controlla il grado d'inclinazione rispetto alle piastrelle della parete. Il controllo finisce quando Alberto si sente *abbastanza sicuro che il gas sia chiuso bene*".

(tratto da Elementi di Psicoterapia Cognitiva, 2008, Giovanni Fioriti Editore)

Nel DSM 5 il disturbo ossessivo-compulsivo non si colloca più tra i disturbi d'ansia, ma viene individuato come entità nosologica autonoma insieme ad altri disturbi ad esso correlati.

Disturbo ossessivo-compulsivo

Ossessioni: idee, pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e/o persistenti che insorgono improvvisamente nella mente del soggetto e che vengono percepiti come intrusivi, fastidiosi e privi di senso.

Compulsioni: atti mentali (es. contare, pregare, ripetere parole) o comportamentali (es. controllare, pulire, ordinare) ripetitivi, messi in atto in risposta ad un'ossessione secondo regole precise, allo scopo di neutralizzare e/o prevenire un disagio e una situazione temuta.

Esordio: 15-25 anni

Decorso: il disturbo tende a cronicizzare e a diventare invalidante.

Il DOC secondo il modello di Mosticoni

Pz ossessivo: introverso, facilmente condizionabile (rapidità di apprendimento e generalizzazione), chiuso, poco socievole, rigido, poco disponibile a porre in discussione le proprie convinzioni.

Pz lamenta di sentirsi costretto a fare certe cose, che riconosce come irragionevoli, di cui però non riesce a fare a meno.

Comportamenti ossessivi: COVERT e OVERT.

Comportamenti ossessivi

Comportamenti **covert** (sempre presenti)

1. Impulsi:

temere di avere l'impulso a fare qualcosa di dannoso per sé o per altri e timore di non farcela a controllarlo).

Comportamenti ossessivi

Comportamenti **covert** (sempre presenti)

2. Idee e ruminazioni:

Idee fisse e pensieri intrusivi: distraggono da altre attività e pensieri.

Ruminazioni: tentativi di soluzione di un problema conoscitivo (*ma le cose come stanno realmente?*) o modificatorio (*di fronte a questo problema, cosa mi conviene veramente fare?*).

I pz. si ripropongono tali domande iterativamente nella vana ricerca di una risposta.

Ruminazione

La ruminazione è diversa da una riflessione.

Riflessione: cerca di apportare nuovi dati alla conoscenza della situazione-problema, di manipolarli per prevedere gli esiti e immaginare soluzioni (da verificare poi).

Ruminazione: riverbera continuamente i dati del problema senza riuscire ad utilizzarli.

L'atteggiamento ruminatorio può manifestarsi non solo a livello personale, ma anche in termini relazionali all'interno di contesti interpersonali.

Comportamenti ossessivi

- Compulsioni (comportamenti **overt**):
rituali di controllo, pulizia, ordine, magici, (accumulo)
- Spesso è associato un comportamento fobico:
I rituali vengono emessi in (fatti scattare da) situazioni specifiche (peculiari per ogni pz).
Per evitarsi la "fatica" del rituale il pz. evita tali situazioni.
Se non riesce ad evitarle (o non è possibile farlo), è "costretto" a eseguire il suo rituale.
- Gravità della patologia: funzione della quantità di occasioni in cui vengono emessi i sintomi (non della presenza di più sintomi differenti).
- Diagnosi differenziale: il pz fobico non può essere convinto ad affrontare la situazione temuta (in quanto evita l'esposizione e il contatto con essa). Il pz ossessivo può essere persuaso a farlo (tanto poi mette in atto i rituali e ... *recupera*).
- Pz fobico non è capace di rinviare l'evitamento mentre l'ossessivo sì.

Rituali

- Specificità del rituale non è elemento importante: spesso un rituale scompare (perché non gli viene più in mente di farlo), per cedere il posto ad un altro. È la quantità complessiva di tempo dedicato ai rituali a rimanere costante.

Rituali

- In un ambiente in cui le regole sono confuse capita che alcuni comportamenti vengano rinforzati accidentalmente.
- Nel rituale compaiono elementi che apparentemente non hanno nulla a che vedere con la situazione attuale ma erano presenti nella costellazione del comportamento emesso per ultimo.
- Più il pz è introverso, più è condizionabile e tanto più facilmente apprenderà anche comportamenti "strani" e disadattivi emessi accidentalmente e con le contingenze errate.

Rituali

- Non adeguatezza del comportamento rispetto agli start e stop naturali:
es. lavaggio mani: non pulito, ansia - lavaggio - riduzione ansia - senso di sicurezza nella pulizia.
- **Dubbio:** stressante, inaccettabile e quindi da modificare.
- **Rituale:** perpetuato anche se ritenuto faticoso e (a volte) inutile perché è presente contemporaneamente un rinforzo (abbassamento dell'ansia) e una punizione (faticosità, sofferenza).
- Il fatto che il pz sia incapace di emettere un comportamento più adattivo è dovuto al fatto che è stato seguito da punizioni finché si è estinto e il rituale ne ha preso il posto.

Rituali

- Comportamento ossessivo appreso come qualsiasi comportamento superstizioso.
- Le occasioni in cui emettere il comportamento sintomatico sono esposte ad un rapido e vasto incremento in quanto tutto ciò che è presente contestualmente ad uno stimolo-controllo acquista il potere di evocare il sintomo: **tutto può divenire a propria volta uno stimolo-controllo condizionato.**

Rituali

- L'incomprensibilità razionale dell'efficacia presunta del rituale nel sopprimere le conseguenze temute è tuttavia espressa non come tale, ma come esperienza d'incoercibilità dell'atto (*non posso farci niente, è più forte di me*).
- Pz. vive la propria paura come sofferenza, ma contemporaneamente struttura pensieri e comunicazioni che hanno come obiettivo e risultato quello di connotare l'ossessione come immodificabile (*le cose stanno così e non potete dimostrarmi che quello che temo è certamente infondato*).

Ipotesi per descrivere l'insorgenza di un particolare sintomo ossessivo

1. Mancanza di regole
2. Sfalsamento delle regole

Ipotesi per descrivere l'insorgenza di un particolare sintomo ossessivo

Mancanza di regole

PZ: mamma posso uscire?

MAMMA: Ma sei uscito l'altro ieri!

Regola sottintesa 1: non puoi uscire perché sono passati solo due giorni.

Regola sottintesa 2: se me lo ha chiesto solo una volta non gli sta a cuore: se insiste 4-5 volte darò il permesso.

Poiché la regola non è esplicitata, l'intesa, se avviene, è occasionale.

Ipotesi per descrivere l'insorgenza di un particolare sintomo ossessivo

Mancanza di regole

PZ (indossando un maglione rosso): mamma posso uscire?

MAMMA: Sì!

Deduzione in assenza di regole: per ottenere il permesso di uscire la regola è indossare un maglione rosso.

Apprendimento di un comportamento superstizioso.

Ipotesi per descrivere l'insorgenza di un particolare sintomo ossessivo

Sfalsamento delle regole

Bambino inappetente che tiene a lungo il boccone in bocca:

MAMMA: se mastichi, poi ti compro il gelato.

Bambino mastica a lungo il boccone e poi lo sputa.

Mamma non compra il gelato (nonostante la regola fosse questa) perché aveva in mente la regola "ti compro il gelato se mangi".

Possibile deduzione del bambino: non ho masticato sufficientemente a lungo.

Esame del paziente

Fin dalla prima seduta descrivere comportamenti overt e covert, quali sono gli antecedenti e i conseguenti.

Individuare il conseguente avversivo evitato:
che cosa potrebbe accadere (anche se poco probabile e irrazionale) se non emettesse quel comportamento?

Storia del comportamento ossessivo.

Elenco e caratteristiche degli stimoli-controllo che evocano il sintomo.

Criteri con cui il pz valuta se una situazione richiede un rituale.

Elementi comuni nelle biografie

- Introverso (impoverito nelle sue modalità di contatto).
- Genitori:
 - padre che dà regole (qualcosa di assodato) del tipo: *non farti fregare, stai attento! Potresti essere fregato. Si sa che tutti cercano di fregare gli altri.*
 - madre formalmente esautorata che però agisce dietro le quinte e finisce per decidere lei.
- L'ambiente familiare spesso non ha dei confini ben definiti di privacy.
- Temi familiari prevalenti: economici, malattie.