

DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO

Il disturbo ossessivo-compulsivo si inserisce all'interno della categoria dei disturbi d'ansia e presenta delle caratteristiche peculiari, per la presenza sia di *ossessioni* che di *compulsioni*.

Un'ossessione è un pensiero frequente e fastidioso, che genera ansia, poiché vissuto come intrusivo. Bisogna però, differenziare le ossessioni, da un lato, dalle preoccupazioni ansiose, poiché il paziente ne riconosce l'assurdità; dall'altro dal pensiero delirante, poiché esse sono ritenute prodotte dalla propria mente, ma talmente inopportune e fonte di vergogna da dover lottare attivamente per combatterle.

Nel tentativo di “*neutralizzarle*”, allora, intervengono le *compulsioni*, pensieri o azioni programmate e finalizzate ad allontanare tali pensieri, e l'ansia conseguente.

Come avviene in altri disturbi di ansia, tali rituali assumono la funzione di “salvare” dall'ansia generata dalle rimuginazioni ossessive e, soprattutto, dal pericolo concreto che esse rappresentano.

A causa, infatti, del processo cognitivo di “fusione pensiero-azione”, l'individuo crede che il pensiero ossessivo, ad esempio di essere contaminato da una malattia, porti *automaticamente* alla sua realizzazione, *a meno che* egli non metta in atto determinati rituali, es. di pulizia, che allontanino sia l'idea che il pericolo ritenuto reale che essa porta con sé.

Uno degli scopi della terapia è, quindi, proporre al paziente degli esercizi comportamentali che gli facciano sperimentare l'inutilità delle compulsioni nel “neutralizzare” il pericolo, che non si verifica solo perché è realisticamente improbabile l'avverarsi di esso.

Similmente a ciò che si verifica nell'attacco di panico, infatti, le compulsioni, aumentando di numero ed intensità, determinano un deterioramento della qualità della vita, le risorse mentali si concentrano unicamente sull'ora e la modalità di esecuzione dei rituali, le relazioni sociali si diradano, l'umore, non di rado, peggiora in senso depressivo perché ogni nuova compulsione, proprio come ogni nuova ossessione, non fa altro che autoalimentarsi, provocando sempre nuove restrizioni a nuove e migliori occasioni di apprendimento e crescita.

Tramite la tecnica comportamentale dell'*esposizione*, associata alla *prevenzione della risposta*, il paziente viene gradualmente esposto, a partire dalla situazione meno ansiogena, a stimoli sempre più simili al pericolo temuto, ad esempio, in un paziente con l'ossessione per la sporcizia, si fanno toccare diversi oggetti fino a quelli che egli teme di più, con il compito di non mettere mai in atto rituali compulsivi, come lavarsi le mani.

La nuova esperienza “rompe la tradizionale associazione tra oggetto toccato e contaminazione avvenuta”: quando, infatti, il paziente si accorge di non aver contratto alcuna malattia dal semplice contatto con l'oggetto, non crederà più all'utilità delle compulsioni, con notevole beneficio personale.

In tal modo, il paziente impara a tollerare l'ansia per le situazioni un tempo evitate, fino a quando le ossessioni causano meno disagio.

Da un punto di vista cognitivo, la terapia punterà sull'offrire un diverso quadro interpretativo dell'ossessione: l'importanza non è, infatti, tanto sull'ossessione in sé, quanto sulle preoccupazioni che ne derivano.

In sintesi, l'intervento cognitivo si basa sull'idea che le ossessioni possono continuare ad essere presenti per tutta la vita per cui, imparando a distanziarsi cognitivamente ed emotivamente da tali ossessioni, dando loro un diverso significato, esse diminuiscono, fino a perdere, la loro efficacia distruttiva.

A tale scopo gli esercizi comportamentali offrono un'importante aiuto, poiché offrono un importante strumento per falsificare le credenze circa l'ipotetica conseguenza delle ossessioni: per esempio, se il paziente è tormentato dall'idea di poter far del male al proprio bambino, restare a contatto con lui abbastanza a lungo lo aiuta a contrastare l'idea che il solo pensare a questa idea la possa far accadere.