

**FRANCESCA MANGINI,
PAOLA SPERA, ALICE TURRI**

Io non (me ne) lavo le mani!

Vivere con una persona con
il Disturbo Ossessivo Compulsivo

Prefazione di Francesco Mancini
Introduzione e contributo di Angelo Maria Saliani



FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con **Adobe Acrobat Reader**



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile **con Adobe Digital Editions**.

Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.

Self-Help Workbook

Libri attivi ed interattivi. Libri da leggere, meditare e soprattutto da usare come un *workbook*, come un vero e proprio quaderno di esercizi.

Scritti dai maggiori esperti italiani e stranieri, propongono *metodi di autoaiuto* clinicamente efficaci, scientificamente fondati, rigorosi e innovativi. Psicologia, salute e crescita personale: sono questi gli ambiti a cui guardano per proporre strategie e soluzioni concrete ai problemi reali della vita di tutti noi. E a tutti noi, esperti e non, si rivolgono per aiutarci a *cambiare davvero*.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

**FRANCESCA MANCINI,
PAOLA SPERA, ALICE TURRI**

Io non (me ne) lavo le mani!

Vivere con una persona con
il Disturbo Ossessivo Compulsivo

**Prefazione di Francesco Mancini
Introduzione e contributo di Angelo Maria Saliati**

FrancoAngeli

I disegni presenti nelle figure sono di Albano Scevola, per gentile concessione

Copyright © 2023 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Prefazione , di <i>Francesco Mancini</i>	pag. 9
Introduzione , di <i>Angelo Maria Saliati</i>	» 11
Presentazione del libro	» 19
Celeste, Franca e Franco: conosciamo i nostri compagni di viaggio	» 21
Ringraziamenti	» 23
1. Vivere con una persona con il DOC	» 25
1. Il coinvolgimento dei familiari	» 25
2. Il tuo contributo al mantenimento del disturbo	» 28
3. Il tuo contributo alla via d'uscita dal disturbo	» 29
4. Ma Celeste non è un bambino! Posso lo stesso aiutarlo?	» 29
5. Il DOC è come un iceberg	» 30
2. Conoscere il DOC	» 33
1. Cos'è il DOC	» 33
2. Il DOC: e se...?	» 35
... avessi le mani sporche?	» 35
... avessi lasciato acceso il gas?	» 37
... fossi gay?	» 39
... facessi del male al mio bambino?	» 40
... non fosse la persona giusta per me?	» 41

... provocassi la morte dei miei cari?	pag. 42
... avessi investito qualcuno?	» 44
... fossi pedofilo? O peggio...?	» 45
... non fosse DOC?	» 45
3. Paura e ansia nel DOC	» 45
4. La spada di Damocle	» 47
5. Capiamo meglio il DOC	» 48
Il primo processo ricorsivo	» 48
Il secondo processo ricorsivo	» 50
6. Il DOC è come un bullo	» 54
7. Non solo ansia: responsabilità e colpa	» 55
8. Non solo ansia: il disgusto	» 56
3. Lavarsi le mani o non lavarsi le mani? Questo è il problema!	» 57
1. Tu e il DOC	» 57
Prima valutazione, paura e compiacenza	» 57
Seconda valutazione, rabbia e antagonismo	» 58
2. Soluzioni che diventano problemi	» 59
3. Celeste non è un ossessivo: Celeste ha un DOC	» 63
4. Ma allora, che faccio?	» 64
4. Io non (me ne) lavo le mani! , in collaborazione con <i>Angelo Maria Saliani</i>	» 67
1. Soluzioni nuove, riparti da te!	» 67
2. L'ABC	» 67
3. Come cambiare i tuoi "B"	» 74
4. Gli errori di ragionamento	» 75
Pensare in bianco e nero	» 75
Generalizzare	» 75
Filtrare mentalmente la realtà	» 75
Sminuire	» 76
Personalizzare	» 76
Catastrofizzare/minimizzare	» 76

Giudicare in base alle emozioni	pag. 77
Saltare alle conclusioni	» 77
Etichettare	» 77
Pretese disfunzionali	» 77
5. Suggerimenti per correggere i tuoi errori	» 78
6. Gli ostacoli di Franca e Franco	» 79
Ostacolo 1: l'ansia di Celeste aumenterà!	» 79
Ostacolo 2: Celeste si arrabbierà	» 80
Ostacolo 3: non l'ho mai fatto	» 80
L'ostacolo degli ostacoli: non ne sono capace!	» 80
7. Autostima, autoefficacia e assertività	» 81
8. Gli stili comunicativi	» 84
Stile passivo	» 84
Stile aggressivo	» 85
Stile assertivo	» 86
9. Assertività e Disturbo Ossessivo Compulsivo	» 87
10. Come essere assertivi	» 88
Esprimere idee, opinioni, pensieri	» 88
Fare una richiesta	» 89
Rifutare una richiesta	» 89
Fare una critica	» 89
Ricevere una critica	» 90
E quando l'assertività non funziona?	» 90
11. Diritti assertivi	» 91
12. Vecchi problemi, nuove soluzioni: comunicare con il DOC	» 92
Esempio 1: ok, mi lavo le mani	» 93
Esempio 2: neanche per idea mi lavo le mani!	» 94
Esempio 3: io non (me ne) lavo le mani!	» 94
13. Cosa c'è di nuovo?	» 96
E se avessi lasciato acceso il gas?	» 96
E se fossi gay?	» 97
E se facessi del male al mio bambino?	» 98

E se non fosse la persona giusta per me?	pag. 99
E se provocassi la morte dei miei cari?	» 101
E se avessi investito qualcuno?	» 102
14. Coinvolgimento diretto e indiretto	» 103
15. Situazioni di coinvolgimento indiretto	» 104
16. Fronteggiare situazioni di coinvolgimento indiretto	» 106
17. Il contratto	» 107
18. La “proposta di modifica unilaterale di contratto”	» 111
Redigere il contratto unilaterale	» 112
Possibili reazioni di Celeste	» 113
Conclusioni	» 117
Bibliografia	» 119

Prefazione

di Francesco Mancini*

Dalle ricerche epidemiologiche risulta che in Italia, in questo momento, soffre di Disturbo Ossessivo Compulsivo quasi 1 milione di persone e su 1.000 bambini che nascono circa 20-25 lo svilupperanno nell'arco della loro esistenza, nella maggior parte dei casi durante l'adolescenza. Il disturbo spesso implica periodi di importante sofferenza emotiva e può compromettere seriamente la qualità della vita dei pazienti e la loro realizzazione lavorativa e affettiva. Se questo è vero per i pazienti, lo è anche per i loro familiari. Vivere accanto a un paziente ossessivo in molti casi è difficile. Lo è per diverse ragioni. In primo luogo perché è doloroso vedere soffrire un proprio caro, soprattutto se la natura della sua sofferenza appare incomprensibile, irragionevole, esagerata. Non solo è doloroso ma spesso anche fonte di grande preoccupazione. In secondo luogo, i comportamenti che il paziente mette in atto per contrastare i propri timori ossessivi possono complicare notevolmente la vita quotidiana dei familiari. Si pensi, per esempio, cosa possano implicare le compulsioni di lavaggio per le quali il paziente occupa il bagno per molte ore impedendone l'uso agli altri. In terzo luogo, è frequente che il paziente coinvolga i familiari nella sua attività ossessiva, per esempio pretendendo che anche loro si lavino le mani ed evitino di toccare oggetti che ritiene contaminati o che lo aiutino a controllare la chiusura della porta di casa o che ripetano più e più volte le rassicurazioni che lui gli chiede.

* Neuropsichiatra infantile e psicoterapeuta, direttore delle scuole di specializzazione in psicoterapia cognitiva dell'Associazione di Psicologia Cognitiva (APC) e della Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC).

Il dilemma che i familiari si trovano di fronte è tra cedere alle richieste del paziente o rifiutarle e contrastarle. Dilemma di difficilissima soluzione perché entrambe le possibilità possono essere controproducenti, soprattutto se accompagnate da una comprensibile esasperazione.

Ed è proprio per aiutare chi si trova in queste difficoltà che Francesca Mancini, Paola Spera e Alice Turri si sono impegnate per scrivere questo libro basandosi sulla loro importante esperienza clinica e su solide conoscenze scientifiche, in particolare sul modello delle relazioni familiari e del relativo intervento, messo a punto da Angelo Saliari, al quale si deve una bella introduzione. Leggerlo aumenta la capacità di comprendere il vissuto del paziente e le ragioni che lo muovono e consente di avere delle indicazioni pratiche per aiutarlo e per gestire momenti difficili.

Il libro è raccomandato anche agli psicoterapeuti e agli psichiatri che curano pazienti ossessivi e che inevitabilmente hanno a che fare con i loro familiari. Chi cerca risposte chiare e dirette alle difficoltà di vivere con la sofferenza del paziente ossessivo qui può trovarle.

Introduzione

di Angelo Maria Saliani*

Una delle prime domande che il professionista della salute mentale si sente rivolgere dal familiare di un paziente con Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC) è: perché il mio caro, che normalmente è una persona ragionevole, non smette di pensare e di fare quelle cose tanto strane ed esagerate? La seconda domanda è: come mi devo comportare con lui?

La risposta alla prima domanda è cruciale e propedeutica alla seconda: se non si capisce la logica che determina i sintomi ossessivo-compulsivi diventa difficile contrastarli in modo efficace.

La letteratura scientifica che si occupa del coinvolgimento dei familiari nella sintomatologia del DOC ha concentrato da decenni la propria attenzione sugli atteggiamenti disfunzionali con cui i congiunti rispondono ai sintomi dei propri cari. Sono due i comportamenti principali descritti: l'*accommodation* e l'antagonismo (Calvocoressi *et al.*, 1995). Il primo riguarda le condotte accondiscendenti con le quali ci si adatta ai sintomi del paziente, tollerandoli o aiutando e sostituendosi a lui nella loro esecuzione. L'antagonismo riguarda le condotte che si oppongono più o meno aggressivamente alla messa in atto dei sintomi. Entrambe le strategie evidentemente non funzionano: la prima lascia campo libero al disturbo, mantenendolo; la seconda inasprisce il clima familiare finendo per alimentare i vissuti di rabbia e colpa del paziente e indirettamente i sintomi stessi. Sulla base di queste osservazioni, il familiare viene aiu-

* Psicologo e psicoterapeuta, docente e didatta delle scuole di specializzazione in psicoterapia cognitiva dell'Associazione di Psicologia Cognitiva (APC) e della Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC).

tato ad adottare condotte più funzionali (Albert, Baffa e Maina, 2017). Riguardo alla spiegazione del disturbo, solitamente viene proposta una psicoeducazione che, in base all'orientamento del clinico, sottolinea più o meno il ruolo che genetica – e più in generale i fattori biologici –, apprendimento ed eccessivo senso di responsabilità hanno nello sviluppo del disturbo. La psicoeducazione spesso precede l'addestramento del familiare ai principi dell'esposizione con prevenzione della risposta (ERP), considerata universalmente la tecnica elettiva nel trattamento psicologico del DOC (Ferrando e Selai, 2021). Il familiare viene, in estrema sintesi, informato su cos'è il disturbo, aiutato a riconoscere le condotte disfunzionali (proprie e del paziente) che lo mantengono e a sostituirle con altre più funzionali.

Non sempre viene invece proposta e condivisa una formulazione personalizzata del profilo interno del problema, ossia basata sui vissuti che “obbligano” il paziente a occuparsi di certi pensieri e sensazioni e a “risolverli” con evitamenti e rituali, o una che illumini sui pensieri che portano il familiare ad assecondare i sintomi o a criticare il paziente. Eppure è un aspetto cruciale del problema: proviamo perciò a entrare nel merito di questi pensieri.

Il DOC è un problema di coscienza: il paziente ossessivo è una persona che teme la colpa. In particolare, egli teme di violare regole e principi per lui inderogabili e di sentirsi moralmente indegno. Questo sentimento è noto in letteratura con il nome di senso di colpa deontologico (Mancini, 2016). La catastrofe temuta dall'ossessivo non è quindi l'evento in sé (la fuga di gas, il contagio, il danno o altro), ma la sensazione penosa di non aver fatto quanto in proprio potere per prevenirlo o porvi rimedio. In altre parole: l'errore, il danno procurato o non prevenuto, il contagio o qualsiasi altro scenario specifico diventano intollerabili solo se percepiti come effetto di una propria negligenza. Se invece sono percepiti come effetto di cause indipendenti dalla propria responsabilità spaventano molto meno. Da notare che questo senso esagerato di responsabilità non significa necessariamente credere di avere il potere concreto di prevenire o porre rimedio agli scenari indesiderabili (le persone con DOC non si sentono onnipotenti, tutt'altro), ma piuttosto credere di avere il dovere stringente di provarci, metterci impegno, occuparsene. Per dirla con un'espressione più diretta e comune: il DOC nasce dal divieto percepito di “infischinarsene”. Il paziente non

può quindi fare a meno di pensare a ciò che lo angoscia non perché gli manchi la possibilità di disinteressarsene, ma perché non si sente moralmente autorizzato a farlo.

Se poi il proprio impegno porta o non porta a un esito oggettivamente desiderabile, per sé o per gli altri, è in qualche modo secondario perché il cruccio più profondo dell'ossessivo non è il risultato oggettivo dell'impegno, ma l'impegno in sé. Un breve esempio clinico aiuterà a comprendere meglio questa caratteristica fondamentale della mente ossessiva: Paolo guidava con estrema prudenza per il timore di causare incidenti. Quando il terapeuta gli fece notare che l'eccessiva prudenza non garantiva la sicurezza e che anzi rendeva la sua guida innaturale e forse persino pericolosa, Paolo rispose, senza esitazioni, che se avesse causato incidenti per propria negligenza non se lo sarebbe mai perdonato, ma che se avesse causato un incidente nonostante la propria prudenza estrema, pur dispiaciuto, non avrebbe avuto difficoltà ad accettarlo. A quel punto, non senza sorpresa, apparve chiaro anche a Paolo che il suo cruccio più grande non era dato tanto dagli incidenti quanto dal timore di percepirsi colpevole di una violazione.

La sequenza delle azioni e degli stati d'animo di una mente ossessiva segue uno schema ricorsivo comune a tutti i pazienti con DOC: supponiamo che il sintomo principale riguardi il timore di offendere qualcuno (ma potrebbe riguardare qualsiasi altro scenario tipico come la contaminazione, le fughe di gas, le asimmetrie e il disordine, un dubbio sui propri sentimenti o un pensiero proibito). C'è solitamente un evento, anche banale, che innesca il circuito ossessivo-compulsivo: per esempio, l'aver incontrato il vicino in ascensore e scambiato alcune battute di circostanza. All'evento segue una prima valutazione rapida e ansiogena: per esempio, il pensiero, l'ipotesi dolorosa di avere inadvertitamente fatto una battuta infelice e maleducata, una gaffe. A tale pensiero seguono vari tentativi di soluzione volti a rassicurarsi rispetto allo scenario temuto: per esempio, ripensare a ogni parola detta e a ogni espressione del vicino con la speranza di non scorgervi segni di disappunto, oppure fare in modo di incontrare nuovamente il vicino per verificare se non sia più freddo del solito, o chiedere a un familiare di fare al proprio posto la stessa verifica. I tentativi raramente ottengono l'esito sperato, anzi solitamente rafforzano il pensiero ansiogeno portando alla mente particolari prima ignorati (per esempio, un saluto frettoloso del

vicino o un'espressione seria del suo viso). Sfortunatamente, il tormento interiore del paziente non finisce lì perché a quel punto inizierà a valutare in modo molto critico la propria condizione incolpandosi di fare "cose da matto", di sprecare tempo stupidamente, di rovinare la vita a sé e ai propri cari. Il guaio è che tale giudizio causerà il ricorso urgente a nuove operazioni per scacciare via ogni cruccio e uscire dal vortice del DOC (per esempio, il paziente si imporrà di non pensarci o farà un ultimo controllo più accurato e definitivo) rinnovando, contrariamente a quanto voluto, il circolo vizioso fatto di ricerca sterile di soluzioni e autocritica. Ricapitolando, la sequenza circolare del DOC è attivata da un evento che diventa spunto o oggetto di prime valutazioni scrupolose relative a una propria possibile colpa; a esse seguono primi tentativi ripetuti e infruttuosi di rassicurazione; questi diventano motivo di una forte auto-accusa per la condizione esistenziale nella quale si è precipitati; e infine, l'autocritica porta a nuovi tentativi di soluzione che peggiorano le cose. In pratica: si prova a scacciare i sintomi con azioni che diventano, senza volerlo, nuovi sintomi. A quel punto la trappola del DOC è completa ed è in grado di alimentarsi virtualmente all'infinito.

E i familiari? I familiari normalmente ignorano la vera natura della trappola in cui il proprio caro è caduto. Pensano cioè che il problema si limiti alla paura del contagio o del gas o più in generale a ciò di cui il paziente si mostra preoccupato e fanno ciò che chiunque farebbe al posto loro: provano a rassicurarlo. Possono farlo in modi molto diversi, senza argomentare granché o, al contrario, ragionando a lungo per convincerlo dell'assenza di pericoli, mentendo a fin di bene o assecondandolo scrupolosamente o suggerendogli qualche stratagemma per aggirare il pericolo e contenere il rischio. A ben guardare, fanno cose non troppo dissimili da quelle che il paziente fa o ha già fatto da solo per rassicurarsi. Anche il paziente si è detto a un certo punto che è tutto ok, che la propria paura è esagerata e che può stare tranquillo, anche lui ha ragionato a lungo per convincersi dell'assenza di pericoli e di aver fatto quel che andava fatto, anche lui ha cercato soluzioni spesso ingegnose per evitare o prevenire gli scenari temuti, e nulla ha funzionato. Il familiare si scontrerà contro le stesse difficoltà che il DOC oppone al paziente, scivolando pian piano nelle stesse trappole. Perché? Per rispondere abbiamo bisogno di capire cosa pensa il paziente di questi aiuti e come reagisce. Se la rassicurazione è superficiale la

valuterà insufficiente, si sentirà incompreso e insisterà con le proprie argomentazioni e le proprie richieste ossessive. Se il tentativo è fatto con un piccolo inganno a fin di bene (per esempio, si mente al paziente dicendogli di non avere toccato il denaro da lui considerato sporco e contagioso, quando in realtà lo si è toccato) il paziente scoprirà in molti casi la bugia, si sentirà raggirato, proverà rabbia e non si sentirà affatto rassicurato. Se si ragiona a lungo con lui provando a dimostrargli che i pericoli da lui temuti non esistono o sono trascurabili, risponderà argomentando e sostenendo in modo tutt'altro che irrazionale che invece i pericoli temuti in qualche misura esistono, forse non sono altamente probabili, ma sono possibili e gravi e la sua idea ossessiva ne uscirà rafforzata. Se invece si assecondano i suoi sintomi e le sue richieste, il paziente si sentirà sulle prime sollevato, ma sarà mantenuto il disturbo. Se, infine, si suggeriscono nuovi stratagemmi per aggirare i timori, il paziente li valuterà attentamente e se li riterrà validi li aggiungerà o li sostituirà alle vecchie soluzioni ampliando il proprio repertorio di evitamenti e compulsioni. Come nel caso dei circoli viziosi individuali, anche i tentativi di soluzione interpersonali (quelli proposti dai familiari) non si limitano a mantenere l'ansia, ma preparano il terreno a nuove spirali viziose. Vediamo come: il fallimento sistematico dei tentativi di aiuto porta il familiare a fare diverse considerazioni. Per esempio, egli può pensare che il proprio caro abbia perso il senno e non sia più in grado di ragionare, o, peggio, che per qualche strano capriccio *non voglia ragionare* e *non voglia guarire*, o che sia solo testardo e se ne infischi degli altri. Le emozioni provate saranno altrettanto diverse e coerenti con le valutazioni in corso: angoscia e pena per la condizione del congiunto, frustrazione e colpa per l'incapacità di aiutarlo, o, viceversa, rabbia e disprezzo per la sua ostinazione. Tali stati mentali causeranno a loro volta nuove reazioni verso il congiunto: prevalentemente, espressioni di biasimo o appelli alla sua buona volontà, due modi molto diversi (uno critico, l'altro supplichevole) ma simili nell'effetto, volontariamente o involontariamente, colpevolizzante. Si passerà cioè da una sequenza tipica di tentativi ingenui di risolvere il problema al giudizio negativo sulla persona per la sua incapacità o scarsa volontà di usare al meglio l'aiuto ricevuto. Il paziente, sentendosi criticato da un familiare esasperato e rabbioso o, viceversa, implorato da un familiare sfinito e addolorato, rafforzerà il proprio convincimento di essere causa del pro-

prio e dall'altrui male, si sentirà in colpa e avvertirà come ancora più urgente la ricerca di rassicurazioni definitive (esattamente come accade quando, in solitudine, passa dal fallimento sistematico dei tentativi di auto-rassicurazione all'autocritica e dall'autocritica a nuovi tentativi di soluzione).

Guardando l'intero processo dall'alto, è possibile riconoscere un unico grande ciclo della colpa simile nell'aspetto e nei contenuti a quello compiuto dal paziente nel dialogo con se stesso: si parte sempre dalla necessità di scongiurare una colpa, per farlo si mettono in atto vari tentativi di soluzione (a cui si aggiungono quelli dei familiari), ci si rimprovera (o si è rimproverati) perché si rovina la vita a sé e agli altri con tentativi di soluzione che non funzionano, si ricomincia con nuovi tentativi di soluzione per rimediare a questa *colpa*.

Alla luce di queste osservazioni è lecito affermare che i concetti di *accommodation* e antagonismo non esauriscono l'ampio ventaglio di reazioni dei familiari ai sintomi del proprio caro. Alcune reazioni interpersonali tipiche sono cioè difficilmente collocabili lungo il *continuum accommodation/antagonismo* perché, come descritto sopra, sono qualitativamente diverse dalla semplice accondiscendenza o contrapposizione al sintomo e, piuttosto, chiamano in causa dimensioni che riguardano il come si asseconda o si contrasta. Si può contrastare un sintomo in modo rabbioso e minaccioso oppure in modo estremamente gentile, facendo leva sull'imposizione o sulla persuasione, sull'astuzia o sulla franchezza, sull'affetto o sull'autorità. E d'altro canto, si può assecondare il sintomo senza battere ciglio o imprecando, rimproverando o piangendo, con compassione o tenendo il muso. Se consento a un mio caro l'esecuzione di un sintomo dandogli del matto, sto accondiscendendo o mi sto opponendo o entrambe le cose? E se lo imploro amorevolmente di non fare rituali, senza però impedirglielo? E se provo a ragionare a lungo con lui per convincerlo dell'assenza di pericoli di contagio (o fughe di gas o altro)?

In estrema sintesi, il familiare può opporsi o assecondare un sintomo in modi molto diversi e talvolta il modo in cui lo fa può avere un impatto psicologico non meno importante dell'*accommodation* e della contrapposizione in sé. Se questo è vero allora la dimensione *accommodation/antagonismo*, riferita alla mera arrendevolezza/opposizione al sintomo (più che alla persona), dovrebbe sempre incrociare altre dimensioni che

diano conto di come si accomoda e come ci si oppone al DOC. Per esempio, si potrebbe fare riferimento all'alta/bassa emotività espressa e all'alto/basso criticismo delle reazioni del familiare, in modo che queste possano essere descritte non solo come più o meno accomodanti rispetto al sintomo, ma anche come più o meno intense emotivamente e più o meno critiche nei confronti della persona. In un mondo ideale avremmo da un lato atteggiamenti virtuosi di opposizione assertiva al sintomo ma gentili, non giudicanti ed emotivamente equilibrati, dall'altro atteggiamenti disfunzionali di assoggettamento al sintomo carichi di critica e alta emotività espressa. In un mondo reale, chi vive accanto a una persona con DOC cerca e prova soluzioni pratiche diverse per adattarsi ai sintomi imposti dal disturbo e lo fa con atteggiamenti relazionali diversi dettati dal proprio temperamento e dallo stato mentale del momento, mescolando o alternando accondiscendenza e contrapposizione, gentilezza e critica, calma e toni troppo alti. Il risultato è in ogni caso che tutti i tentativi sembrano infrangersi contro un muro invalicabile.

Ora, posto che non c'è nulla di illogico – eccessivo spesso sì, ma illogico no – nei pensieri che angosciano il paziente e nulla di sbagliato nel proposito di rassicurarlo, dov'è l'errore? Evidentemente, nelle soluzioni adottate e nel rimprovero. Il paziente e i familiari credono di non avere altra scelta se non quella di rassicurarsi rispetto allo scenario temuto. Temo di avere offeso qualcuno? Devo assolutamente accertarmi di non averlo fatto o impegnarmi con tutto me stesso per capirlo ed eventualmente porvi rimedio. Temo di potermi contagiare? Devo assolutamente accertarmi o fare tutto il possibile perché non accada. Temo una fuga di gas? Devo fare il massimo per accertarmi che il rubinetto sia chiuso e non difettoso. Temo che la mia mente sia attraversata da un pensiero blasfemo? Devo accertarmi che non accada e se accade devo cancellarlo dalla mente e fare in modo che non capiti più. Ma ora sappiamo che la mente ossessiva non si accontenta di una comune rassicurazione, la rassicurazione deve essere assoluta, certa, e sappiamo anche che quello che faremo per ottenerla innescherà spirali viziose che la allontaneranno sempre di più. La lotta contro il timore ossessivo renderà il DOC più forte. Se questo è vero significa che la soluzione è da un'altra parte, fuori dalla logica ossessiva. La soluzione è tollerare rassicurazioni parziali e accettare quote ragionevoli di colpa. Concretamente: temo di avere offeso qualcuno? Accetto il rischio (magari basso)

che possa essere capitato. In secondo luogo, non rimproverare e non rimproverarsi per la propria condizione: si è finiti in una trappola, si è vittime non carnefici. Per accettare (e fare accettare) quote ragionevoli di colpa, prima degli esercizi di esposizione e prevenzione della risposta, si deve togliere potere alla voce critica che alberga in ogni paziente ossessivo e talvolta anche nel suo familiare: imparare a ignorarla, lasciarla parlare senza darle retta. La mente del paziente ossessivo è dominata da un dialogo interno fatto di avvertimenti, minacce, moniti e rimproveri: «Se non stai attento causerai disastri!», «Hai fatto un casino!» o «Sei imperdonabile!» ecc. È un dialogo solitamente vissuto come terribilmente serio che porta a soluzioni disfunzionali (rituali ed evitamenti) nate allo scopo di allontanare autoaccuse e rimproveri. Ma se questi rimproveri fossero finalmente visti come opinabili, poco utili, dannosi e, soprattutto, moralmente illegittimi, l'urgenza di mettere in atto azioni compulsive per prevenirli verrebbe meno o si ridurrebbe sensibilmente. Il paziente e il familiare non devono sentirsi soli contro la voce critica del DOC, ma allearsi contro di essa e imparare a non darle ascolto. Se infatti è vero che un pensiero intrusivo, per definizione, non può essere eliminato, può però essere ignorato. Qui si vince la battaglia contro il DOC.

Questo libro aiuta il familiare con semplici spiegazioni, metafore, esercizi e suggerimenti pratici a riconoscere le voci critiche proprie e del paziente e a contrastarle efficacemente.

Presentazione del libro

Solo tu puoi sapere quanto possa essere straziante osservare qualcuno che ami perdersi nella desolazione di un disturbo grave come il DOC senza sapere come poterlo aiutare, cosa potergli dire, cosa poter fare. Solo tu puoi sapere quanta frustrazione e quanta ansia possano nascondersi nel sentirsi impotenti mentre si osserva il proprio partner spegnersi giorno dopo giorno. Solo tu puoi conoscere lo smarrimento del rendersi conto del fatto che le soluzioni che stai mettendo in atto non solo non funzionano, ma peggiorano la situazione.

Questo libro nasce con lo scopo di dare delle **risposte** ai tuoi interrogativi, e di fornire, a te e a tutte le persone che come te combattono questa battaglia, degli **strumenti** utili ed efficaci.

Il DOC è un **nemico** subdolo e invisibile, e per sconfiggerlo è necessario che tu faccia **squadra** contro di lui insieme a chi ne soffre. Questo libro ti aiuterà in questo.

Molti libri sono stati scritti, soprattutto negli ultimi anni, per aiutare le persone che soffrono di DOC a uscire da questo disturbo, con o senza il supporto di una psicoterapia. Solo da poco tempo, invece, si è cominciato a interessarsi degli aspetti legati al **contesto familiare e amicale** di queste persone. I familiari e gli amici non solo possono comprendere meglio la malattia che hanno di fronte, ma possono divenire essi stessi un prezioso alleato, una fondamentale risorsa per ridurre l'impatto del disturbo nella vita di chi ne soffre e di tutta la sua famiglia.

Il primo passo da fare è accettare l'esistenza del disturbo stesso. Questo passaggio sembra ovvio, ma non lo è affatto: la **patologia mentale** viene vissuta ancora come uno **stigma**, come una patologia di serie B rispetto a quella fisica.