

Tazio Carlevaro

# *Il Disturbo ossessivo- compulsivo*

*Che cos'è e come si cura*

*Informazioni per i pazienti e per i loro familiari  
e per i terapeuti interessati al tema*

Con un contributo di Liliane Mornaghini



Hans Dubois

Bellinzona  
2004

Dr med. Tazio Carlevaro: *Il disturbo ossessivo-compulsivo. Che cos'è e come si cura. Informazioni per i pazienti e per i loro familiari, e per i terapeuti interessati.* Hans Dubois, Bellinzona, 5-a edizione 2004. (1: 2000; 5: 2004),

© Editore Hans Dubois  
Viale G. Motta 32  
CH-6500 Bellinzona  
Svizzera  
[tcarlevaro@bluewin.ch](mailto:tcarlevaro@bluewin.ch)

Prima edizione: 2000  
Quinta edizione totalmente rifusa: 2004

ISBN: 978-88-87282-10-2



Hans Dubois

Non commercial publication and distribution  
Pubblicazione e distribuzione non commerciali

Scaricabile gratuitamente da:

[www.taziocarlevaro.ch](http://www.taziocarlevaro.ch)

# Indice del contenuto

<b>INDICE DEL CONTENUTO.....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>1</b>
<b>«PUÒ CAPITARE A CHIUNQUE» .....</b>	<b>3</b>
<b>LE OSSESSIONI E LE COMPULSIONI.....</b>	<b>4</b>
LE OSSESSIONI.....	4
LE COMPULSIONI .....	10
L'EVITAMENTO .....	17
IL CONTROLLO «TOTALE».....	17
ASPETTI DEL “PENSIERO OSSESSIVO”.....	18
<b>ASPETTI DEL DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO.....</b>	<b>21</b>
TRE DOMANDE DA PORRE A TUTTI PAZIENTI .....	21
L'OSSESSIVO AGIRÀ LE SUE OSSESSIONI? .....	22
IL MODELLO DELL' «INQUILINO».....	24
LA STORIA DI MARCO.....	26
<b>IL DOC E GLI ALTRI DISTURBI .....</b>	<b>27</b>
LA PRESENZA NELLA POPOLAZIONE (EPIDEMIOLOGIA) .....	27
IL DOC NEI BAMBINI E NEGLI ADOLESCENTI .....	28
IL DECORSO DEL DOC: OSSIA COME SI SVILUPPA .....	31
LE CAUSE DEL DOC: OSSIA L'EZIOLOGIA .....	33
COME PUÒ FINIRE IL DOC, OSSIA LA PROGNOSI.....	36
CON QUALI DISTURBI SI ACCOMPAGNA, OSSIA LA <i>COMORBILITÀ</i> .....	38
COME SI ACQUISISCE IL DOC: OSSIA LA PATOGENESI.....	40
LA BIOLOGIA DEL DOC E LA TERAPIA FARMACOLOGICA.....	45
L'ELETTROSTIMOLAZIONE CONTRO IL DOC.....	52
LA TERAPIA PSICOLOGICA .....	53
<b>I RACCONTI SAPIENZIALI APPLICABILI AL DOC .....</b>	<b>61</b>
<b>ALCUNI ASPETTI SCIENTIFICI ATTUALI .....</b>	<b>62</b>
ALCUNE DEFINIZIONI DEI TERMINI «OSSESSIONE» E «COMPULSIONE» .....	62
DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL (DSM5).....	63
INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES (ICD-11) .....	65
DIFFERENZE TRA ICD E DSM .....	67
ESISTONO OSSESSIONI E COMPULSIONI «NORMALI»?.....	69
<i>Le ossessioni «normali».....</i>	<i>69</i>
<i>Le ossessioni «sperimentali» .....</i>	<i>69</i>
<i>Il DOC animale Anche gli animali soffrono di DOC. Non so se esiste una terapia psicologica per alleviarne la sofferenza, ma la cura farmacologica è molto simile a quella umana.....</i>	<i>72</i>

<b>STORIA DEL DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO .....</b>	<b>73</b>
ETIMOLOGIA.....	73
LA MEDICINA GRECO-LATINA.....	73
LA MORALISTICA CRISTIANA MEDIEVALE.....	75
DA ESQUIROL A MOREL .....	76
PIERRE JANET (1859-1947).....	77
SIGMUND FREUD (1856-1939) .....	82
I MODELLI DEL COMPORTAMENTISMO CLASSICO .....	83
LA COSIDDETTA «RIVOLUZIONE COGNITIVA».....	85
<i>Salkovskis (1985) ed Emmelkamp</i> .....	85
I MODELLI NEUROBIOLOGICI.....	87
IL MODELLO INTEGRATIVO DI J.A. GRAY .....	88
<b>LA PERSONALITÀ «OSSESSIVA».....</b>	<b>90</b>
<b>ASI-ADOC .....</b>	<b>91</b>
<b>LETTURE CONSIGLIATE.....</b>	<b>92</b>

# Introduzione

Ancora un libro sui Disturbi ossessivi e compulsivi? Eppure, tutti sanno che sono disturbi assai rari, che colpiscono solo poche persone... È difficile trovare qualcuno che ammetta di soffrirne. È difficile, anche, trovare un terapeuta che ammetta di *non* capircene molto. Per questa ragione, il DOC ha fama di incurabilità. Perché è davvero incurabile, oppure perché i terapeuti non ne conoscono la logica, ossia la consistenza interna?

Il Disturbo ossessivo e compulsivo (DOC, oppure OCD: *Obsessive Compulsive Disorder*) un tempo si chiamava *Neurosi ossessiva*, o *Neurosi fobico-ossessiva*. È un disturbo assai diffuso, che gode di una brutta fama: di essere ben poco curabile. Il pubblico, poi lo considera una vera e propria bizzarria.

Questo libretto è uno dei tanti che si sono pubblicati su questo tema. Intendevamo diffondere alcune informazioni importanti per chi soffre di DOC, e per i loro familiari. Chi soffre di DOC va di solito in cura per disperazione. In realtà, è possibile curarlo molto prima, con buoni successi. Ma chi si vuole curare, deve anche pretendere di essere curato con metodi efficaci, non con metodi inefficienti.

Chi conosce la natura del DOC si rende conto presto che è bensì tenace, ma non invincibile. Richiede però che anche il paziente, e la sua famiglia, ci mettano, come si dice, “del proprio”.

*In quest'opuscolo troverete dunque una descrizione del Disturbo ossessivo e compulsivo. Non intendiamo, invece, proporre un ausilio terapeutico. Il DOC è descritto nei repertori e nei manuali. Purtroppo, se ne sente parlare poco, per quanto, negli ultimi anni, giornali, radio e*

TV propongano sempre più frequentemente argomenti riguardanti la psicologia e la psichiatria.

Avrete sentito parlare della *schizofrenia*, ossia di una malattia dall'aura minacciosa e misteriosa. Ultimamente si sente e si legge parecchio a proposito della *depressione*. È un progresso che i *mass media* si occupino di simili tematiche d'interesse generale.

In tal modo, per sua fortuna, e per quella dei suoi famigliari, il malato depressivo sa di non essere solo. Ha magari seguito la testimonianza di personaggi famosi, quali il giornalista Indro Montanelli, la cantante Milva, e l'attrice Sandra Mondaini, che hanno sofferto di depressioni. Si legge di gruppi d'auto-aiuto (ossia di sostegno reciproco), in cui i malati prendono loro stessi in mano il loro destino, confrontandosi con altri depressi. Cercano di capire, di imparare, e soprattutto di avere un ruolo attivo nella terapia, per rendere più facile l'uscita dalla loro disagevole condizione.

Del DOC, invece, si sente poco. Spesso viene confuso con altri disturbi, come il *Disturbo di personalità anancastico*, di cui parleremo in seguito, e con situazioni

di sofferenza, comportanti vissuti e comportamenti a volte simili al DOC, come i Disturbi d'ansia, gli Episodi depressivi, l'ipocondria, e il Disturbo d'ansia generalizzata. Questi però non sono disturbi DOC; sono, quindi, da affrontare in un altro modo. Molti fenomeni psicologici assomigliano alle ossessioni, ma non lo sono: p.es. le ruminazioni depressive, e le ruminazioni in caso di Disturbo d'ansia generalizzato.

È vero che specialmente i depressi possono sviluppare anche un DOC. È anche vero che una depressione può essere una delle conseguenze di un DOC che evolve da troppi anni. Ma non si devono confondere.

Molti pazienti si rifiutano di parlare dei loro disturbi, e di affrontarli, per pudore. Sono *orgogliosi*: ne riconoscono bensì l'insensatezza, ma lo vorrebbero vincere con le loro stesse risorse. Lo vivono come una sfida. È un atteggiamento molto sano, ma l'esperienza insegna che un accompagnamento competente è indispensabile.

Altri temono i *pregiudizi popolari* che colpiscono coloro i quali soffrono d'un disturbo psichiatrico. Di solito, una affezione che non si può curare, e che appare un po' "strana", viene tenuta nascosta, come se fosse una colpa, o una vergogna.

Si isolano sempre di più, evitando le situazioni in cui il DOC li può mettere in difficoltà.

Poi c'è la maggioranza. Coloro che *non sanno* che si può curare, mal consigliati da familiari o medici poco informati.

Altri ancora non vogliono affrontare la cura per ragioni inerenti alla natura del DOC. I «sintomi» della malattia, come vedremo, ingenerano una comprensibile ansia, nella maggioranza delle persone che ne soffrono. Ora, curarsi vuol dire affrontarli. Ma una delle strategie che chi soffre di DOC utilizza, è di evitare tutto quello che potrebbe provocare uno stato di paura. La terapia diventa dunque un evento da evitare.

Ci auguriamo anche che in alcuni di quei rari psicoterapeuti che ci stanno leggendo trovino interesse in questo campo particolare, e approfondiscano la loro conoscenza delle caratteristiche di questo disturbo. I loro pazienti ne godranno i frutti.

Questo libro comincia con un questionario. Seguitene le indicazioni: può servire a chiunque si ponga delle domande sul DOC, non è necessario essere medici o psicologi, visto che non richiede speciali conoscenze. In cambio, dà indicazioni affidabili sui problemi che la persona afflitta dal DOC sta affrontando.

# «Può capitare a chiunque»

*Facciamo una prova. Ecco qualche domanda. Forse può riconoscersi in alcune di queste incertezze, in alcuni di questi dubbi. O vi si può riconoscere qualcuno che Lei conosce magari da vicino.*

## Questionario utile per riconoscere un disturbo ossessivo-compulsivo

### A) Risponda a queste domande:

1) **Ha delle paure eccessive?** Sì  No

◆ d'essere sporcato, o di sporcare altri? Sì  No

◆ di fare un qualche errore? Sì  No

◆ di fare qualcosa di scandaloso? Sì  No

2) **Si sente obbligato**

◆ a lavar(si) più del normale? Sì  No

◆ a verificare più del normale? Sì  No

◆ a rimettere in ordine più del normale? Sì  No

◆ a dirsi frasette stereotipe, in determinate circostanze? Sì  No

◆ a contare e ricontare? Sì  No

◆ ad essere lento in un modo ingiustificato? Sì  No

B) **Questo disturbo le provoca una perdita di tempo reale di almeno un'ora al giorno e/o una sofferenza obiettiva?** Sì  No

*Se ha risposto*

“Sì” almeno una volta al gruppo di domande (A) Sì  No

e “sì” alla domanda (B) Sì  No

***allora sarà utile consultare uno specialista, perché probabilmente ha a che fare con un disturbo ossessivo e compulsivo !***

(Da: Alain Sauteraud, Paris, 2000, pag. 96. La traduzione italiana è apparsa presso l'Editore TEA, Milano, 2004).

# Le ossessioni e le compulsioni

*Ossessioni e compulsioni...* ne parlano i libri, i giornali, le mettono in scena i film. Ma come spesso succede, dietro non ci sono informazioni valide, ma confusione e , si tratta di C'è un dubbio che ci prende: magari, la voce popolare confonde definizioni e problemi. Anche chi soffre d'ossessioni e compulsioni non sempre è in chiaro su questi tipici fenomeni. «Tipici», ma anche generatori di sofferenza.

Quattro sono i punti centrali. Le **ossessioni**, che sono dei pensieri o delle immagini mentali. Le **compulsioni**, che sono azioni (rituali) o pensieri. L'**evitamento** delle situazioni che la persona teme possano generare situazioni di ansia. Ne deriva un comportamento che mira al **controllo totale** su quanto succede fuori e dentro di sé.

## Le ossessioni

Il DOC è caratterizzato da *ossessioni* (si tratta di pensieri o di rappresentazioni mentali), e da *compulsioni* (impulsi motori e verbali, o riguardanti parole o frasi) di vario contenuto.

Le ossessioni e le compulsioni hanno un *carattere invasivo, persistente e intrusivo*. Non corrispondono alla visione etica della persona (sono «egodistoniche», termina che indica che il soggetto le trova estranee al suo modo di essere e di pensare).

Sono invasive: tendono ad invadere la consapevolezza dell'individuo, privandolo *apparentemente*<sup>1</sup> della sua libertà di scegliere come agire. È un disturbo che peggiora negli anni, e che influisce negativamente sulle relazioni sociali, familiari e lavorative del

soggetto, che sperimenta così una rapida diminuzione del suo benessere psicofisico.

Certe persone mostrano molte ossessioni, e solo pochi gesti o pensieri di «neutraleizzazione» dell'ansia (questa è la funzione delle *compulsioni*). Altre hanno piuttosto compulsioni, e le ossessioni sembrano meno evidenti. La maggior parte di questi pazienti soffre però sia di ossessioni che di compulsioni.

Le *ossessioni* sono, dunque, rappresentazioni mentali (parole, numeri, frasi, immagini mentali di situazioni o di gesti, dei *flash* plurisensoriali) che si presentano *intrusivamente* all'attenzione del soggetto. Sono rappresentazioni che non approva, ne ha paura, ma non riesce a

<sup>1</sup> «Apparentemente», perché questo è il sentimento del paziente DOC. In realtà, la terapia serve proprio a *rivelare* dov'è ancora intatto il margine

di libertà del soggetto, e renderlo efficace, come è nel desiderio della persona afflitta da un DOC.

mandarle via. Se insiste, queste rappresentazioni tendono a presentarsi con maggiori frequenza ed intensità. Si formerà una *paura della paura*, ossia la paura di trovarsi in panico di fronte alle ossessioni.

Perché il loro contenuto è strano, ributtante, pericoloso, o insensato, e contrasta decisamente con il senso etico del soggetto. Il soggetto teme che possa succedere un danno, una catastrofe, una sventura futura, per avere commesso (inconsapevolmente) qualcosa di inaccettabile, oppure per avere tralasciato di fare qualcosa che avrebbe potuto fare.

Fondamentale è dunque il *dubbio*, nel pensiero dell'ossessivo. «L'ho magari fatto senza rendermi conto?» «Ho mancato a qualcosa? Non ho visto, non mi sono reso conto di qualcosa che avevo sott'occhio?» Ora, questo non è un dubbio «normale», ossia scientifico. È un *dubbio emotivo*, che nasconde, in realtà, il timore che possa tramutarsi in una certezza, al di là della volontà del soggetto. Il quale si carica di una colpa, o si macchia di una vergogna, al di là delle sue reali responsabilità.

*Per liberarsi dall'ansia*, il soggetto deve compiere un'azione (fisica o mentale) che si chiama *compulsione*, di cui parleremo in seguito. La compulsione è dunque un gesto, fisico o mentale: una parola, un pensiero, una rappresentazione mentale. La compulsione spesso si dimostra sempre meno efficace, e quindi è ripetuta per essere «più efficace». Che si tratti di parole, che si tratti di gesti (rituali), le compulsioni hanno spesso qualcosa di strampalato, o di inadeguato. Si chiamano anche «rituali», perché possono costituire catene di gesti, parole, pensieri, complesse e prolungate. A volte le compulsioni costituiscono una ridda di pensieri, un

lavorio mentale continuo e disturbante («ruminazioni ossessive»). Questi fenomeni psichici e fisici riducono gli spazi di libertà del paziente: infatti, ne diminuiscono il tempo a disposizione, e lo rallentano nelle azioni e nel pensiero. È una situazione senza uscita, che a volte provoca grande stanchezza, e magari anche uno stato depressivo, per via della tensione cronica cui sono sottoposti.

A noi tutti, soprattutto se siamo stanchi, capita che un contenuto mentale, ossia un pensiero, un ricordo, una fantasia si fissino nella nostra mente, e che non se ne vogliano andare. Ma la loro permanenza, di solito, non si impone per ore, per giorni e per mesi, minacciosamente, come accade invece nel contesto della malattia ossessiva (DOC). Anche noi abbiamo dubbi, incertezze, o pensieri aggressivi. Ma stanno quell'attimo, e poi ci lasciano.

***Le ossessioni appartengono a sei gruppi principali.***

### ***1. Le ossessioni di contaminazione***

Si tratta del dubbio di poter infettare, sporcare, avvelenare persone innocenti (i nostri familiari, i nostri vicini, noi stessi) con qualche germe o qualche veleno, con cui siamo venuti in contatto inconsapevolmente, nella nostra vita quotidiana, e che «diffondiamo» muovendoci. Se poi li portiamo in casa, ci possono invadere la casa, oppure passare ad altri attraverso le tubature. Aspetto spesso caratteristico di questa ossessione è la paura di diffondere una contaminazione *specificata* (AIDS, o diserbanti). Il contaminante non perde mai di virulenza, per quanto si diluisca. *Un batterio basta, una molecola di veleno è sufficiente*. Sempre efficaci, la diluizione ed il tempo non contano. L'impianto morale dell'ossessivo non gli permette di sentirsi colpevole di qualcosa di così

terribile, anche se poi non l'ha fatta volutamente. La sua colpa sta nel non avere abbastanza controllato quello che stava facendo, di non essere stato abbastanza cauto. E di non avere una telecamera come memoria, che a suo parere lo farebbe sentire più sicuro.

## 2. *Le ossessioni d'errore*

A noi tutti capita di commettere un errore senza rendercene conto. Un errore di ortografia in una lettera, un errore di calcolo in una fattura, o magari anche un errore di guida dell'auto, oppure un errore di diagnosi, o un errore nella preparazione di una ricetta. Altre volte, ci capita di non percepire l'importanza o il senso di quello che ci sta avvenendo sotto gli occhi: questo ci rende difficile intervenire in un modo sensato nel tema, anche quando, obiettivamente, l'avremmo potuto fare. L'ossessivo la pensa allo stesso modo, ma si considera *colpevole* di omissione. E la sua omissione – causa di un disastro per altri, ma anche per sé.

Per esempio, potrebbe avere urtato un ciclista, circolando in auto, senza rendersene conto. L'ossessione riguarda le conseguenze di un simile incidente o errore. Se ha travolto un ciclista senza rendersene conto, il giudice lo condannerà con grande severità per omissione di soccorso; l'infortunato morirà, la polizia indagherà, trovano il colpevole, che sarà messo alla berlina, e così via.

Una segretaria può chiedersi se ha lasciato un errore nella lettera. Una siffatta lettera sarà giudicata negativamente da chi la riceverà. Non solo: la lettera non sarà capita, e ci sarà una confusione dannosa. Lo riferiranno al suo datore di lavoro, che la considererà un'incapace.

Anche qui, l'impianto morale dell'ossessivo non gli permette di accettare una responsabilità, anche per situazioni che non ha voluto direttamente. La sua colpa sta nel non essere stato sufficientemente attento a quello che stava facendo. È un «reato» di *omissione*.

## 3. *Le ossessioni di sventura e di catastrofe*

L'ossessione di catastrofe può avere alcuni aspetti un po' «superstiziosi». Il paziente DOC crede che se non farà un certo gesto, o dirà una certa parola, succederà una tragedia a qualcuno cui lui vuole bene. Può essere anche il contrario: se fa un certo gesto, se dice una certa parola, allora succederà la tragedia in questione. E lui sarà il colpevole di non averla evitata. Un reato di omissione, appunto.

Quali gesti? Quali parole? Le possibilità sono pressoché infinite. Contare, controllare, sommare, verificare, toccare uno strumento, porre la sedia in una certa posizione, muovere un passo in una certa maniera, dire (o non dire) una certa parola. *L'ossessione è la previsione di una disgrazia*. Che colpisce persone innocenti, e che rivela il reato di omissione del «colpevole».

La compulsione è il rituale magico (*positivo*, se lo deve praticare, oppure *negativo*, se lo deve evitare). Anche qui, l'impianto morale dell'ossessivo non gli permette di assumere il rischio di essere colpevole di cose tanto drammatiche, anche se non l'ha fatto volutamente. La sua colpa sta nel non avere fatto qualcosa che in fondo «gli costa poco». Spesso, i soggetti che soffrono di questi disturbi si rendono conto dell'aspetto magico (superstizioso) di queste ossessioni. Sanno che la superstizione è un modo di vedere il

mondo inadeguato, ma, a sentire loro, non si sanno liberare dall'ossessione di dover fare una compulsione.

#### **4. Le ossessioni d'aggressività**

L'aggressività è spesso centrale, nel pensiero ossessivo e compulsivo. Al soggetto viene il dubbio (l'ossessione) che potrebbe perdere improvvisamente il controllo su di sé. In quel momento, potrebbe tirare un pugno in faccia a qualcuno, o afferrarlo per il collo, o fargli del male, investirlo, dargli una risposta dura od offensiva, o colpirlo in una qualunque altra forma.

Spesso non si tratta solo di frasi: è l'immagine del fatto temuto, che gli appare come un *flash*. Immaginatevi una madre che ha appena partorito un neonato. Ha un'ossessione. Potrebbe perdere il controllo su di sé, e stringere il bambino fino a farlo soffocare. O lasciarlo cadere per terra, uccidendolo. È un'immagine (un'ossessione) orribile. L'ossessivo non si permette di sentirsi colpevole di una cosa così terribile. La sua colpa starebbe nel non avere preso le disposizioni necessarie per evitare un'eventualità così orribile. E la «soluzione», spesso, rischia di essere trovata nel non toccare più il neonato.

#### **5. Le ossessioni di natura sessuale**

La tematica sessuale non è meno importante. Capita che il singolo s'immagini un gesto a significato sessuale che gli potrebbe sfuggire, o che magari gli è sfuggito la sera prima: un tocco a un po' audace (un bacio, una carezza), o addirittura una violenza anche fisica (le categorie delle ossessioni non sono reciprocamente impermeabili).

Cerca nella sua memoria: e scopre che la sua memoria non è una telecamera. Ci

sono dei momenti in cui non «vede con assoluta chiarezza» gli avvenimenti. Specialmente se la sera prima aveva bevuto un bicchiere di troppo. Magari l'alcol ne ha cancellato il ricordo. La soluzione ossessiva sarà di fare un giro di telefonate agli amici presenti, telefonate di cui non rivela la ragione *vera*. E se gli amici non parlano del comportamento sbagliato suggerito dall'ossessione, o erano ubriachi, o hanno compassione dell'amico (o dell'amica). Insomma: sono alla ricerca di una certezza impossibile da raggiungere.

A questo gruppo appartengono anche le preoccupazioni di potere, un qualche momento, scoprire di essere un omosessuale, o di avere una sessualità «diversa» rispetto a quello che la media della popolazione si aspetta. È un'ossessione frequente. Alcuni temono di scoprire di essere omosessuali, altri di essere pedofili.

In realtà, non lo sono, ma pensano che potrebbe darsi che non se ne sono ancora accorti. Quando poi se ne renderanno conto, se ne renderanno conto anche familiari ed amici. O magari se ne sono già resi conto, ma preferiscono non parlarne. E l'ossessivo non riuscirà a sopportarne l'onta.

Il soggetto DOC sviluppa allora un progetto di «osservazione». Osservano sé stessi, mentre guardano una persona del medesimo sesso, per scoprire dentro di loro un eventuale «segnale» di una possibile omosessualità.

Altri hanno ossessioni sulla possibilità di scoprirsi sessualmente *meno* performanti che non altri, nel campo sessuale. È una colpa? È una vergogna? È tutte e due. C'è un sentimento di colpa che vorrebbe prevenire il «rischio», ed un sentimento di

vergogna per non essere mai abbastanza all'altezza della situazione. La perdita (o anche solo la riduzione) di controllo su di sé è vissuto come degradante, come un segno di incapacità personale.

### **6. *Le ossessioni di natura religiosa***

Il soggetto si lamenta di pensieri irreligiosi, di frasi blasfeme, che teme di poter pronunciare, per esempio, in chiesa. Oppure, teme di poter scoprire che in realtà non crede in Dio, ma che non se n'era mai accorto, almeno fino al momento della sua terribile scoperta. Sarà abbandonato dagli amici, se è un sacerdote, temerà per la propria vocazione, nella quale peraltro crede ancora, Dio lo punirà, e morrà in colpa.

#### ***Osservazioni sulle ossessioni***

Le ossessioni, ossia il dubbio che potrebbe capitare qualcosa di molto pericoloso per sé e per gli altri, *non sono sempre poi irrazionali* come possono sembrare. Hanno un fondamento nella realtà. Si tratta d'eventi che potrebbero capitare, ma spesso le prove che l'ossessivo adduce per giustificare il suo timore sono poco probanti. All'osservatore pare quasi che l'ossessivo *valuti come troppo probabili degli eventi che lo sono molto poco*. Il problema dell'ossessivo non è il contenuto delle sue ossessioni, ma il metodo di pensare che egli utilizza.

Notiamo anche una *rigida severità morale* nei propri confronti. C'è un sentimento di colpa per avere pensieri inadeguati o contrari al proprio senso morale (senso di colpa o di responsabilità "altruistico": se uno lo pensa magari anche lo può fare). Ma c'è anche un senso di colpa chiamato "deontologico". Ossia, deve fare tutto il possibile affinché l'ossessione non si possa realizzare (controllare, evitare,

ridurre il rischio a zero). Se dovesse invece fallire in questo controllo, sarebbe colpevole di incapacità e di trascuratezza.

L'ossessivo si sente dunque colpevole, inadeguato, insufficiente, sconfessato anche se non ha fatto nulla intenzionalmente. La sua colpa è totale, anche se la sua responsabilità sta «solo» nel non essersi sincerato abbastanza, nel non avere controllato, nel non avere fatto. Mira, dunque, ad una specie di sicurezza assoluta, e di totale controllo su quello che fa o che ha fatto.

Il lettore si rende conto facilmente di quanto fragile e ammaccata appaia l'immagine di sé alla persona che soffre di DOC: un aspetto importante.

A questo punto, bisogna rilevare un elemento centrale del meccanismo ossessivo, cui abbiamo peraltro già accennato: *l'ansia*. L'ossessione, che si presenta spesso come un'immagine, un *flash*, e non solo come una frase mentale, genera un'ansia intensa, sentita come insostenibile dal soggetto. Questi, evidentemente, farà sì di trovare dei rimedi per farla cessare. Perché questo stato ansioso, che tende a perdurare, alla fine dà luogo a stati di esaurimento e di disperazione.

#### ***Ci sono altre osservazioni che balzano all'occhio.***

Chi soffre di DOC si aggrappa a metodi inefficaci. Il controllo diventa spasmodico, e riguarda situazioni mai del tutto controllabili. La memoria, il pensiero degli amici, l'aiuto dei famigliari nell'eseguire controlli e rituali. Danno un'importanza estrema al senso di colpa deontologico, che riguarda la mancanza di prevenzione e di attenzione ai rischi. Il rischio non è mai scalare, per loro. Se c'è una possibilità su tre milioni, è già troppo.

Vuol dire che è addirittura «probabile». Non è accettabile.

Non valuta bene la funzione del tempo nei rischi: una molecola di sostanza pericolosa vale come se fosse un chilo. Sempre. Non si diluirà mai.

Non si rendono bene conto che non esistono «una mente pura». Se arriva un pensiero strano, inaccettabile, il fatto che è arrivato, vuol dire che «c'è già un po' dentro».

Ed infine c'è l'osservazione più «specificata». Ed anche più dolorosa. La persona con DOC non si rende conto di

avere dentro di sé la risposta al suo problema. Non considera, non stima, non richiama la sua capacità di affrontare le situazioni impreviste, anche sgradevoli, che potrebbero manifestare. Parte dal principio che non c'è. E che quindi non è in grado di affrontare le sue responsabilità. Non quelle che immagina, ma quelle che ogni persona deve affrontare giorno per giorno.

Hanno dunque una immagine sé molto carente, e inadeguata. Sono, in realtà, persone in ordine, capaci, intelligenti, sensibili e responsabili. Sono capaci di affrontare qualunque difficoltà.

### ***Lista delle ossessioni più frequenti (Lakatos e Reinecker)***

Ecco una lista, elaborata da Lakatos e Reinecker (1999), comprendente le più frequenti ossessioni che si osservano tra i pazienti DOC.

- Un impulso a ferire o a far del male a qualcuno, che magari non conosci neppure
- L'impulso di poter dire qualcosa d'inadeguato o di «sporco»
- Il pensiero che potrebbe capitare qualcosa a qualcuno che ci sta vicino
- L'impulso di lanciare l'auto contro un'altra auto
- L'impulso di aggredire e di uccidere un animale di casa
- Il pensiero di poter desiderare che qualcuno di caro muoia
- Il pensiero di poter perdere di colpo il controllo, e di dare in escandescenze
- L'impulso di poter effettuare pratiche sessuali inusuali
- L'impulso di aggredire qualcuno senza ragione
- La rappresentazione che potrebbe avvenire una catastrofe
- Temere che una lettera *non* sia firmata, o che non sia abbastanza chiara
- Temere di aver lasciato in uno scritto una parola sconveniente

## Le compulsioni

Casualmente, l'ossessivo si rende conto che un determinato gesto, un determinato pensiero, una determinata frase sono in grado di «neutralizzare» l'emozione negativa, ossia l'ansia, risvegliata dall'ossessione. Magicamente, questo gesto, questo pensiero, ne annullano l'urgenza, l'insopportabilità, scacciandola, ovvero «rimettendo a posto la situazione».

Questo gesto, questa parola, questo pensiero si chiamano *compulsione*. Questa possibilità di neutralizzazione dell'ansia diventa uno strumento fin troppo efficace nella vita quotidiana dell'ossessivo, che ne farà un uso molto ampio, creando vere e proprie catene di compulsioni, chiamate *rituali*.

Senza rendersi conto che, quanto più fa uso di rituali di neutralizzazione, tanto meno efficaci essi diventeranno. Per mantenerli efficaci, questi rituali vanno ampliati, allargati, complicati, moltiplicati di numero, senza limiti e senza fine. La loro semplice ripetizione in breve tempo si dimostra inefficace. Rimane però convinto che senza una compulsione, non ce la farà ad affrontare l'ossessione. In questo modo si crea un *circolo vizioso*.

Nella misura in cui un rituale perde di efficacia, deve essere modificato ed intensificato. Non abbandonato: ma *modificato ed intensificato*.

A volte non si tratta di gesti, ma di pensieri, o di atti mentali, anche loro da modificare e da intensificare se perdono di efficacia nel tempo. Sono l'unica speranza di chi soffre di un DOC. Purtroppo perché

molti ritengono di non essere capaci di fare diversamente «perché non si sentono all'altezza».

Parole o gesti, le compulsioni fanno parte degli *atti compulsivi*, ossia di azioni (o di pensieri) che devono essere eseguiti e ripetuti, cui l'individuo non riesce facilmente a opporsi, sebbene, spesso, li giudichi insensati. Se tentasse di resistere, si ritroverebbe in uno stato di forte paura e di tensione. Arriverebbero altre ossessioni: i risultati terrificanti delle omissioni che potrebbe aver commesso, o che rischia di commettere. Per esperienza propria «sa» che per lui o lei i rituali sono necessari a calmare l'ansia risvegliata dall'ossessione.

***Le compulsioni principali si possono raggruppare in alcuni gruppi tematici.***

### ***Compulsione di pulizia e di lavaggio***

È una compulsione che colpisce spesso le donne, anche se ci sono ormai molti uomini che ne soffrono. Ce lo dicono delle statistiche, oggi da rifare.

Immaginiamoci una casalinga, con figli, che teme che lei e la sua famiglia. Rientrando dalle compere mattutine, o dal lavoro, potrebbe introdurre in casa *germi patogeni pericolosi* (ossessione di contaminazione). Li ha presi nel supermercato, nel tram, nell'autobus, nel salutare un conoscente.

Quando rientra, deve togliersi tutti i vestiti in un luogo specialmente designato (p.es. nell'atrio, o in uno sgabuzzino presso la

porta d'entrata). I vestiti vanno subito in lavatrice. Poi deve fare una doccia, indosserà vestiti appositi, che non lascia mai in contatto con i vestiti che usa per uscire di casa. Li ripone, per esempio, in un armadio separato. Dopo un po' di tempo, queste misure (queste compulsioni) non basteranno più.

Pretende allora che anche i suoi famigliari facciano lo stesso. Questi, per amor di pace, stanno al gioco. Poi dovranno farsi anche una doccia. Infine, siccome la pelle non è sterile, dovranno lavarsi le mani con un detergente prima di toccare qualunque cosa in casa.

La signora li sorveglia: li insegue con il detersivo, per «pulire» tutto quello che è stato toccato. E si occupa giorno dopo giorno di lavare e di disinfettare i vestiti, le scarpe, la casa intera.

Non basterà lavare una volta sola: il semplice dubbio di non aver seguito una delle regole della «decontaminazione» compulsiva basterà per annullare la lavatura eseguita, e per doverla rifare. Oppure si presenta una tipica ossessione «Magari una molecola del contaminante è rimasta». Sappiamo che nel campo del DOC una molecola isolata contaminante vale come un chilo di sostanza pericolosa.

L'«ordine» che vige in casa sua, spesso, non ha nulla a che fare con quello che noi in genere consideriamo «ordine». I rituali DOC stancano chi li pratica, e ruba loro molto tempo. Quindi noteremo piuttosto un insieme di procedure casalinghe esageratamente ritualizzate e ripetitive, accanto a un disordine lasciato dal poco tempo che rimane a disposizione per l'attività quotidiana.

Se una persona è obbligata a lavare tutto quanto, per ore ed ore al giorno, non ha più

il tempo necessario per lavare anche i piatti, riassetare la cucina, o a riordinare la casa. In casa cercherà di essere poco attiva, per evitare di toccare qualcosa, e quindi per evitare di dover pulire in modo compulsivo.

L'ossessione dello sporco, e la compulsione a pulire che ne deriva, riguardano però solo *una certa area* della sua vita. Almeno all'inizio, il paziente DOC ha una vita per altri aspetti perfettamente normale. A suo modo, l'ossessivo si va col tempo *specializzando* nella sua ossessione. Ma non è una fortuna: se il malato si specializza sempre di più, vi sprofonderà sempre più profondamente. Per esempio, poniamo che lavi i suoi vestiti ogni giorno. Allora, può sorgere una nuova ossessione. Può chiedersi se l'acqua usata, una volta «infettata», non possa diventare pericolosa nelle tubature, e magari percolare, infettando la città. Per cui, ben presto, deve cominciare ad «occuparsi» anche di questo nuovo pericolo che incombe.

Il comportamento compulsivo, che un tempo occupava solo una parte della sua vita, occupa ormai spazi sempre maggiori, e divora energie che, poi, non sono più a disposizione di altre attività.

### ***Le compulsioni di verifica***

«Ho fatto giusto? Sono magari restati errori, che mi sono sfuggiti?». La risposta comportamentale a quest'ossessione è la *compulsione di verifica e di controllo*.

I controlli possono essere di molti tipi: la segretaria che deve rileggere dieci volte le lettere che scrive, prima di spedirle. Oppure, si reca all'ufficio postale, chiedendo di poter ricontrollare il contenuto di una busta già spedita. Oppure c'è il caso del ragioniere, che non riesce chiudere il

suo libro contabile, se non ha controllato almeno venti volte le somme e le sottrazioni, anche quelli fatte a macchina.

Osserviamo anche il caso del portalettere, che ha il dubbio di avere messo la corrispondenza nella casella di posta sbagliata. Tutti conoscono le ben note ossessioni «casalinghe», che riguardano la cucina a gas, la cucina elettrica, la luce elettrica, la chiave nella toppa, i fari dell'auto, la chiusura dell'auto, e così via.

C'è chi deve ritornare lungo il percorso fatto in auto, perché potrebbe aver investito un pedone o un ciclista, per errore, e senza essersene accorto. Ad altri basta ripensare nei dettagli al percorso, ma poi si angustiano perché diventano insicuri: infatti, notano momenti dei quali non si ricordano di nulla.

C'è un infermiere che non riesce ad aprire il flusso di una flebo, preso dall'ossessione di avere sbagliato il flacone. Lo stesso si tormenta per le pastiglie distribuite ai pazienti della corsia. Potrebbe avere consegnato le pastiglie per un paziente, ad un altro, causandogli possibili danni. C'è il medico che teme di aver trascurato qualche sintomo del suo paziente, e deve compulsare fino a notte tarda libri e riviste per «verificare» di non essersi sbagliato, ossia di non avere dimenticato un'osservazione da riportare nello *status* del suo paziente.

C'è chi deve controllare il nome dei proprietari di auto tramite le targhe che trascrive compulsivamente. Per renderlo raggiungibile se dovesse subire un danno di posteggio. L'ossessione sta nella necessità di non dimenticare niente, ossia nel dubbio che forse qualcosa gli sia sfuggito, e che questo sia segno di una malattia p.es. mentale, o di un'imperfezione, o che possa succedere

una disgrazia, ovviabile solo se saprà il numero di targa in questione. Oppure, per ragioni magiche, ritiene che deve raccogliere la totalità delle targhe che vede durante una giornata.

C'è poi chi deve verificare la posta che deve spedire, e non riesce a chiudere una lettera nella sua busta. L'ossessione insinua il dubbio che magari, senza accorgersi, gli è sfuggita una frase offensiva, oppure che non è stato chiaro abbastanza, e che quindi chi riceverà la lettera non sarà in grado di capirne il senso. C'è persino chi si reca all'ufficio postale per «recuperare» la posta spedita, per poterla controllare. E così via.

Un tratto caratteristico di queste compulsioni di verifica è che, di per sé, sono normali, ma la minuziosità con cui sono eseguiti i controlli, e il loro numero, ne dimostrano la natura patologica. Un controllo, di solito, è sufficiente. Qui, invece, i controlli non sono mai sufficienti: anzi, tendono ad aumentare di numero.

Un'altra compulsione di controllo consiste nella verifica tramite altri. Il soggetto chiede insistentemente ad altri il nome di coloro che incontra. In questo caso, l'ossessione consiste nel dubbio che gli potrebbe sfuggire una persona importante, o significativa per la sua vita, o che, se gli sfugge, potrebbe succedere una disgrazia, oppure che, se non riesce a ricordare tutto perfettamente, questo potrebbe indicare che magari, piano piano, senza che se ne accorga, si sta manifestando una malattia affine alla demenza.

Queste ossessioni / compulsioni non sono le stesse di quelle che notiamo negli *ipocondriaci*, ossia nelle persone che temono di avere una malattia pericolosa. L'ipocondriaco teme di *sapere di già* che ha una malattia grave (cancro o demenza),

solo che la diagnosi non è ancora stata posta. L'ipocondriaco è alla ricerca di una diagnosi.

Anche chi soffre di *Disturbi ansiosi* ha paura delle malattie, ma manca l'ossessione. Inoltre, la malattia di solito non è specificata. Nell'ansioso, qualunque cosa attrae il suo pensiero verso la malattia, la minaccia, la morte. In questo senso, l'ossessivo è più sistematico: teme di essere responsabile se non rispetta l'obbligo all'attenzione.

### ***Le compulsioni d'ordine, di simmetria, di riordino***

Assomiglia a qualcosa che molti di noi hanno sperimentato da ragazzi. Sul lastricato di un marciapiede, distinguere tra chi mette il piede sulle fughe, e chi invece mette il piede nel centro della lastra.

Mentre i comportamenti indicati sopra sono dei giochi, qui parliamo invece di un gruppo di compulsioni spesso considerato «tipico» degli uomini. Ma anche molte donne ne soffrono: le statistiche degli anni scorsi non sono affidabili.

Per queste persone, la compulsione consiste nel fatto che *tutto dev'essere ordinato secondo criteri* spaziali ben definiti, immutabili, e magicamente protettivi. Infatti, l'ossessione è di tipo magico.

Essa minaccia che, se cambia l'ordine, potrebbe capitare una sventura, una cosa terribile. Ogni cosa ha il suo posto (compulsione d'ordine), e nulla può cambiare di posto, neanche di qualche millimetro. Ci sono dei mariti che tiranneggiano le mogli con la loro ossessione dell'ordine. A volte hanno il dubbio (ossessivo) che la moglie abbia

collocato diversamente una sedia. Allora sviluppano sistemi di controllo sistematico. Diventano sgradevoli e aggressivi, se trovano qualcosa in disordine, almeno secondo i loro criteri, ed allora sono obbligati a rimettere tutto nell'ordine millimetrico, nel quale si sentono sicuri. I familiari di solito considerano questo bisogno d'ordine esagerato ed irragionevole.

Sembra che alla base ci sia un fenomeno studiato specialmente negli ultimi anni, il fenomeno NJRE («Not just right experience», l'esperienza di qualcosa che non va bene). Si tratta della sensazione sgradevole ed inquietante, che quanto ci è davanti non va bene, non è quello che dovrebbe essere.

È un'ossessione: il soggetto deve quindi fermarsi, e, se anche cerca una disposizione che «vada bene», si renderà conto, con parecchia ansia, che non la trova. Fintantoché l'ossessione termina, perché, siccome questa non è che un pensiero, finirà con il terminare. Spesso chi soffre di DOC non si rende conto che è lui a prolungare la durata dell'ossessione. Cercando una «soluzione», in realtà non fa che richiamare l'ossessione stessa.

In quest'ottica, gli oggetti tra di loro simili (ossia appartenenti alla medesima categoria) devono avere una collocazione «ordinata», secondo una regola compulsiva. Normalmente, anche per molti di noi, i libri, in una scansia, vanno collocati secondo una regola. Spesso, la regola dell'ossessivo non è però ragionevole. Li metterà in ordine di grandezza, oppure in un ordine di grandezza che dapprima decresce, poi aumenta (con un effetto di simmetria). Notate che i modi di ordinare i libri o altri oggetti di chi soffre di ossessione

raramente sono razionali. Non seguirà i soliti criteri razionali d'ordinamento (per autore, per tema, o per lingua).

La necessità di simmetria è una questione che può diventare molto complessa. Supponiamo che un ossessivo faccia un gesto scaramantico con la mano destra; scopre che, se lo fa anche con la sinistra, si sentirà ancora meglio. Avrà più facilmente salvato dal disastro le persone che ama. Allora prenderà a fare il gesto anche con la sinistra. Bene. Supponiamo che decida che, se fa il gesto scaramantico tre volte, sarà più efficace che non una volta sola. Non lo potrà fare solo con la destra: per esigenze di simmetria, lo dovrà fare tre volte anche con la sinistra.

C'è chi deve ordinare le matite per la lunghezza (l'ossessione riguarda la necessità che tutto sia in ordine, pronto ad un uso improbabilmente preciso).

### ***Le compulsioni di ripetizione e di toccamento***

Si tratta di atti scaramantici particolari. La ripetizione riguarda parole, o movimenti. Supponiamo che, fatti due passi avanti, mi venga l'ossessione che potrebbe accadere un disastro se io ne facessi ancora uno. Per annullare i due passi fatti, ne devo fare uno indietro. Questa è la compulsione. Supponiamo che, ogni volta che vedo una figura femminile su di un pannello pubblicitario, io debba toccare un portafortuna, per scongiurare il rischio di perdere il controllo su di me. A molti, non basta toccare il portafortuna. Devono fare altri rituali (p.es. dapprima baciarsi le dita). Molti devono reiterare il gesto per tre o più volte. Questo vale anche per le parole «magiche» a funzione scaramantica.

Chi si occupa di gioco d'azzardo, sa che i

giocatori eccessivi (che spesso son anche superstiziosi) lo fanno anche loro. Ma in questo caso non è un fenomeno ossessivo e compulsivo, perché non c'è il timore di un danno futuro. I giocatori lo fanno per propiziare la fortuna.

### ***I rituali mentali***

I rituali mentali hanno un grande svantaggio. *Non si vedono*. Possiamo supporre che esistono, se mancano estese compulsioni visibili (rituali), e se il soggetto «perde» davvero troppo tempo durante la giornata. L'unico modo per sapere come sono questi rituali mentali, è che il soggetto ne riferisca. Un buon sistema è d'invitarlo a «pensare ad alta voce», ma non sempre ci sono risultati, perché a volte l'ossessivo ha un'ossessione ulteriore: o teme che parlare di disgrazie «le chiami», e quindi è pericoloso parlarne ad alta voce, oppure si tratta di cose magicamente segrete, per cui parlarne può essere foriero di danni terribili futuri.

Se riusciamo a convincere una persona con DOC a parlarcene (o a scrivercene), è utile sapere che il nostro relatore si preoccuperà di essere «preciso» al massimo, altrimenti il terapeuta «non capisce bene». È una situazione in fondo favorevole, perché permette di affrontare un argomento importante: l'esigenza di una totale precisione, e l'opinione che la persona ha di sé stesso come narratore del suo intimo.

### ***L'«aritmomania»***

È la compulsione di contare qualunque cosa; eventualmente, poi, i numeri così ottenuti sono sommati: scalini, lastre delle strade, automobili, finestre, targhe, ed altro ancora. La compulsione a contare e a sommare le targhe delle auto che passano,

spesso «annulla» il dubbio che, se il soggetto non fa così, può succedere una disgrazia. Si tratta, dunque, della neutralizzazione dell'ansia risvegliata dall'ossessione. Anche qui, notiamo quello che avevamo già osservato. L'ossessivo ha un bel dirsi razionale e chiaro. In realtà, nei segreti ripieghi della sua mente, è molto superstizioso.

Ci sono parecchie varianti. Esaminiamo la compulsione a contare i gradini di una scala. L'ossessione che ne è all'origine, a volte, riguarda il rischio (potenziale) che il soggetto non riesca a ritornare al punto di partenza. O che solo un certo numero di passi siano ammessi, per esempio 333. Quindi se da A a B ci sono solo 250 passi, l'ossessivo dovrà organizzarsi per stabilire un percorso che ne conti comunque 333. Alcuni ammetteranno i passi all'indietro, altri no. Se si dovesse confondere, se dovesse avere l'ossessione che magari si è sbagliato nel contare, che magari ha saltato un passo, dovrà ricominciare dall'inizio. Quante volte dovrà ricominciare? Dipende: di certo, fintantoché qualcosa sarà scattato dentro di lui, dicendogli che «adesso va bene».

Questa compulsione evidenzia bene un aspetto del pensiero ossessivo e compulsivo. Non esistono ossessioni e compulsioni «pure». Nell'esempio citato sopra, l'ossessione è di sventura, ma la compulsione è in parte mentale (contare, eventualmente sommare), in parte fisica, e dunque visibile (camminare, eventualmente ritornare).

### ***Le frasi di scongiuro***

Sono il *penchant* verbale delle compulsioni di tocco. Sono frasette a volte poco significative, che il soggetto o pensa, o dice, per scacciare un'ossessione, il cui contenuto riguarda

una sventura per altri. A volte fanno stupire persone che si trovano vicine a loro, perché sono avulse dal contesto della comunicazione, e spesso sono dette con un tono diverso da quello della discussione che l'ossessivo stava tenendo con altri. È impressionante l'intelligenza e la capacità che l'ossessivo mette in atto per sviare eventuali domande nel merito, da parte dei presenti. A volte, l'ossessivo può allontanarsi dal gruppo con una scusa, per eseguire il rituale scongiuratorio. Ma non sempre: non tutti gli ossessivi sono in grado di posporre (di tanto o di poco) l'esecuzione del rituale che li affranca dall'ansia.

### ***Il bisogno di confessare***

Si tratta di un fenomeno singolare ma frequente. Il paziente deve assolutamente dire tutto, fino in fondo, nei minimi particolari, altrimenti è convinto che il terapeuta (o la moglie, o il confessore) non capiranno, o, peggio, capiranno qualcosa che non era stato inteso così, e che quindi non solo non li potranno aiutare, ma anzi, li considereranno o pazzi o malvagi. L'ossessione è: «Se non dico tutto, non capiranno, e se non capiranno, sarà un macello». Non bisogna dar corda a questo bisogno: in realtà è un sintomo. Una volta che lo si è accertato, e che si riesce a far dire al singolo quale sia l'ossessione di base, non si deve permettere che vada avanti nella confessione.

### ***La ripetizione mentale di certe frasi***

È qualcosa che sta tra la frase di scongiuro, e la necessità di ricordare le cose imparate un tempo. Sono frasi fatte, ma probabilmente, come si dice, d'«autore». Certo, il contesto in cui vengono citate (se le deve pronunciare ad alta voce) non è quello giusto. Ed anche il fine è di solito o propiziatorio, oppure riguarda il dubbio

che, se non la ripete, non saprà neppure se la ricorda ancora, e quindi potrebbe essere minacciato di una malattia grave, la demenza, senza essersene mai reso conto.

***La ricapitolazione delle cose fatte (delle situazioni vissute in precedenza)***

La sera, o in altri momenti, il paziente deve riandare tutto quanto ha fatto nei dettagli durante la giornata. Ha il timore di dimenticare qualcosa. Se le avesse perse, potrebbe significare che magari, senz'avvedersene, cadrà nella Demenza, oppure non le potrà riferire se un giorno le dovesse ricordare per una situazione grave ed urgente, con danno altrui. Oppure, potrebbe ritenere di dover riandare tutta la giornata con precisione, perché magari ha commesso qualcosa che non va bene, qualche errore, oppure ha trascurato un atto, una persona, e questo potrebbe causare gravi conseguenze. Il bisogno di ricapitolare quotidianamente l'attività giornaliera può provocare perdite di tempo spesso incredibili, specialmente se il soggetto deve riportare tutto per scritto. Un fattore aggravante è la necessità di ricominciare l'elencazione se si imbatte in un vuoto, o se ha l'impressione che manca qualcosa.

***La compulsione di evitamento di un certo numero, o di certe parole***

Alcune persone sono, come abbiamo visto, particolarmente superstiziose. Alcune credono di non poter pronunciare parole che contengano certe lettere (o certi suoni), per esempio «A» o «F». Quindi, quando parlano (o scrivono), le devono evitare. Oppure non possono usare questa o quest'altra parola, che devono dunque evitare accuratamente, sia scrivendo, sia parlando. L'ossessione che hanno, è che portino male. Ma è difficile parlare con facondia, se si devono evitare lettere o parole «tabù». Queste persone tenderanno quindi ad evitare situazioni difficili, per cui cadranno in strani ed inspiegabili mutismi.

***La compulsioni di perfezionismo e di lentezza***

La ricerca della perfezione impedisce all'ossessivo di por termine ad un compito o ad un lavoro. L'ossessione gli dice che se non avrà fatto un lavoro perfetto in tutti i suoi dettagli, sarà considerato un incapace. Se poi si tratta di un lavoro tecnico, potrà ritenere che il ponte progettato crollerà, o che la casa che ha fatto costruire non terrà la forza del vento. La compulsione, che calma l'ossessione, lo spinge ad approfondire, riflettere, provare, cambiare, rimettere, e così di seguito, al punto che il suo lavoro non sarà mai pronto. Nei casi meno gravi, dovrà essere sempre così accurato da metterci davvero troppo tempo.

## L'evitamento

Il paziente DOC teme di affrontare qualcosa che scateni le sue ossessioni. Infatti, le ossessioni lo terrorizzano. Sia perché è brutto essere terrorizzati, sia perché è altrettanto brutto sentirsi costretti a compiere rituali un po' strani, e comunque poco gradevoli, sia perché poi «non si sa mai». Chi può mai essere sicuro al 100% che non ci sia davvero una relazione tra l'ossessione e la disgrazia? L'ossessivo è spesso un po' superstizioso, anche se non ama riconoscerlo.

Alcuni credono (a volte confusamente, senza ben riflettere sul senso delle parole) che il pensiero possa diventare realtà per il solo fatto d'essere stato pensato. Quindi, il modo «migliore» per evitare il dubbio angosciante dell'ossessione, e la compulsione al comportamento rituale, è di evitare tutto quello che può far insorgere l'ossessione stessa.

## Il controllo «totale»

L'evitamento ha come obiettivo di non incontrare le situazioni in cui si scatenano ossessioni e compulsioni. Ma l'evitamento funziona *solo* se il soggetto riesce a stabilire un *controllo totale* su quello che pensa, che fa, che incontra, o che prevede.

Se appena può, cerca di starci lontano, fisicamente e metaforicamente. La eviterà parlando, ne eviterà la parola che la indica, eviterà qualcosa che la ricorda, che la fa presagire, che anche solo le assomiglia. A suo modo, anche l'evitamento, come viene praticato dall'ossessivo, è un meccanismo compulsivo. Infatti, se tenta di opporvisi, è preda dell'angoscia.

È efficace? Non lo credo: per evitare quanto potrebbe farmi venire in mente un'ossessione, devo avere sempre presente alla mia attenzione l'ossessione in questione. Insomma, per non pensarci, ci devo pensare. Un bel circolo vizioso!

*L'evitamento* è particolarmente presente nei casi in cui le ossessioni riguardano la contaminazione, la possibilità di aver commesso errori, l'aggressività e la sessualità.

È quindi una tendenza all'evitamento sempre presente, che richiede uno sforzo continuo. Ma è anche fallace. Non riesce alle apparecchiature elettroniche moderne, non riesce neanche ad un essere umano.

## Aspetti del “pensiero ossessivo”

I pazienti che soffrono di Disturbi DOC sono davvero ricchi di «sintomi» e di particolarità che colpiscono coloro i quali hanno a che fare con loro. In genere, colpisce l'alto grado dell'intelligenza e della capacità creativa di cui sono ampiamente dotati. Anche nel campo DOC, purtroppo. Ma non si tratta delle loro sole particolarità.

### *Il perfezionismo*

Un aspetto importante tra gli ossessivi è il *perfezionismo*. L'ossessivo non si accontenta dell'incertezza e dell'imperfezione delle capacità umane. Richiede che tutto sia sotto controllo: e che nulla sfugga. Guai se sfugge. Potrebbe capitare un *disastro*. Lo sanno di essere considerati perfezionisti, ma ritengono che sia giusto non permettersi neanche un errore, neanche uno sbaglio, neanche una distrazione.

«Tutto sotto controllo» significa certezza al 100%. Se la loro certezza non è al 100%, si sentono in balia del caso, dell'insicurezza, delle cose che non vanno. La questione è che non esiste un controllo totale. È una richiesta che deriva da una maniera di pensare «dicotomica», su cui riferiremo in seguito.

Spesso l'ambito del perfezionismo è limitato al campo specifico del *suo* DOC. Il tempo e l'energia dedicati al controllo e alle compulsioni limitano interventi altrove. Per cui, l'ordine, ad un osservatore esterno, appare esagerato e a volte incoerente o inefficace. Mentre altri aspetti del loro vivere appaiono disordinati e poco curati.

Il “perfezionismo” DOC non va confuso con un perfezionismo insito nel carattere di una persona. Chi evidenzia questo tipo di perfezionismo, di solito, non ne soffre. Fa magari soffrire le persone con cui vive, magari se ne duole, ma a lui sembra indispensabile esercitare questo perfezionismo. Inoltre, si tratta di un perfezionismo universale, non necessariamente collegato con uno specifico aspetto della sua vita. Infine, chi soffre di DOC si rende conto che il perfezionismo limita la sua qualità di vita, ma non lo può abbandonare, perché fa parte delle misure di cui ha bisogno per evitare l'ansia provocata dalle ossessioni.

### *Il sentimento di responsabilità e di colpa*

Il secondo punto è l'esagerato *sentimento di responsabilità*. «Se non ci riesco, e se il mio perfezionismo fallisce, non è colpa delle circostanze, o di altri: ne sono io il responsabile! Dovevo controllare meglio. Il mio metodo non è sbagliato, ero io ad essere insufficiente. Quindi è colpa mia».

Se poi le cose non vanno, allora è il soggetto a portarne non solo la responsabilità, ma anche la totale colpa. Insomma, la persona con DOC, da una parte, vuole corrispondere ai criteri di perfezione (morale e materiale) e d'accuratezza che ha fatto propri, ma poi, d'altra parte, proprio per questa sua esigenza, ha difficoltà ad esprimersi *per il sì o per il no*. E per soluzioni mediatrici tra il sì e il no.

Lo notiamo nelle sue difficoltà di scelta, di risposta, di comportamento, di preferenza. Tutto questo lo rallenta nelle decisioni, e

persino nei gesti. Nei casi gravi «si perde via», ossia si paralizza in situazioni a volte assai semplici, quando si tratta di scegliere una cravatta, di prendere una medicina, di leggere un libro, di andare al cinema. Un perenne dubbio, un'incertezza, una cosa poco chiara, una remora. All'osservatore, sembra quasi che non possa né volere, né decidere.

Ci sono i casi di persone che hanno il dubbio di non aver preso certe precauzioni, o di non ricordare come si sono comportate in certe circostanze, o su quali siano i loro reali sentimenti o intenzioni, o se le persone morte siano davvero tali.

Se una madre ha il dubbio che potrebbe magari ferire la figlia, se tiene in mano un coltello, comincia ad evitare di toccare i coltelli; poi lo stesso pensiero si ripete se tocca una forbice. In seguito non è nemmeno più necessario prendere in mano un coltello per sentirsi in pericolo: e la paziente svuota la sua casa di coltelli, di forbici, e di altri oggetti taglienti. È uno stato di dubbio non risolvibile con la ragione. Il soggetto mira ad annullare qualunque possibilità che la disgrazia sopravvenga, grazie ad un controllo totale sulla situazione. Se resta aperta una sia pur minima possibilità, il soggetto se ne rende conto. Non sopporta l'incertezza, il dubbio. Non ammette un compromesso fra il dubbio, da una parte, e la certezza assoluta, dall'altra.

Non manca un aspetto magico al tutto. Non sono rare le persone ossessionate dall'idea di poter fare del male, o di aver già fatto del male, già con il solo pensiero. Facilmente si arriva anche all'azione ripetitiva «compulsiva». Per esempio, la persona che, andando in auto, ha il pensiero intrusivo di aver magari causato un incidente, forse mortale, senza essersene accorto. Che cosa fa? Ci pensa e

ci ripensa, non resiste, e ritorna con l'auto a ripercorrere la stessa strada. Farà molta attenzione ad eventuali segni d'incidente, anche sulla carrozzeria dell'auto, e starà attento se scoprirà feriti per strada.

Ma ripercorrendo la strada, gli balena il pensiero che proprio in *questo* percorso potrebbe aver causato un incidente. Alla fine non può più andare in auto perché sarebbe in ogni modo costretto a rifare sempre la stessa strada, senza raggiungere mai la certezza. Ho conosciuto persone che in queste circostanze telefonavano alla polizia e al pronto soccorso dell'ospedale regionale, per sapere se c'erano stati investimenti con fuga dell'investitore.

A volte, farà eseguire il suo rituale a qualcun altro, per essere certo di non essersi sbagliato. Il paziente DOC sa che questa persona «delegata» si può benissimo sbagliare, ma sarà l'altro, e non lui, a doverne sopportare le conseguenze.

### ***Il pensiero "dicotomico"***

Un aspetto importante è il *pensiero* «in bianco e nero» (*dicotomico*). Le cose, o sono giuste, o sono sbagliate; o sono vere o sono false; o sono reali o sono immaginarie. Non esiste una via di mezzo. Non c'è una possibilità di convivenza tra i due colori. Lo vediamo bene nell'esigenza tipicamente ossessiva di controllare la situazione al 100%, e della incapacità di capire che un buon 60% nella vita normale è più che sufficiente.

Lo osserviamo nell'esigenza (e nell'illusione) di una totale prevedibilità degli avvenimenti, quando noi sappiamo che è meglio investire nell'improvvisazione intelligente. Anche l'esecuzione dei rituali risente di questa esigenza dicotomica. O il rituale è ottimale, perfettamente eseguito e sotto

controllo, oppure va rifatto dall'inizio.

### ***Il pensiero magico***

Il *pensiero magico* è importante, e credo che il lettore che ci ha seguito fin qui se ne sia reso conto. Sembra che l'ossessivo, nel suo pensiero, confonda il pensiero con la realtà. Come se il semplice *volere* bastasse per fare avvenire. Anzi: come se un avvenimento semplicemente *pensato* fosse la stessa cosa di un avvenimento *realmente capitato*.

Si è infatti ritenuto che chi soffre di DOC non distinguesse sempre bene tra questi due ordini di cose. Si è affermato che il paziente DOC è profondamente realista: non distingue tra il materiale e il simbolico. Ma non è così. Di regola, distingue, specialmente quando se ne discute, ma nella tematica ossessiva e compulsiva l'emozione ansiosa gli impedisce di proseguire nella distinzione.

In altri contesti, invece, l'ossessivo è perfettamente adeguato.

### ***L'errore di valutazione delle probabilità***

L'ossessivo ha problemi con la valutazione della probabilità. *Valuta come troppo alta la probabilità di certi eventi*. Infatti, ragiona secondo il criterio del tutto o del niente, della certezza al 100%.

Quindi, un evento che non può essere escluso al 100%, diventa automaticamente *probabile*, anche se ai nostri occhi non lo è. Tutti sanno che le salsicce andate a male possono sviluppare un veleno raro, ma estremamente pericoloso, se sono stati

infettate dal batterio chiamato *clostridio botulino*. Ma si tratta d'un avvenimento *molto raro*. Non solo: gli ossessivi sono assaliti dalla loro ossessione guardando una qualunque salsiccia, anche quella che in realtà non è per niente avariata, almeno all'odore. È ben vero che una salsiccia avariata *non sempre* ha cattivo odore, ma anche questo è rarissimo. Inoltre, questa salsiccia non era scaduta, almeno secondo la fascetta di vendita. È vero che ci sono *errori* nell'etichettatura, ma sono rari.

C'è di più. L'ossessivo pensa che il veleno del clostridio botulino *sia potuto passare dalla salsiccia al formaggio che si trovava nella borsa della spesa*.

Ma il clostridio è un germe anaerobico, e nel formaggio muore in pochi secondi. Anzi, muore già nel viaggio che lo porta dalla salsiccia al pezzo di formaggio.

*Il clostridio sì, ma il suo veleno può passare. In dosi infinitesimali, e queste potrebbero danneggiare bambini piccoli. Magari l'ossessivo ha sfiorato il formaggio con i suoi vestiti, senza rendersene conto, e il veleno del clostridio vi si è depositato. Oppure si tratta di un clostridio mutante, che ha imparato a utilizzare l'ossigeno per vivere. Ah, certo, chi lo può escludere al 100%?*

L'ossessivo non si rende conto che tutte queste improbabilità, per essere considerate assieme, devono essere *moltiplicate* tra di loro. L'ossessivo ritiene che, siccome non possono essere escluse, singolarmente, al 100%, hanno una relativamente alta probabilità. Per ogni probabilità, l'ossessivo crede che valga la media.

# Aspetti del Disturbo ossessivo compulsivo

## Tre domande da porre a tutti pazienti

**C**i sono tre domande centrali per un primo orientamento nel campo dei disturbi ossessivi e compulsivi, che ogni medico (anche generalista) dovrebbe poter porre ai suoi pazienti. Nel dubbio, in particolare se si vogliono approfondire questioni riguardanti tempo e modalità di disturbo, raccomandiamo il semplice e chiaro *questionario essenziale* di Sauteraud. Serve a dirigere l'attenzione ad un DOC possibile.

Va ricordato che le ossessioni, per quanto frequenti anche in persone che non soffrono di DOC, nell'ossessivo sono

frequenti, cariche di ansia, e intense. Ne limita la vita familiare, scolastica, professionale, sociale. Vengono dunque percepite come “non normali”.

Per questa ragione i pazienti DOC temono di essere “pazzi”, o comunque di essere sulla buona strada per diventarlo. Tenderanno allora a nascondere, camuffare, “giustificare” il loro DOC, e a rifiutarsi di parlarne. Anche perché, poi, se ne parlano, magari anche con un medico, salvo eccezioni, non fanno buone esperienze.

### *Questionario essenziale di Sauteraud*

- 1) Le capita di doversi lavare le mani “troppo spesso”?
- 2) Deve controllare o verificare troppo, “oltre la misura normale”?
- 3) Ha pensieri che la disturbano, che la tormentano, e di cui non riesce a liberarsi, pur cercando di “mandarli via”?

## L'ossessivo agirà le sue ossessioni?

È una domanda spesso posta da chi soffre di DOC, specialmente quando le sue ossessioni riguardano *l'aggressività*.

Temono di poter mettere in atto l'ossessione aggressiva, anche se ne ripugnano.

«Potrebbe capitare che, senza che me ne renda conto, io mi scopra un assassino, e possa strangolare uno dei miei figli»; «Potrei perdere il controllo su di me, e afferrare un coltello da tavola per sventrare il mio vicino di posto»).

Anche le ossessioni di argomento sessuale sono percepite come generatrici di grande insicurezza: «Potrebbe capitare che io mi renda conto improvvisamente di essere un perverso, ed allora, d'impulso, potrei spogliarmi nudo in chiesa» «Potrei non sapere che dentro di me si sta formando una tendenza alla pedofilia: potrei scoprirmi pedofilo, e mettere in atto questa particolarità orribile»).

Sono preoccupazioni tutt'altro che rare, di cui il paziente DOC spesso evita di parlare.

😊 *Ebbene, tutte queste cose terribili non succederanno mai.*

Chi soffre di DOC non mette *mai* in atto il contenuto delle sue ossessioni, proprio perché sono persone eticamente in ordine, e perché le ossessioni sono pensieri vissuti come “estranei” (*egodistonici*) dal paziente. Non sono dei «mostri potenziali». Soffrono solo di DOC.

L'unica cosa che gli capita è di soffrire per il timore di poterlo fare. «Neutralizza» quest'ansia con la compulsione, o evita di affrontare situazioni che potrebbero scatenare l'ossessione, evitando accuratamente coltelli, bambini, ed altro. L'ossessivo mette in atto due soli comportamenti. La compulsione, e l'evitamento. Ma né l'una né l'altro sono pericolosi. Compulsione ed evitamento sono semplicemente inadeguati alla situazione, e inutili, sia come pensieri, sia come azioni.

Come facciamo a saperlo? *E i serial killer, e i super-perversi di cui leggiamo nei giornali?*

I serial killer ci sono, lo sanno tutti, ma non sono mica degli ossessivi. Scherziamo? Non c'entrano un bel niente.

*Come lo sai? Ne sei certo al 100%? Magari non conosci proprio tutto quello che si sa sul Disturbo ossessivo compulsivo. Magari proprio questi dati ti sfuggono. Magari non l'hanno ancora scoperto, ed io sono il primo della serie, o l'eccezione che conferma la regola.*

Il lettore a questo punto si rende conto di come funzioni il «metodo di pensare» ossessivo. Che stravolge anche la psicologia come noi l'abbiamo studiata.

*Magari scopro che sono omosessuale, e non me ne sono mai accorto. Magari scopro di essere un killer pericoloso, e me lo sono nascosto per tutto questo tempo.*

😊 *Queste cose non esistono: le*

*troviamo solo in certi filmetti di serie B degli anni '50. Sono solo ossessioni.*

Infine, la vita della persona afflitta da DOC diventa difficile, rigida, rallentata, ripetitiva. Sul piano sociale, notiamo un isolamento progressivo, ed una riduzione delle *chances* professionali.

Caso mai, l'ossessivo tende a far agire le proprie compulsioni agli altri, ed imporre loro i suoi evitamenti. Ma si tratta di comportamenti per controllare, per evitare, non certo di altro tipo.

Per diminuire l'angoscia che le ossessioni gli provocano, l'ossessivo chiede che anche i suoi famigliari partecipino ai rituali compulsivi, per esempio a quelli

della pulizia o a quelli dell'ordine. È utile che il familiare sappia che, dando seguito a questa richiesta, si fa del male al paziente. Perché gli dimostriamo che, malgrado le nostre asserzioni, in realtà ci crediamo un pochino pure noi. A queste cose bisogna opporre un rifiuto cortese ma deciso. E la spiegazione va data integralmente: a fare quello che chiede, si diminuiscono le sue *chances* di miglioramento, ossia si: si contribuisce ad aumentare l'intensità e la frequenza delle sue ossessioni. Attenzione, però: queste cose si dicono con autorevole fermezza, ma anche con autentica gentilezza. E si deve intervenire subito, non aspettare di sentirsi ormai esasperati dalle richieste.

## Il modello dell'«inquilino»

C'è un modello che permette di capire come funzionino – e a che cosa mirino – le ossessioni. Supponiamo che ad un giovane scrupoloso, con una fibra morale in ordine, chieda rifugio un signore (o una signora, se si tratta di una giovane). Chiede solo una stanza. Pagherà l'affitto grazie a preziosi consigli che terranno al sicuro il suo «padrone di casa» da azioni e situazioni che potrebbero nuocere alla sua coscienza, e alla sua buona fama. In particolare, gli insegnerà a distinguere tra le cose buone e quelle cattive, e come prevenirle, e caso mai come controllare, se gli vengono dei dubbi. Così sarà contento di sé stesso, e contenti di lui saranno i suoi genitori, e i suoi amici.

Ora, la sicurezza di distinguere tra il bene e il male, e sapere come fare per evitare passi falsi, così dolorosi alla propria coscienza e alla propria immagine, è un bene assai importante. Ed infatti, l'inquilino, nei primi tempi, se la cava bene. Ma poi, passo dopo passo, chiederà sempre di più. Da una stanza, ne vorrà due, poi tre, poi sempre di più. Alla fine, il padrone di casa si troverà a vivere nel sottoscala, oberato di compiti considerati «essenziali» per il presente e per il futuro.

Sono compiti che con gli anni diventano sempre più pressanti, ma anche sempre meno centrali. Erano una «buona idea», magari, per poi diventare un giogo, un inferno. Con il tempo, l'inquilino diventa il *vero* padrone di casa. E rivela la natura del suo obiettivo. Il suo concetto di «sicurezza» vuol dire ritirarsi in casa, non fare più niente «per prudenza e per

sicurezza», e passare il resto della vita chiusi in stanza, sdraiati sul letto, a guardare il soffitto. E probabilmente, anche lì, fioccheranno altre «raccomandazioni imperative». Senza fine.

È uno dei problemi delle persone molto scrupolose, che finiscono per pensare che il loro impegno non è mai abbastanza, mai all'«altezza dell'obiettivo». Infine, si rende conto che da padrone è diventato schiavo. Chi cade in schiavitù si rende conto che la libertà è un bene prezioso, che è alla base anche dell'autostima individuale. Bisogna recuperarla. È evidente che l'«inquilino» si ribellerà, e inizialmente saboterà il percorso di recupero della persona che vuole recuperare la sua autonomia. Con ossessioni la cui vacuità apparirà però sempre più evidente.

Stiamo parlando di un modello, che permette di distinguere con «chiarezza» tra la persona con DOC, e il suo DOC. Non sono la stessa cosa. Lui stesso si rende conto della propria mancanza di libertà, e, spesso, del destino inadeguato, che ne annichisce il valore.

Non è colpa sua: tutto questo è capitato perché voleva il meglio. Ci ha creduto. Ci hanno inizialmente creduto anche i suoi famigliari. Solo dopo tutti quanti, chi prima e chi dopo, si sono resi conti dell'inganno ordito a svantaggio della dignità del «padrone di casa».

L'obiettivo della persona afflitta da un

DOC è proprio questo: ritrovare dignità, libertà e capacità di utilizzare i propri strumenti di scelta. Che non erano scomparsi o persi. Erano solo stati sepolti

sotto una coltre di polvere.

## La storia di Marco

Vi facciamo l'esempio di un giovane padre, Marco, che soffre soprattutto di pensieri ossessivi. Marco ha una moglie, ed una figlia, una bambina ancora molto piccola. Sempre più spesso viene invaso da un pensiero ossessivo, che ha la natura di un *flash* psicologico: deve pensare, immaginare ripetere, rimuginare che, magari, senza accorgersi, senza averlo voluto, gli potrebbe capitare di perdere il controllo, e di strangolare sua figlia. Questo tipo di ossessioni aggressive si chiamano *phobias d'impulsion*, per quanto non siano fobie.

Non è che non ami sua figlia; non è che gli dia fastidio perché piange troppo, o perché gli ruba del tempo. Al contrario! Le vuole bene, come ogni padre. Ma teme di perdere il controllo, perché il *flash* ossessivo che lo assale è vivido e intenso. Non sa perché dovrebbe farle del male, ma sa che esistono i *raptus*. Chi potrebbe escludere che ne capiti uno a lui? Quindi, per ragioni incomprensibili, ma non improbabili, e senza volerlo, potrebbe diventare un pericoloso omicida.

Sa che il coltello può essere un oggetto pericoloso. La prima misura che prende è

di non toccare più i coltelli. Poi li elimina da casa, ma l'ossessione non scompare. Anche le forbici potrebbero essere usate in modo assassino: assomigliano ad un coltello. Evita così sempre di più di trovarsi da solo con sua figlia, proprio per evitare di farle del male. Poi non rimane con lei neppure in presenza d'altri. Si immagina che, se eviterà di trovarsi con lei, questo terribile pensiero lo tormenterà un po' meno, e comunque le opportunità per farle del male saranno minori. Non ne parla con sua moglie. Che cosa penserebbe, se lui glielo dicesse? Chiederebbe immediatamente il divorzio, e gli impedirebbe di vedere la bambina. Quest'ultima, dal canto suo, osserva con preoccupazione come il marito non s'interessa della bambina, non le dedichi mai del tempo, e non le dia una mano nell'accudirla. Non va più a spasso con loro la domenica, non le accompagna più da nessuna parte. Sembra sfuggire ambedue. Marco non farà mai quello che teme, ma mette in crisi la sua vita familiare con questo comportamento in cui cerca di evitare tutte le situazioni in cui potrebbero intervenire delle ossessioni, ma che non fa che peggiorare la sua situazione.

# Il DOC e gli altri disturbi

## La presenza nella popolazione (epidemiologia)

Per “prevalenza” si intende la presenza percentuale nella popolazione di una regione, e di una determinata epoca. Importante è anche il concetto di “incidenza”. È il numero di nuovi casi che si manifestano in una regione ed in una determinata epoca. Lo studio di questi dati si chiama *epidemiologia*.

Il disturbo ossessivo-compulsivo è frequente. La sua prevalenza<sup>2</sup> su un periodo intero di vita è del 2-3% (Myers, 1984): ossia il 2-3% delle persone, nel corso della vita, se ne può ammalare. Su sei mesi, la prevalenza è dell'1-2%. Ossia, se osserviamo una popolazione per sei mesi, l'1-2% ne è afflitto. Inizia di solito presto, magari già durante l'infanzia, in forma spesso lenta e subdola.

Uomini e donne ne sono colpiti nella stessa misura percentuale, mentre notiamo differenze di suddivisione, tra uomini e donne, a seconda del tipo di ossessione e di compulsione. Gli uomini tendono a contare, verificare; le donne invece sono piuttosto colpite dalla compulsione della pulizia. Ma sono dei dati soggetti a

cauzione, per la difficoltà di effettuare statistiche adeguate.

È probabile che ci sia un sottofondo organico, ossia biologico. Notiamo infatti una vulnerabilità familiare di questi disturbi: un legame tra il DOC e i disturbi dell'ansia e depressivi. Spesso si trovano disturbi dell'ansia o di depressione tra i genitori e i fratelli.

Importante da osservare è il fatto che è presente in tutte le culture, e non solo nella nostra. Beninteso, con contenuti a volte diversi.

Sappiamo che è un disturbo che giunge relativamente tardi dal terapeuta. Ricerche fatte hanno dimostrato che il paziente, per decidere di curarsi, deve «perdere» da 3 a 5 ore al giorno in rituali. Di solito, questo avviene dopo 11-13 anni dall'inizio del suo sviluppo. È però probabile che la migliore conoscenza di questi disturbi ne acceleri la presa in carico terapeutica. Oggi si calcola che la cura interviene dopo 7 anni dall'inizio del disturbo.

---

<sup>2</sup> Per “prevalenza” si intende la presenza percentuale nella popolazione di una regione, e di una determinata epoca. Importante è anche il concetto di “incidenza”. È il numero di nuovi casi

che si manifestano in una regione ed in una determinata epoca. Lo studio di questi dati si chiama *epidemiologia*.

Un tempo sembrava un disturbo estremamente raro. Si riteneva che la sua prevalenza fosse dello 0,5%. Oggi si diagnostica molto più frequentemente, proprio perché si cura. La gente, che comincia a rendersene conto, chiede sempre più spesso una presa in carico. Purtroppo la conoscenza dei metodi di cura è poco diffusa tra i medici e gli psicoterapeuti, e meno ancora tra i pazienti e tra i loro familiari. Talché chi soffre di questi disturbi raramente va in cura prima dei quattro anni dall'inizio del DOC. A meno che non ci sia anche una depressione (la

presenza d'un altro disturbo concomitante si chiama *comorbidità*). Un'altra spiegazione per la bassa prevalenza della malattia rilevata nei decenni passati sta nell'insufficiente sensibilità dei test nei confronti del DOC. Si incontravano bensì malati di DOC, ma non si riusciva ad identificarli con sufficiente precisione.

Per quanto attiene all'età, è un'affezione che colpisce adulti ed adolescenti, meno frequentemente i bambini, per quanto ci siano casi ben noti.

## Il DOC nei bambini e negli adolescenti

### Il DOC nell'infanzia

Sappiamo che i bambini hanno spesso rituali, che servono a tranquillizzarli, specialmente la sera, prima di andare a letto. Non si tratta di rituali patologici: corrispondono a richieste di rassicurazioni materne. Sono rituali che possono perdurare anche nella seconda infanzia.

Ma è appunto nella seconda infanzia che possono insorgere sintomatologie che richiamano da vicino il DOC. Ecco qual è la sintomatologia che possiamo trovare intorno ai cinque anni.

Se il DOC insorge prima dei dieci anni, è utile porsi una domanda sulla sua origine. Non solo rispetto alla possibilità di una prima insorgenza di una sindrome di

Gilles de la Tourette, ma anche perché anche banali infezioni da streptococco, caratterizzate da male di gola, a volte da un poco di febbre, eventualmente con raucedine. Spesso il bambino è consapevole della natura molto «magica» del suo DOC. A volte diventano molto attivi, con un DOC vissuto come una presenza interna di origine estranea. La terapia consiste in un antibiotico che colpisca gli streptococchi. Può ripresentarsi anche più tardi, spesso in coincidenza con altre infezioni streptococciche.

Infine, può tendere ad una certa cronicità, il che non impedisce comunque una cura con antibiotici. Ma allora la terapia va condotta come nel caso di pre-adolescenti.

#### Compulsioni di verifica

- Rituali di riordino di oggetti di scuola, o di casa
- Si evidenziano in casa, nei compiti, e nei giochi, specialmente quando sono soli
- *Tic* motori, stati di iperattività in particolare motoria

## **Il DOC che persiste, nell'infanzia**

Un DOC che non scompare con la cura antibiotica, o che, malgrado la cura, non regredisce, va preso in carico con la psicoterapia.

Va però calibrata secondo l'età del bambino. È una terapia che richiede una presenza importante, che spesso il terapeuta non riesce a garantire. Anche perché dev'essere condotta laddove il bambino abita, non nello studio medico. È quindi indispensabile che la mamma impari la modalità di intervento. Quindi, le sedute terapeutiche hanno luogo a casa, la sera, nei momenti in cui il bambino è a casa con la mamma. Molto utili si sono dimostrati anche i gruppi di genitori di bambini con DOC, da tenere separatamente rispetto ai gruppi per genitori di adolescenti DOC.

La terapia è la terapia comportamentale standard, che si basa sulla esposizione allo stimolo con inibizione della risposta compulsiva. Piano piano, con giudizio, utilizzando le automobiline, le bamboline, e tutti gli altri «strumenti» che il bambino di solito utilizza.

L'esperienza insegna che il cervello giovane risponde di solito bene e abbastanza in fretta. Ma la collaborazione competente del genitore è indispensabile. Siccome si tratta di una situazione ad alto rischio di stress, il terapeuta può sostenere anche individualmente il genitore (di solito la genitrice) in questo compito particolare.

L'esperienza insegna anche che una mamma (o un *caregiver*) che segue le indicazioni discusse con il terapeuta, e le applica bene, noterà in fretta che i suoi sforzi hanno risultati interessanti. È

qualcosa che motiva a migliorare ulteriormente la qualità delle cure. Incoraggia la mamma, e riduce di molto l'inevitabile sentimento di colpa (per quanto irrazionale) che spesso i genitori hanno verso i figli.

## **Il DOC nella pre-adolescenza**

Il DOC si manifesta anche dopo l'infanzia, p.es. dopo i sette anni, e fino alla pre-adolescenza.

Nei pre-adolescenti, l'insorgere del DOC è a volte, inizialmente, meno evidente, anche perché i giovani, a quest'età, tendono a sminuire, a negare o magari a nascondere la sintomatologia incipiente. Sono quindi reticenti, si vergognano di quanto pensano e fanno, e, siccome non sanno che cosa sia il DOC, temono che, se lo raccontassero ad altri, li considererebbero «matti».

L'adolescente DOC lo notiamo stanco, spesso in ritardo, svogliato, irritabile, sconcentrato, depresso, ansioso. Ha difficoltà scolastiche, che nel soggetto sono però nuove ed inaspettate.

Di solito sono confrontati con queste situazioni i genitori, il docente, lo psicologo scolastico (dove c'è), il pediatra, il medico di famiglia. Lo psichiatra infantile vede solo casi molto avanzati, o gravi, di DOC.

È quindi consultato quando la situazione diventa difficile, complessa, dolorosa, e quando la cura è assolutamente indispensabile.

La cura è molto simile a quella dei bambini, in cui però il curante deve stare bene attento a rispettare i momenti difficili del pre-adolescente, che si scontra più

frequentemente con i genitori, e che non subito vede i risultati dei suoi sforzi.

È importante badare molto a rituali meno evidenti, come i rituali di addormentamento, e piano piano «ridurli». A quell'età, ma anche dopo, il DOC tende a ridurre l'autostima del soggetto. Va quindi sottolineato ogni miglioramento, ogni passo – per quanto incompleto – verso una relazione diversa nei confronti di ossessioni e compulsioni. Vanno lodati, sostenuti, e va combattuta la tendenza che hanno di «prevenire» eventuali insuccessi minimizzando i risultati ottenuti. È un bisogno di riconoscimento che spesso appare vitale.

### **Il DOC nell'adolescenza**

L'adolescenza è un periodo «difficile». Il DOC crea grossi problemi a chi ne soffre. In famiglia, può portare dissapori, critiche, o addirittura canzonature. A scuola porta ad una difficoltà di frequenza e di studio.

Spesso deve alzarsi prestissimo, la mattina, dopo avere ridotto il sonno per praticare rituali spesso assai complessi. Ha difficoltà nei percorsi per arrivare a scuola (autobus, treno). A scuola non può evitare situazioni generatrici di ossessioni. Cosa di per sé ottima, se ci fosse qualcuno che lo potesse sostenere. Da solo, è difficile. Riduce anche la possibilità di socializzare. Non sempre: ci sono giovani che hanno amici fidati, ma non è così sempre e dappertutto.

Il risultato è la perdita di esperienze di socializzazione, con amici ed amiche, che determina uno stato interno di incertezza e di percezione della propria inadeguatezza sociale.

Una persona con un DOC iniziato molto presto, e non preso in carico a dovere evidenzia, intorno ai vent'anni, una povertà di esperienze sociali ed affettive, accompagnata da un sempre più forte sentimento di povertà interiore.

È anche un periodo in cui il terapeuta può essere male accetto dall'adolescente. Il DOC può ridurre la solidarietà familiare. D'altro canto, il giovane anela alla propria libertà ed indipendenza, sovrastima la propria capacità di far fronte al DOC «da solo», come si illude. Il terapeuta può essere vissuto come una specie di delegato dei genitori. Ed infatti qualcosa di vero c'è: i genitori giustamente si preoccupano del DOC del figlio, e collaborano con il terapeuta. A volte gli adolescenti vivono la loro ricerca di indipendenza, come se quest'ultima consistesse in una sua libertà totale. Ha difficoltà a capire che il DOC è la gabbia in cui è cascato.

Per terminare, va ricordato che molti aspetti del carattere si fissano verso la fine dell'adolescenza, aspetti che rendono difficile la presa in carico degli adolescenti, presi da emozioni, sentimenti, paure che non sempre riescono a riconoscere e affrontare.

#### *Ossessioni frequenti nei giovanissimi*

- Pensieri che ritornano con insistenza
- Ossessione di malattia dei genitori
- Sentirsi contaminati
- Buscarsi una malattia
- Timore di ferire qualcuno

- Dimenticarsi di qualcosa
- Commettere errori
- Provocare una disgrazia

*Compulsioni frequenti nei giovanissimi*

- Compulsione a contare
- Lavarsi compulsivamente le mani e il corpo
- Utilizzare troppo tempo per i compiti di scuola
- Verificare scrupolosamente tutto
- Rifare compiti e lavori senza riuscire mai a terminarli in tempo
- Intenso bisogno di simmetria
- Bisogno di un ordine immutabile

## Il decorso del DOC: ossia come si sviluppa

Il disturbo DOC inizia già prima dei 20 anni. Spesso intorno ai 12 anni. Negli uomini, inizia di regola prima, nelle donne un po' più tardi. Ma, anche qui, le statistiche non sono convincenti, perché un poco antiquate.

Le ossessioni e le compulsioni possono variare di tema, accrescersi o diminuire, durante la vita. Raramente, però, scompaiono da sole. Capita, ma è meglio non contarci.

Il decorso spontaneo del DOC mostra, dunque, un *andamento cronico*. La cura (farmacologica e psicologica) ha portato ad una prognosi molto migliore rispetto a quella del passato: si osserva un miglioramento nel 50-85% dei casi, che nel 70-80% rimane stabile in un periodo dai tre mesi ai sei anni dopo la cura.

La cura non è un'impresa semplice, tenuto conto dell'ambivalenza del soggetto, e dei suoi meccanismi di funzionamento, come la tendenza all'evitamento. Il paziente DOC, infatti, ha paura di affrontare il *tema*

dell'ossessione, che pure è un elemento centrale. Non teme solo l'ossessione. Vorrebbe, magicamente, che tutto scomparisse, senza dover affrontare niente.

Diventare «cronici» vuol spesso anche dire cadere in un isolamento sociale, e nell'invalidità. È un vero peccato che ancora oggi ci siano persone che hanno dovuto arrivare ad estremi di sofferenza, durante lunghi anni, prima di decidersi a seguire una terapia adeguata.

A volte, non si sa bene chi ne sia responsabile. Non sempre il terapeuta indaga a fondo, ma a volte è il paziente che tace a proposito delle sue ossessioni e compulsioni. Un po' come nelle dipendenze, dove il paziente parla dei propri mali di stomaco, ma del loro consumo alcolico dichiara che «è normale».

Per esempio, un paziente va dal dermatologo perché ha la pelle delle mani screpolata, ma non parla dei suoi rituali di

lavaggio; e se va dallo psichiatra, parla dei suoi disturbi di depressione e d'ansia, ma tace delle ossessioni e delle compulsioni.

È bensì vero che il medico dovrebbe essere lo «Sherlock Holmes» della malattia, ma non è sempre possibile farlo.

C'è anche il rischio che il medico abbia dei dubbi, ma si senta poco preparato a porre domande in proposito. Oppure, non

sia bene in chiaro su quali siano le migliori modalità di presa in carico di questo tipo di disturbi. O ritiene, come ancora capita, che non ci sia niente da fare.

C'è un grande bisogno di conoscenza, di chiarimenti, di informazione, di sapere che cosa consigliare, di sapere che cosa fare, o magari anche solo di sapere *che cosa non fare*, per *non* contribuire al peggioramento della salute di un paziente DOC.

## Le cause del DOC: ossia l'eziologia

I modelli psicologici della mente umana sono complessi: quindi, anche i modelli della cura psicologica sono complessi. Ci sono anche differenze d'impostazione, nello studio dei disturbi DOC. Il DOC è stato visto come il risultato di un apprendimento, come il risultato di conflitti inconsci, come l'espressione di conflitti familiari, come il riequilibrio di una vulnerabilità biologica, e come il risultato di una deregolazione di un meccanismo biologico.

Un tempo, la psicoterapia era una specie di arte, che dipendeva da una teoria generale della mente, che era nel contempo una teoria generale dei disturbi mentali, ed infine una teoria generale della cura. La psicoanalisi è un buon esempio di questa visione.

Oggi non esiste più una teoria generale omnicomprensiva. Ogni disturbo ha una sua teoria specifica, che ne guida la terapia, e che permette delle verifiche sull'efficacia delle strategie e delle tecniche d'intervento.

La psicologia scientifica procede costruendo *modelli locali dell'animo umano*. «Locali», perché un modello universale del funzionamento psichico non è ancora possibile: la ricerca si occupa di singole attività psichiche, oppure di singole reti neurologiche. Poi verifica i modelli, sottoponendoli ad esperimenti. Se l'esperimento non riesce, o l'esperimento era sbagliato, o il modello ha una falla. Deve dunque essere progressivamente corretto e rivisto. Inoltre, queste ricerche non sono segrete, ma vengono proposte al mondo scientifico. *È il metodo scientifico.*

I modelli dell'animo umano, attualmente, sono numerosi, perché l'essere umano è complesso. E le modalità di esame sono spesso differenti. La psiche umana sembra costituirsi gerarchicamente, su di una base biologica, negli anni, con le esperienze, e ma anche su di una base comportamentale arcaica ed ereditaria, studiata dall'*etologia*.

È dunque inevitabile che non ci sia un quadro unico di riferimento nella psicologia. Esistono, invece, molti modelli parziali, ossia *locali*, utilizzati a seconda del fenomeno osservato, e della sua collocazione ambientale.

A volte, manca un'integrazione adeguata tra i modelli: e se c'è, è approssimativa, ma comunque appare utile, visto che una sintesi globale sia, oggi, in pratica, assai poco remunerativa. È quindi inevitabile che il quadro generale in cui operano i vari psicoterapeuti possa essere diverso. Nel senso che, a seconda delle esperienze fatte, delle scuole frequentate, del campo d'attività, e delle attitudini di ognuno, ogni psicoterapeuta focalizzerà ora questo, ora quest'altro aspetto, come centrale per l'essere umano, o per la sua tecnica d'intervento psicologico.

La psicologia costruisce *modelli dei meccanismi che stanno alla base dei disturbi*

*psicologici*, e costruisce questi modelli per intervenire nella loro cura. Si tratta della *psicoterapia*, che è, spesso, piuttosto un modello d'intervento in casi specifici, che non un modello generale valido ovunque. Nessuna «scuola» può però evitare di affrontare i problemi *specifici* dei singoli tipi disturbo: solo la conoscenza della loro «logica» permette di ridurre l'intensità.

Curare una persona che soffre d'ansia generalizzata è diverso dal curare qualcuno che soffre di depressione, di fobia, di dipendenza, di condotte impulsive, di una psicosi cronica, e naturalmente anche di Disturbi ossessivi e compulsivi.

L'essere umano è un insieme gerarchico di livelli, tra di loro correlati, che comprende eredità biologica, meccanismi biochimici, conoscenze istintuali, con comportamenti correlati, dei risultati di apprendimenti, di conflitti di cui il soggetto è più o meno consapevole, di effetti delle nostre relazioni con altri. La nostra personalità attuale è il condensato della nostra storia, e, meglio, della storia dei nostri apprendimenti, della nostra macchina biochimica, e della nostra collocazione in una rete sociale rilevante.

Detto questo, il DOC è però qualcosa di più, qualcosa che va oltre la storia dell'individuo. È quindi indispensabile conoscere a fondo, specialmente proprio nel DOC, quali siano le caratteristiche specifiche del disturbo che si sta curando. Poi, magari, a seconda dell'esperienza e della formazione di ognuno, i dettagli dell'intervento possono divergere.

### ***Qual è l'origine del DOC?***

L'uomo da sempre ha un gran bisogno di cercare e di trovare *la* o *le* origini delle malattie. Ci spieghiamo il raffreddore col

fatto di aver preso freddo; l'appendicite acuta con il fatto di aver mangiato una salsiccia di dubbia provenienza. Ci auguriamo sempre ancora che le cose siano semplici, e che la causalità sia lineare. Ma spesso la ricerca si dimostra complicata ed onerosa. Ma rimane possibile. Spesso non troviamo delle «cause», ma delle circostanze che chiariscono questo o quest'altro elemento del nostro mondo interno – o relazionale.

I ricercatori, siano essi neurobiologi o psicologi, creano modelli, entro i quali cercano di capire e poi di spiegare i meccanismi difficili e complessi di un certo disturbo. Spesso queste conoscenze ne facilitano la cura.

Anche per la malattia DOC sono stati studiati diversi modelli. Uno di questi è appunto il modello neurobiologico. Tra i modelli psicologici, c'è quello cognitivo-comportamentale, che alla sua base pone la teoria dell'apprendimento. Ne parleremo ancora in seguito.

Nel caso del DOC, gli specialisti di *neurofisiologia* suggeriscono che alla base ci sia un disturbo della conduzione elettrica di alcuni centri cerebrali. Si tratta di un disturbo della conduzione dell'eccitazione nervosa legata ad un neuromediatore ben noto, la *Serotonina*. Prova ne è che ci sono delle medicine specifiche, che intervengono in quei meccanismi neurobiologici, migliorandone notevolmente la funzionalità.

Ci sono poi altri modelli psicologici: quello meglio conosciuto è il modello psicoanalitico, descritto innanzi tutto nelle teorie di Freud, ed in seguito anche in quelle dei suoi discepoli. Freud descrive la neurosi ossessiva, che, nel suo modello, come anche altre forme nevrotiche da lui studiate, si sviluppa nella prima infanzia.

Il modello psicoanalitico si basa su una conflittualità endopsichica rimossa, collegata con la cosiddetta «fase anale», che interessa il periodo tra i due e i quattro anni di età. Durante questo periodo inizia l'educazione alla pulizia, e al controllo degli sfinteri, che gioca un ruolo importante in questo momento evolutivo.

### *Sigmund Freud*

La teoria originaria di Freud è oggi desueta. Per quanto la teoria psicoanalitica sia troppo differenziata e complessa per poterla approfondire qui, qualcosa ne dobbiamo dire, perché molte persone ne hanno sentito parlare, e forse, sussiste ancora il binomio «fase anale» e «disturbo ossessivo». Magari può suonare antipatico, però è importante sapere che questi concetti corrispondono ad una ben precisa teoria.

Oggi, gli psicoanalisti parlano piuttosto di un conflitto fra dipendenza ed autonomia. Un conflitto del bambino, innanzi tutto esterno, con la madre o con il padre: da una parte ci può essere un'educazione troppo rigida, e poco incline a tollerare le prime richieste di autonomia del bambino stesso. D'altra parte, il bambino può vivere i suoi impulsi di autonomia e d'aggressività con ansia, tensione, e sensi di colpa. E questi sentimenti vengono interiorizzati.

Oggi forse meno, ma un tempo chi soffriva di DOC tendeva a spiegarselo costruendo una volgarizzazione della teoria psicoanalitica, che serviva a spiegare, se non a giustificare, i loro «strani» e talvolta bizzarri comportamenti.

Purtroppo, queste spiegazioni eccessivamente intellettualizzate non hanno mai

curato nessuno. Va detto che, spesso, l'ossessivo ama disquisire di questi temi, con osservazioni intelligenti. È però a volte un modo molto elegante per nascondere il loro bisogno di evitare pensieri che potrebbero richiamare ossessioni. E per rivalutare quella loro capacità personale, di cui tendono ad avere solo scarsa stima.

### *Lo stress e il DOC*

Poniamo che un paziente con una vulnerabilità DOC si trovi davanti ad una situazione di stress difficilmente sopportabile. «Sfuggirà» alla preoccupazione con una sindrome ossessivo-compulsiva (DOC). Con dubbi, ansia e pensiero o azione «tranquillizzante» (compulsione).

Il DOC occupa la mente della persona che ne soffre. Dalla mattina alla sera. Ma distoglie da altre difficoltà della vita, da emozioni disturbanti, da relazioni insoddisfacenti. Se il DOC occupa la mente, non c'è più spazio per il resto.

Non è un metodo «economico». Perché provoca conseguenze sgradevole, di tipo personale e relazionale, che creano nuovo stress. E il DOC peggiora.

Insomma, la sintomatologia si amplia, si approfondisce, si carica, si differenzia. Creando piano piano nuovo stress. In un circolo vizioso senza uscita - a meno che non s'intervenga sia con medicine, sia con una terapia specifica.

È buona cosa affrontare la situazione stressante, ma questa non fa che far peggiorare il DOC, non ne è la causa diretta.

## Come può finire il DOC, ossia la prognosi

Non è vero che il DOC sia incurabile. Una buona presa in carico può migliorare di molto la qualità della vita. La prognosi generale è buona, ma dipende dall'età, dal momento dell'inizio, dalla presenza di altre difficoltà psicologica, dall'atteggiamento dell'ambiente in cui uno vive, e dall'appoggio adeguato che riceve.

Possiamo pensare ad una prognosi favorevole nei casi solo episodici, con pochi sintomi, nelle persone dotate di una buona introspezione, e in persone che mostrano inizialmente anche ansia e depressione.

Più difficile è la terapia quando le compulsioni sono solo nel pensiero, quando i sintomi creano scompiglio e irritazione in famiglia, quando dura da molti anni, quando c'è un disadattamento sociale, e quando il DOC sembra «aiutare a vivere». I farmaci migliorano la prognosi, in particolare le prognosi meno favorevoli: lunga durata del disturbo, presenza di altri casi in famiglia, alta compulsività, inizio molto precoce, presenza (comorbidità) di altri disturbi.

La prognosi generale del DOC è relativamente buona, se si interviene con una cura adeguata. Una prognosi generale buona circa i risultati della cura ci sarà se la malattia si presenta in forma episodica, con una depressione, e se scompare con l'uso di antidepressivi. È buona anche quando i sintomi (ossessioni e compulsioni) sono pochi, per quanto magari intensi.

Un altro indice di buon risultato possibile è l'intensità dell'ansia. Quanto più è forte, tanto migliore sarà la prognosi. Qualcosa di simile sembra valere anche per la depressione che sovente accompagna il DOC.

La capacità di valutare l'irragionevolezza di ossessioni e di compulsioni è un elemento di buona prognosi, ossia se c'è una buona autocritica, accanto al solito dubbio ossessivo («ma chi può escludere che...?»). Il paziente vede più facilmente il senso della terapia standard del DOC.

È importante che il paziente abbia una ragione per uscire dal DOC. Un compito familiare, professionale, il desiderio di nuove cose nella vita, e una certa ambizione al miglioramento della sua situazione. La famiglia, e l'integrazione professionale sono punti di forte motivazione in una terapia.

In questi casi, la motivazione è così forte da spingere il paziente a perseverare nel suo sforzo per uscirne.

Meno buona è la prognosi, quando notiamo che le compulsioni sono piuttosto pensieri che non azioni: i fenomeni sono allora solo di tipo psichico, e sono difficili da mettere in evidenza, al punto che traspaiono magari solo con fatica, obbligando il paziente allo sforzo di pensare ad alta voce.

Anche la durata della malattia ha un effetto sulla valutazione della prognosi. Ci sono persone per cui, in fondo, hanno fatto un patto con il loro DOC: hanno accettato

la presenza dell'inquilino, come di una persona un po' prepotente, un po' troppo insistente, ma in fondo è meglio di un presente doloroso o vuoto. Sono pazienti che si sono rassegnati. Il primo lavoro da fare con loro è riscoprirne la motivazione.

Di per sé, la depressione in un paziente DOC che non ha mai avuto depressioni in precedenza è indice che questi è arrivato ad un punto di non ritorno. La depressione è la sua risposta ai tentativi non riusciti di far fronte da solo. Indica che il paziente aspetta solo di poter aprire una nuova porta per poterne uscire.

Conviene qui osservare che questo tipo di depressione, accompagnata da una psicoterapia, può essere validamente affrontata anche grazie ai farmaci oggi in uso.

La prognosi sarà invece piuttosto negativa, quando il paziente, più che depresso, appare «depressivo», ossia tendente ad essere rinunciatario: si dà per vinto prima di provare. È stanco, ha provato mille volte, e tutte le volte ha subito una sconfitta.

Di solito, l'isolamento sociale, e i comportamenti in contrasto con le aspettative sociali usuali sono un segno di prognosi negativa. Il che non è raro con i pazienti DOC: tendono ad evitare le persone che conoscono, a nascondersi, o hanno addirittura perso le amicizie o il lavoro.

La prognosi è piuttosto negativa, se la famiglia del paziente mostra un'alta emotività espressa di fronte all'affezione, ossia se la considera uno scandalo, una vergogna, un fastidio maggiore, e se critica aspramente ed abitualmente il suo familiare per questa ragione. Su questo

disturbo della relazione è però efficace la *psicoterapia familiare*, che permette di migliorare le circostanze in cui la presa in carico della malattia viene effettuata.

- Tra il 24 e il 33% dei casi notiamo un'evoluzione fluttuante.
- Tra l'11 e il 14% dei casi notiamo un'evoluzione con remissioni e ricadute.
- Le remissioni spontanee sono rare (meno del 20%).
- Oltre il 50% mostra un'evoluzione cronica.

Il farmaco, ad ogni buon conto, non è la pastiglia magica che scaccerà il DOC, ma uno strumento in determinati casi indispensabile. In particolare laddove la prognosi potrebbe apparire poco favorevole, o dove ci sono troppa ansia, o una depressione marcata. Di certo, però, la terapia psicologica è più facile e più a suo modo «veloce» con i farmaci giusti.

L'esperienza insegna che non tutti siamo sensibili a qualunque medicamento. Alcuni sopportano male la clomipramina, altri sopportano male questo o quel nuovo antidepressivo serotoninergico. Spesso, il cambio di medicamento rappresenta una buona soluzione.

Esperienze ormai vecchiotte, fatte con la clomipramina e con i farmaci SSRI, indica che il miglior livello di miglioramento globale raggiunge «solo» il 70% (50-85%).

Può capitare che un paziente ritenga che questo livello di miglioramento gli basta: forse era proprio quanto desiderava poter raggiungere.

## Con quali disturbi si accompagna, ossia la *comorbidità*

Molti disturbi tendono ad accompagnarsi ad altri. Sembra a volte esistere una certa «preferenzialità» di un disturbo per un altro. Questo fenomeno è importante, e vale la pena discuterne con il proprio paziente. Vanno ricordati la depressione, e i disturbi d'ansia. Non sappiamo se questa «preferenzialità» derivi una comune origine, oppure sia indizio per un'accresciuta facilità di passare dall'una all'altra, o infine se il DOC, alla fine, per via dei suoi sintomi e della sua cronicità, tende a suscitare in chi si aspettava un migliore risultato per i suoi sforzi.

La *comorbidità* è un concetto importante nella psichiatria moderna (e in genere nella medicina). Si tratta del fatto che un disturbo si accompagna ad un altro disturbo, con una frequenza significativa. Ossia, tra i due disturbi *c'è un qualche legame*. Nel caso del DOC, troviamo in particolare la *depressione*.

Il medico o lo psicologo dovrebbero chiedere sempre ad un nuovo paziente, se magari ha sofferto di ossessioni in passato. Infatti, il disturbo DOC può assumere l'aspetto di una malattia cronica, che ogni tanto si acutizza. Non in tutti è stabilmente cronica.

Nella storia clinica dei pazienti DOC troviamo a volte anche sindromi depressive. Appaiono strettamente legate a sviluppi ossessivi e compulsivi, nel senso che durante un episodio depressivo è possibile sviluppare una sintomatologia DOC tipica, che regredisce con la regressione della depressione. Vice-versa, un DOC che dura da troppo tempo può provocare una depressione.

Che ci sia una relazione, sembra certo. Circa il 30-50% dei pazienti DOC che vengono in consultazione presentano uno stato depressivo chiaro. Non si può sapere

se i disturbi ossessivi e compulsivi sono una variante d'un disturbo dell'umore, se rappresentino la causa di una depressione secondaria, o se sono solo uno dei sintomi d'una depressione primaria. Solo seguendo il paziente lo si potrà scoprire.

Un poco meno frequenti, ma sempre presenti in modo significativamente alto, sono i disturbi ansiosi e fobici: dal 30 al 50% dei casi.

Va verificata anche la presenza, prima del DOC, della *Malattia di Gilles de la Tourette*: si tratta d'un'affezione neurologica infantile, con *tic* motori e verbali, nei casi più tipici caratterizzata da turpiloquio, mentre nei casi frusti è caratterizzata da emissioni fonatorie non necessariamente articolate. Il disturbo di Gilles de la Tourette ha a che fare con una disfunzione dei sistemi cerebrali che sono toccati anche nel DOC, almeno in parte. Sappiamo che alcuni pazienti DOC *attuali* hanno avuto una diagnosi precedente di *Malattia di Gilles de la Tourette*. Le relazioni tra questa malattia e il DOC sono comunque tutt'altro che chiare. Chi ne soffre ha una scarsa consapevolezza di malattia, e il disturbo sembra sfuggire all'attenzione del paziente. Non si cura con i medicinali antidepressivi che

utilizziamo nel caso dei DOC. È un disturbo molto singolare, rilevante anche sul piano sociale. Per molti pazienti della Malattia di Gilles de la Tourette si pone anche un problema sociale (il lavoro) e relazionale (le conoscenze e gli amici).

È un aspetto presente anche nel DOC vero e proprio: la sua insorgenza in età adolescenziale riduce le esperienze emotive e relazionali tipiche per l'età.

Troviamo non di rado anche un *Disturbo di personalità* (specialmente i disturbi legati alla sicurezza di sé, alla tendenza a dipendere da altre persone, e ad una certa rigidità di carattere), con una comorbilità del 15-30%.

È interessante osservare che il Disturbo di carattere «anancastico» (detto anche «ossessivo») è bensì, presente, magari anche in maniera significativa, ma non è così frequente come si potrebbe in linea ipotetica ritenere. Il paziente sa di essere un poco stravagante, nei suoi rituali (di riordino, di accumulo, di controllo), ma li ritiene in fondo una parte di sé, eventualmente imposta ai suoi famigliari, ma che per lui non giustifica una cura, perché non ne soffre.

L'esperienza clinica insegna che nella storia di molti pazienti DOC ci sono anche dei *Disturbi della alimentazione*, in particolare *anoressia* e *bulimia*. Perlopiù

si erano presentati prima dell'inizio del DOC.

Nuove ricerche hanno evidenziato «paralleli» tra il DOC, i disturbi d'ansia, i disturbi dell'alimentazione, e i disturbi da dipendenza (con o senza sostanze). Sono «paralleli» ancora in discussione, evidenti però se si considera la somiglianza nella presa in carico farmacologica e nella presa in carico psicoterapeutica. Ci sono anche elementi neuropsicologici comuni

Chi impara a occuparsi delle persone con DOC, impara anche gli strumenti fondamentali (farmacologici e psicoterapeutici) con cui è possibile affrontare in modo adeguato anche le dipendenze («addizioni») con o senza sostanze, i disturbi ansiosi, e i disturbi dell'alimentazione.

Questi pazienti sovente evidenziano ossessioni, compulsioni anche molto complesse, una percezione di inabilità personali, di mancanza di un sentimento del valore di sé, o degli obiettivi inadeguati da raggiungere, di conflitti con i famigliari, di difficoltà a scuola e sul lavoro.

Si renderà conto anche di un altro tratto comune: la tendenza a nascondere i pensieri e i comportamenti problematici, malgrado la sofferenza di cui proprio questi pensieri e questi comportamenti sono la causa.

## Come si acquisisce il DOC: ossia la patogenesi

Ossia:

**Il meccanismo ossessivo e compulsivo è implicito in ogni persona, anche se non ha nessun tipo di DOC.**

Chi ha letto le pagine precedenti potrebbe avere l'impressione che, curabile o no, il DOC ha le sue radici biologiche difficili da raggiungere.

In realtà, il *Disturbo ossessivo compulsivo* (DOC) «s'impara». Certo, ci sono persone che hanno una maggiore facilità ad «impararlo» che non altri. Ed è anche certo che, visto che si impara, il risultato dell'apprendimento si trova «iscritto» nelle persone che lo hanno imparato. Ma questo è perfettamente normale. Il meccanismo dell'apprendimento è del tutto normale.

Il DOC riduce una tensione interna grazie ad un pensiero o a un gesto (la compulsione!). Si tratta del meccanismo tipo dell'acquisizione di qualunque comportamento. C'è un «premio».

Alla fine questo meccanismo diventa un «circolo vizioso». La tensione ritorna, e la compulsione, proprio perché viene ripetuta spesso, riduce la sua capacità di lenire la tensione. E quindi il ritmo tensione / compulsione aumenta: diventa sempre più frequente e articolata.

Il meccanismo d'apprendimento del DOC è un aspetto perfettamente normale in qualunque persona, anche se non ha il DOC. Il problema, caso mai, sta nel circolo vizioso, altro meccanismo umano perfettamente «normale»

Per questo, adesso, cerchiamo di capire meglio *come* funziona questo «circolo vizioso»

**D ?** Ossia: arriva un pensiero, un dubbio, un'incertezza

Supponiamo che io abbia un pensiero, per esempio un dubbio ossessivo – un'ossessione, insomma: «Magari mi sono sporcato le mani»; oppure «Temo di aver detto qualcosa di scortese». Oppure «Ma avrò spento la luce?»

Questo mio dubbio lo valuto come una possibilità: è *davvero* possibile che io abbia le mani sporche, è possibile che io abbia detto qualche cosa di sconveniente, è possibile che io abbia lasciato aperta la porta. Abbiamo dunque un'idea intrusiva, che porta un dubbio (ossessione), e la possibilità che questo dubbio venga confermato.

**S**  Ossia, che cosa significa questo pensiero *in me*?

A questo dubbio, ognuno di noi cercherebbe di attribuire un significato: è una tendenza propria alla natura umana. «Se le mani sono sporche, potrei infettare tutti quanti in famiglia». «Se la porta non è chiusa, potrebbero entrare dei malviventi, e far del male ai miei cari». «Se ho detto

qualcosa di sconveniente, scadrò orribilmente nella stima altrui». Ora, la responsabilità di tutto questo è di nessun altro se non del soggetto. Ne consegue la paura di essere giudicato (da sé e da altri) *stupido, incapace, insufficiente, o malvagio*. È una valutazione che deriva da un importante senso di responsabilità morale, tipico dell'ossessivo: non si può permettere che queste cose accadano, neanche in forma ipotetica. È una visione morale, assai rigida, di responsabilità, e di dovere, cui non si può mancare, neanche per svista.

### **E** Ossia, è molto sgradevole

Siccome l'ossessivo misura male il grado di probabilità (infatti vuole una certezza al 100%, che però non si trova mai), si sente ansioso, agitato, teso. Per lui, una probabilità del 20% è quasi un evento certo, imminente (qui troviamo l'aspetto «Una cosa pensata, è una cosa quasi reale, pressoché esistente»). Ne consegue una grande angoscia, che richiede d'essere sedata. La sedazione dell'ansia si chiama *neutralizzazione*.

### **N** Come affronto questa situazione, come ne posso uscire?

Di solito, le persone alzano le spalle, non gliene importa niente, o si dicono “vedremo poi quando sarà il momento”. Oppure “Un qualche Santo provvederà”.

Ma sappiamo che le persone ossessive si sentono molto toccate dal rischio di poter combinare un brutto guaio, ed anche della paura di fare una figura poco adeguata agli occhi altrui.

Dovrà affrontare il compito di sedare l'ansia rispettando questo a suo modo di essere. Deve fare qualcosa per ridurre al massimo il rischio. Magari con un rituale,

o con ambedue. Per esempio, *lavandosi* le mani, o *riordinando* la casa. Spesso non basta. Allora è «utile» un controllo più accurato, spesso ripetuto. L'ospite che teme di avere detto qualcosa di sgradevole ai presenti può enumerare le persone presenti, prevedendo di trovare un pretesto per telefonare loro, per vedere se loro se ne sono accorti o no.

Chi teme di avere potuto *investire* un ciclista con la tua auto, senza rendersene conto, dapprima fa un controllo della sua *memoria*. Poi un controllo dell'*auto*. Poi rifà il *percorso*. Ma spesso non basta. Allora serve fare un controllo *più accurato* dell'*auto*. Se non trovi niente, può telefonare alla *polizia* stradale, o al più vicino ospedale, per sapere se magari loro sono al corrente di un incidente.

In altre parole, un gesto, una parola, un'azione molto complessa (lavarsi, controllare) vengono scelti come modo per calmare l'ansia. Si parla, appunto, di *compulsione*, o di *rituale*. In realtà, scoprire che la memoria non è una telecamera, e non trovare niente, non fanno che peggiorare l'ansia e il film catastrofico che si forma per via dell'ansa.

Questi tipi di controllo non servono, anzi, possono causare il peggioramento dello stato d'ansia.

Tanto più poi che, a quanto pare, questo timore è privo di fondamento. Me ne sono accertato chiedendo alla polizia cantonale. Non esistono casi in cui una persona abbia investito qualcuno “senza accorgersi”. Il colpo si sente, sia all'udito, sia al tipo di reazione dell'automobile. Persino i macchinisti delle ferrovie se ne accorgono. Persino di notte, quando sulla linea non vedono se c'è qualcuno. Ma la locomotiva fa un rumore, breve, ma

distinguibile. Se lo sente, è obbligato a telefonare alla stazione più vicina.

Un altro metodo è evitare di affrontare le situazioni che in un qualche modo possono risvegliare l'ossessione. Per esempio, girando con i guanti, oppure facendo chiudere la porta a qualcuno. Oppure isolandosi da amici e conoscenti. *Evitando* di vivere come si vive usualmente.

Quando l'ansia scompare, si parla di *neutralizzazione*. Non sempre scompare grazie alla compulsione. Spesso scompare, ma solo quando ha tolto le forze della persona. D'altro canto, quanto più una persona cerca di difendersi dall'ossessione, tanto più l'ansia aumenta, perché sta proprio chiamando l'ossessione, la va a cercare. Di per sé, le ossessioni, lasciate al loro corso, durano pochi minuti.

Va osservato che il calo dell'emozione ansiosa, ossia se l'ansia si calma, apre allora ad *un circolo vizioso d'apprendimento*: quando il dubbio ossessivo si ripresenta, l'azione (l'evitamento, o il rituale, agito o pensato), utilizzati in precedenza verranno riutilizzati per allontanarlo. Così il singolo «impara» che, se certi pensieri lo disturbano, altri pensieri o delle azioni lo possono tranquillizzare, allontanando il pensiero importuno. Si forma un circolo vizioso che può essere interrotto soltanto se si blocca non tanto l'insorgere dei pensieri, cosa impossibile, quanto, piuttosto, l'utilizzo dei meccanismi di neutralizzazione.

### ***Il dubbio intrusivo – l'ossessione***

#### **D? L'ossessione**

Il «dubbio intrusivo» è chiamato anche «ossessione». Questa è composta da un'idea, da una rappresentazione, da un *flash*, e dal dubbio che magari l'aspetto negativo, l'uscita catastrofica sia molto più probabile di quanto non sembri. L'ossessione, ricordiamoci, è caratterizzata da una grande persistenza e pervasività. I pensieri intrusivi, in forma di dubbio, sono di molti tipi. Ne abbiamo parlato a sufficienza.

Di per sé, avere un dubbio intrusivo non è un fenomeno patologico. Di solito, le persone che *non* sono afflitte da DOC riescono a rimandare, a soprassedere, ad accettare che si possa aver un dubbio. Ma per farlo bisogna avere recuperato la propria capacità di affrontare il caso, e le proprie responsabilità.

Perché l'ossessivo non riesce a distanziarsi dal suo dubbio, e pensare ad altro? Per cominciare, perché probabilmente si rende conto che quanto teme non è necessariamente impossibile. Poi, evidenzia una certa rigidità nel suo modo di pensare, che si manifesta in una predisposizione al pensiero dicotomico («o bianco o nero», «o tutto o niente», «o giusto o ingiusto»), una propensione a fare solo le cose «giuste», e secondo una corretta ripartizione. «Una sia pure ridottissima possibilità è inaccettabile».

C'è poi una valutazione di significato esageratamente personalistica della responsabilità verso la situazione cui il dubbio accenna, o verso un sentimento di catastrofe personale, nel caso in cui il dubbio si dovesse concretizzare.

A volte, subentra addirittura un errore di valutazione della probabilità, ossia del rischio: il paziente DOC, a volte, sopravvaluta la possibilità che possa capitare quello che teme, o addirittura è convinto che

possa capitare senz'alcuna difficoltà. Non si rende conto che l'intera nostra vita ha un aspetto «casuale» inevitabile.

A questo punto è evidente che il paziente DOC diventi ansioso, e che «deve» allora fare qualcosa per impedire che capitino un guaio. O quanto meno, per mettere subito rimedio al guaio che magari ha causato.

### ***L'effetto emotivo del pensiero intrusivo***

#### **S Il senso morale**

Il pensiero intrusivo, ossia l'ossessione, e il suo «significato», fanno leva sul *sentimento etico* della persona: che si sente chiamata ad impedire che l'eventuale danno commesso prenda piede. Non devono capitare guai, perché sarebbe terribile. E fanno leva anche sulla *vergogna*, ossia sul rischio di apparire impari rispetto alle aspettative altrui.

«Devo impedirlo ad ogni costo». «Se non controllo il pensiero, non controllo l'azione». «Devo controllarmi».

Abbiamo qui un appello alle *capacità* e alla *moralità* del singolo, che si sente personalmente responsabile dei pericoli impliciti nel rischio, perché ha la sensazione che incomba una catastrofe.

- C'è chi valuta male la probabilità, e ritiene che solo una certezza del 100% permetta di tranquillizzarsi.
- C'è chi mira alla completezza: se non è in chiaro di tutto, sempre, su tutto, con un controllo totale (anche qui: al 100%), non si sente tranquillo.
- C'è poi chi ha un pensiero piuttosto magico, e in fondo crede un po' ai suoi timori. Ossia: non è certo che si tratti di un dubbio ossessivo.

Se alcune considerazioni riguardano la moralità, altre riguardano il rischio di apparire meschino o incompetente. Il soggetto non vuole fare nulla di male, e spesso il singolo sa benissimo di non avere mai fatto niente di male, ma il dubbio diventa così intenso da stravolgere il pensiero, per via dell'intensità dell'angoscia.

Tutti i pazienti DOC credono in una qualche misura alla propria responsabilità, anche perché valutano male la probabilità del rischio, e le loro capacità di controllo. C'è chi crede che solo la completezza e la perfezione sono ammissibili. Solo una decontaminazione radicale li rende accettabili: ben convinti che le mani «sporche» siano piene di batteri pericolosissimi.

Di solito, chi ne soffre ritiene che «gli altri» siano immuni da problemi del genere, perché si sanno controllare, e sanno tenere sotto controllo il mondo in cui vivono. Hanno la fortuna di possedere la certezza e l'efficienza al 100%. È sbagliato, ma è difficile che il malato DOC lo ammetta.

### ***L'emozione negativa***

**E ** L'ansia assume un livello alto se arriva un pensiero, un dubbio, un'incertezza

Quando parliamo di «emozione», nel campo dei Disturbi ossessivi e compulsivi, intendiamo *emozioni negative*: ansia, tensione, paura, terrore, agitazione, e così via.

*L'emozione* proviene dal significato attribuito alla possibile mancanza, al possibile errore, alla scoperta di qualcosa che non era stato previsto.

Il soggetto si sente dunque preso tra la propria coscienza, e il giudizio altrui.

«Mancare» all'immagine che uno ha di sé, e mancare a quella che gli altri (legittimamente) si fanno di te, è terribile. Perché così si svela una cosa molto dolorosa: l'incapacità del soggetto. Non è un sentimento strano: credo che sia noto a tutti.

L'emozione negativa è l'angoscia, che notiamo nell'irrequietezza, nell'agitazione, nel bisogno d'agire, e nella tensione interna. Cresce nella misura in cui non è neutralizzata da qualche cosa: un ragionamento logico non sempre ha effetto, nel senso che la tendenza dell'ossessivo a richiedere spiegazioni certe al 100% non facilita la discussione. Il gesto magico è di certo più semplice e diretto.

La terapia mira ad abituare la persona affetta da problemi DOC a sopportare il pensiero che la certezza al 100% non esiste per nessuno.

Va detto che gli ossessivi non fanno, di solito, che questa emozione gradualmente si smorza, se si riesce a parlarne sul momento, con qualcuno, oppure se si aspetta per un periodo di tempo adeguato.

Al contrario, il paziente DOC ha spesso l'impressione che, se non riesce a smorzarla in un qualche modo, potrebbe anche morire, o comunque non sopravvivervi.

Nella terapia sono centrali le riflessioni circa questi dati di esperienza. Il grado di responsabilità, il grado di certezza, il grado di coinvolgimento morale, il grado di probabilità sono aspetti del pensiero e del giudizio da mettere accuratamente a fuoco. Si tratta di «smontare» il «metodo» del pensiero ossessivo.

### ***La «neutralizzazione» dell'ansia***

## **N**

La neutralizzazione, avvenuta grazie a *compulsioni*, tra le quali l'*evitamento*, può essere raggiunta spesso come metodi complessi e tempofagi, chiamati *rituali* che servono a «rimettere in ordine» e a scacciare il dubbio intrusivo che ha scatenato l'ansia, e quindi ad estinguere l'ansia stessa.

Ma è una convinzione che appare solo dopo un apprendimento sbagliato (un apprendimento a «circolo vizioso», che mette in relazione una situazione, uno stato d'animo, ed un comportamento, in un modo scorretto.

Quindi, chi teme di avere scritto cose difficilmente comprensibili, deve controllare; chi teme di avere fatto del male a qualcuno, deve verificare; chi teme che lo sporco contaminerà, deve lavare; chi teme che il disordine possa essere causa di guai, deve riordinare, chi ritiene pericoloso dimenticare qualcosa, deve marcare tutto; chi teme di aver potuto investire qualcuno senza rendersene conto, deve ripercorrere la strada.

È necessario osservare che, in realtà, la cura passa proprio tramite l'*impedimento della neutralizzazione*. Se il soggetto riesce a non reagire con un rituale, dapprima sarà angosciato. Ma poi l'ansia passa. Si rende conto che può affrontare un'ansia comprensibile, specialmente perché la terapia cognitiva aiuta ad analizzare gli apprendimenti sbagliati.

Potrà imparare come rimanere calmo, come analizzare meglio le «conseguenze» suggerite dal suo inquieto. E imparare così a vivere meglio. Conoscere permette di dominare, di ritornare padroni di casa.

## La biologia del DOC e la terapia farmacologica

CLOMIPRAMIN	Anafranil	almeno	150 mg / die
FLUVOXAMIN	Floxyfral		100-300 mg / die
SERTRALIN	Zoloft, Gladem	massimo	200 mg / die
PAROXETIN	Deroxat		40-60 mg / die
CITALOPRAM	Seropram		40-60 mg /die
ESCITALOPRAM	Cipralex		20-30 mg/die
FLUOXETIN	Fluctin		20-60 mg / die

*Lista dei farmaci oggi utilizzati nella cura del DOC. Nella prima colonna c'è il nome generico, seguito dal nome proprietario. La colonna di destra indica un dosaggio medio. Oggi esistono anche preparazioni dette «generiche», equivalenti, ma meno care.*

### La biochimica del cervello

Il cervello è una gigantesca macchina comunicativa, composta da elementi funzionali non equivalenti. Ossia: ognuno ha la sua funzione. Queste reti funzionali sono intracellulari, intercellulari, tra una entità e l'altra. Tendono a «regolare» il funzionamento dell'entità: o stimolano, o riducono. Con molti metodi: biochimici o elettrochimici, locali o sistemici. Molto dovrà ancora essere studiato.

Per far passare l'informazione da cellula a cellula, da sistema a sistema, utilizza sostanze dette *neuromediatrici*, si trovano negli spazi tra le cellule. Queste sostanze vengono in contatto con le cellule in luoghi cellulari specifici, sulla membrana della cellula, detti *recettori*. Contribuiscono quindi al loro adeguato funzionamento.

Nel nostro cervello (ma anche dappertutto, nel nostro corpo) troviamo anche altri neuromediatrici: la noradrenalina, la dopamina, il glutammato, l'istamina, l'ossitocina, e molti altri ancora.

Ci sono sostanze che li possono bloccare, inibendone quindi l'azione. Ci sono sostanze che regolano i neuromediatrici. Ci sono sostanze inibitorie e sostanze stimolanti, in una serie di equilibri spesso assai variabili.

Non ci sono solo sostanze provenienti dall'esterno, ma anche meccanismi interni, in parte gestito dai geni della persona.

Molti disturbi del funzionamento della psiche umana ha a che fare con questi meccanismi non ben noti.

Per ragioni che non conosciamo appieno, le ossessioni e le compulsioni hanno a che fare con un neuromediatore, chiamato *Serotonina*, e con i suoi recettori cerebrali. La serotonina è un'importante sostanza prodotta da certe cellule cerebrali, che serve a diffondere un certo tipo d'informazione nel cervello.

Di solito, quando la manca, i recettori, che ne percepiscono la carenza, tendono ad

aumentare di numero. È curioso osservare che un fenomeno di carenza di serotonina è sospettato anche nel caso della depressione. Forse questo significa che il DOC ha qualche cosa a che vedere con la depressione.

Il *sistema serotoninergico* (appunto: «che funziona con la serotonina») è la rete biochimica tramite la quale si può migliorare lo stato del paziente DOC. Grazie ad un'adeguata somministrazione di farmaci.

### **DOC e centri cerebrali**

Sappiamo che nel DOC centrali il funzionamento nel cosiddetto «sistema limbico», un gruppo di centri che ricevono informazioni anche dagli organi di senso, e che gestiscono le emozioni. L'amigdala, in questo sistema, sembra essere la principale «operatrice». Con altri centri locali, gestisce in particolare le emozioni (ansia), e decide il tipo di comportamento da adottare. Ha anche un collegamento con il lobo prefrontale.

Di fronte ad una sostanza che genera disgusto, decide che lavarsi è la strategia migliore. Tuttavia, non riceve abbastanza informazioni per decidere quando smettere il lavaggio. Dovrebbe intervenire il lobo prefrontale, ma se la comunicazione tra ipotalamo e lobo prefrontale non funziona bene a causa del tratto che li unisce, non riesce a smettere dell'ipotalamo. Ora, questo tratto ha come neurotrasmettitore la serotonina. L'apporto di serotonina ne migliora l'efficienza, ma anche l'esercizio, ossia una sorta di «allenamento», affine al tipo di psicoterapia che sarà descritta in seguito, ne migliorano notevolmente la funzionalità.

### **Perché una cura farmacologica**

L'assunzione di farmaci è una scelta, che può essere fatta oppure no. L'esperienza insegna che, però, una cura farmacologica di regola accelera il risultato della psicoterapia. Inoltre, riduce l'ansia, e un'eventuale depressione. Di per sé non è indice di una gravità del DOC, e non è neppure l'«ultima spiaggia».

È indispensabile nel caso di un'ansia molto intensa, acuta o cronica, o di uno stato depressivo marcato, che richiede comunque una presa in carico adeguata.

Non implica una futura dipendenza da farmaci, ma, certo, richiede chiarezza nelle indicazioni, e attenzione nel seguirla. Non è una cura fai-da-te.

### **Una famiglia ibrida: gli antidepressivi «serotoninergici»**

DOC e depressione hanno a che fare *anche* con una scarsa presenza del neuromediatore serotonina nello spazio tra i neuroni, in certe localizzazioni cerebrali. La somministrazione di antidepressivi in caso di depressione ha dimostrato che questa migliora la depressione, ma, se c'è, fa migliorare anche il DOC. Non vale per tutti gli antidepressivi, ma solo per quelli che determinano *selettivamente* un aumento di serotonina negli spazi intercellulari, siccome ne riducono il riassorbimento («inibiscono la ricaptazione della serotonina»). Per questo si chiamano «farmaci serotoninergici», ossia operano sulla serotonina (SSRI). Questi farmaci non sono quindi «solo» antidepressivi, sono anche «anti-DOC», proprio per queste loro caratteristiche biologiche.

Questo gruppo di medicinali è in grado di ridurre i livelli di sofferenza causata dal

DOC, e favorire l'efficacia della psicoterapia messa in atto.

Nel DOC, il farmaco serotoninergico comincia a fare effetto solo dopo 4-6 settimane. Nelle depressioni, invece, l'effetto è più precoce. Lo notiamo dalla riduzione dell'ansia rispetto alla confrontazione con lo stimolo DOC: diventa un poco più facile, facilità che si riverbera però in genere su tutte le difficoltà tipicamente "Doc". Mettere in atto una terapia farmacologica richiede una buona collaborazione tra paziente e medico.

Alcune persone presentano buoni risultati già con il primo medicinale prescritte. Altre, invece, devono sperimentare altri farmaci serotoninergici, al fine di verificare quale sia efficace nel loro caso. È l'effetto della differenza biologica tra gli esseri umani, non è il caso di spaventarsene, per quanto sia una faccenda che richiede attenzione.

A parte la clomipramina, questi farmaci sono meglio gestibili che non gli altri farmaci anti-depressivi non-SSRI. Hanno relativamente pochi effetti collaterali, e meno interazioni con altri farmaci.

La terapia farmacologica del DOC non comporta la serotonina, ma dei farmaci che aumentano la presenza della serotonina negli spazi intercellulari, laddove ne esista una carenza.

La conoscenza della ripartizione dei neurorecettori e dei neuromediatori dunque ci permette di somministrare medicine già esistenti da tempo, e quindi ben note, perché utilizzate nella cura delle depressioni, che anche loro hanno a che fare con la carenza di serotonina.

Si tratta degli inibitori della ricaptazione della serotonina, d

Il primo inibitore della ricaptazione della serotonina è stato la Clomipramina (che mantiene una grande efficacia, malgrado i suoi effetti collaterali sgradevoli).

La clomipramina è ancora in uso, specialmente nei casi «difficili». Ma oggi i farmaci maggiormente utilizzati sono i moderni inibitori *selettivi* della ricaptazione della serotonina (SSRI).

La farmacoterapia raramente risolve del tutto le ossessioni, salvo nel caso in cui il DOC si presenti assieme ad una depressione vera e propria.

### **I farmaci «serotoninergici»**

#### ***Clomipramina***

La clomipramina è uno dei primi farmaci antidepressivi apparsi sul mercato. È un farmaco tricyclico, ossia non ha nulla a che fare, sul piano della struttura, con i più moderni farmaci anti-DOC. Ha più effetti collaterali che non i farmaci più moderni, per cui di solito viene utilizzata solo in «seconda battuta». È comunque un farmaco prezioso, perché molto efficace. Può essere utilizzata a partire dai 10 anni.

#### ***Interazioni da evitare***

Malattia cardiaca con disturbi del ritmo  
Glaucoma oculare ad angolo chiuso  
Ipertrofia prostatica  
Epilessia  
Alcol

#### ***Effetti collaterali***

Secchezza delle mucose  
Tremolio  
Sonnolenza

Costipazione  
Disturbi dell'eiaculazione  
Fatica  
Sudore profuso  
Disturbi dell'accomodazione alla lettura

Come la sedazione, e i problemi legati a eventuali turbe del ritmo cardiaco, all'accomodazione oculare, alla difficoltà in caso di ipertrofia della prostata, e al rischio di un glaucoma ad angolo acuto dell'occhio, per non parlare della secchezza delle mucose, e della necessità di astenersi dall'alcol.

*I moderni farmaci SSRI hanno meno effetti collaterali (non sono farmaci muscarinidi), e possono essere utilizzati anche laddove la clomipramina non lo può essere.*

### **I farmaci SSRI detti “farmaci moderni”**

Li chiamiamo “moderni”, ma in realtà sono noti (e utilizzati) da decenni. Sono quindi ben conosciuti. Le interazioni e gli effetti collaterali non ne escludono l'utilizzo, ma uso e dosaggio va sempre discusso con il medico.

Fluoxetin  
Può essere prescritta a partire dagli otto anni.

Fluvoxamin  
Può essere prescritta a partire dagli otto anni.

Paroxetina  
È meglio prescriverla solo a persone adulte.

Sertralina  
Può essere prescritta a partire dai sei anni di età.

Citalopram  
È un farmaco  
C'è una forma destrogira che non ha efficacia

Escitalopram  
È uguale al citalopram, ma la forma destrogira è stata tolta. Per questa ragione il dosaggio è ridotto della metà.

**Effetti indesiderati dei farmaci SSRI**  
Gli effetti collaterali sono spesso presenti, ma declinano in fretta, e sono raramente molto marcati. Ma esistono. Per fortuna i farmaci SSRI hanno non solo una struttura chimica diversa, ma vengono inattivati in differenti cicli xxx del fegato. Quindi, spesso, cambiare il farmaco si dimostra una strategia utile.

Disturbi gastro-intestinali di breve durata:  
nausea, vomito, diarrea, disturbi digestivi  
Sonnolenza  
Secchezza (non sempre molto marcata) della bocca  
Sensazione di affaticamento e di stanchezza  
Cefalee marcate, specialmente in persone che tendono ad averne  
Calo dell'appetito  
Tremolio

### ***Intolleranze osservate***

Ogni persona è fatta a modo suo: le statistiche sulla tolleranza dei farmaci è il risultato di migliaia di misurazioni fatte su persone tra di loro molto diverse. Buona parte dell'abbattimento di un farmaco avviene nel fegato, ed in pratica nessuno ha il «medesimo» fegato di suo fratello o sorella, almeno sul piano biochimico. Può quindi darsi che qualcuno non sopporti un farmaco. Per fortuna, altri farmaci **esistono.**

Spesso le persone con DOC hanno altri disturbi

La capsula, oppure la sostanza che ricopre la compressa, possono rappresentare un problema. Spesso si tratta di lattosio. Se un paziente intollerante al lattosio assume una pastiglia di questo tipo, avrà dei disturbi, ma tenderà ad attribuirli al farmaco. Ho visto questo effetto quando in molti casi siamo passati dal farmaco proprietario al farmaco generico. Il contenuto attivo è lo stesso, ma capsula o ricopertura spesso non lo sono.

### **Altri farmaci adiuvanti**

L'esperienza ha insegnato che l'azione dei farmaci anti-DOC può essere rafforzata grazie a farmaci ansiolitici (benzodiazepine), e farmaci neurolettici (di vario tipo). In dosi perlopiù molto basse, in particolare per quanto attiene ai neurolettici.

#### ***Gli ansiolitici (benzodiazepine)***

L'ansia può essere ridotta con gli ansiolitici di uso comune, come le benzodiazepine. Nel caso di attacchi di ansia acuti e intensi, conviene ricorrere ad un farmaco con breve durata nel sangue, ma con un'azione ansiolitica ad inizio rapido, come il Lorazepam (in Svizzera: Temesta). Un uso sporadico non crea una dipendenza.

Nel caso di un'ansia persistente ma non marcata, conviene prima provare con un neurolettico «moderno».

Gli ansiolitici utilizzati nel caso del DOC sono perlopiù molecole molto note da decenni. Nel caso di attacchi d'ansia acuti, si impone l'uso di ansiolitici che entrano in circolo velocemente, e poi se ne escono anche relativamente veloci. Come fanno il

Lorazepam (Temesta), e l'Oxazepam (Seresta).

Se l'ansia è sempre presente, conviene invece prevedere l'utilizzo di un farmaco che nel sangue rimane a lungo, e che esce dal corpo lentamente.

Per esempio:

Lexotanil	(Bromazepam)
Xanax	(Alprazolam)
Rivotril	(Clonazepam)
Tranxilium	(Nordazepam)

Sono farmaci che possono dare assuefazione (e a volte anche dipendenza). Quando qualcuno decide di ridurli o di smetterli, non lo può fare di colpo, ma scendere molto lentamente, anche per due o tre mesi. Smettere di colpo può rappresentare un problema: crisi importanti di ansia, o addirittura crisi epilettiche. Rare, ma esistenti.

Sedazione  
Sonnolenza  
Memoria

#### ***I neurolettici***

Ci sono persone afflitte da DOC che seguono «cure» più personalizzate, ma inadeguate, con l'ingestione di alcol. È utile sempre porre una domanda in proposito, perché l'alcol non aiuta nella terapia, per quanto i farmaci SSRI, con l'alcol, creino meno problemi che non la clomipramina, gli ansiolitici, gli anti-epilettici e i neurolettici. Dai quali l'alcol va sostanzialmente bandito, in particolare in una persona che guida un'autovettura.

Ben studiati, e utilizzati nella terapia del DOC, sono i neurolettici seguenti.

Haloperidol  
Cyprexa Olanzapin

Quetiapin  
Aripiprazol  
Risperidon (Risperdal)

I dosaggi dei neurolettici, nel caso del DOC, devono essere molto bassi. I neurolettici regolano la dopamina, riducendo l'attività di quei neuroni che ne hanno bisogno per funzionare. Ma regolano anche la serotonina, specialmente i cosiddetti "neurolettici moderni".

Nelle dosi utili nel caso di DOC, gli effetti collaterali sono relativamente rari, e sono anche lievi. Il medico è in grado di dare una mano nella gestione di eventuali effetti collaterali.  
È meglio evitare i neurolettici se ci sono problemi di questo genere:

Sedazione  
Mal di testa  
Vertigini  
Discinesia Tardiva

Distonia  
Parkinsonismo  
Effetti extrapiramidali  
Disfunzioni sessuali  
Prolungamento dell'intervallo QT  
Aumento di peso  
Stanchezza

Siccome si tratta di dosi ridotte, possono essere ridotti relativamente in fretta.

Effetti su 2-3 settimane, lunghe misure, intervento complesso. Ci sono i soliti pericoli di ogni intervento chirurgico nella regione.

Claritromicina, eritromicina  
Fluvoxamina porta ad un iperdosaggio  
antiepilettici  
Antiistaminici  
Miorilassanti  
Memoria  
Alcol  
Disturbi del riposo notturno (BPCO)

La regola della farmacoterapia in questi casi recita: «Iniziare con poco, salire piano piano, raggiungere alti livelli farmacoterapeutici, e persistere a lungo».

### ***La farmacoterapia va seguita e valutata***

In certi casi, la farmacoterapia è poco o punto efficace. Ci sono indizi che possono darci indicazioni su chi avrà le migliori *chances* con la farmacoterapia, e chi, invece, di meno.

Con i farmaci, si ottiene un miglioramento massimo complessivo del 70% dei casi. Questo *non significa* che guarisce il 70% dei malati, ma piuttosto il 70% dei malati ha un miglioramento significativo della sua sintomatologia. Il resto della cura viene svolto dalla psicoterapia, e non dal farmaco.

Va ricordato che senza medicine, la ricaduta è del 90%, nei casi in cui la psicoterapia da sola è stata poco efficace.

Meno importante è l'indicazione per una farmacoterapia se è breve la durata del disturbo, se non c'è una storia familiare, se ci sono pochi comportamenti veri e propri di tipo ritualistico, se è cominciato tardi, e se *non* ci sono altre malattie concomitanti (in particolare l'alcolismo oppure un disturbo della personalità, con un comportamento socialmente inadeguato), oppure se esiste una buona autocritica rispetto all'esagerazione della propria re-

sponsabilità. Un'ottima indicazione, invece, è fornita dalla presenza di una depressione vera e propria.

### **Quanto dura la cura farmacologica**

È difficile prevedere la durata di una cura farmacologica, specialmente se è una cura che, abbinata alla psicoterapia, ha prodotto un buon risultato. Molti pazienti temono che il DOC si ripresenti. Qualcosa che può

(ma non deve) avvenire se la cura è stata assai breve, e se la psicoterapia non ha (ancora) portato a risultati valutabili positivamente.

Dopo un anno, se la sintomatologia si è ben ridotta, si può provare a ridurre il carico farmacologico, procedendo però lenti-s-simamente. Ad ogni buon conto, il ritorno al dosaggio abituale di solito interrompe la sintomatologia DOC appena insorta.

## L'elettrostimolazione contro il DOC

Un tempo le forme più difficili del DOC venivano curate con la psicotomia. Di solito, quando la sofferenza era molto intensa, e né farmaco- né psicoterapia avevano portato ad una sua riduzione. Consisteva in una variante della *cingulotomia*, effettuata dai neurochirurghi. Ossia, venivano recisi fasci fibrosi in specifiche aree cerebrali, come nella corteccia cingolata anteriore. Con risultati globalmente buoni, per il DOC, ma difficoltà dovute ad un impoverimento della personalità, e a disturbi neuropsicologici. Oggi è in disuso.

Infatti, l'elettrostimolazione cerebrale profonda ha dimostrato di non provocare particolari danni alla personalità del soggetto.

Sappiamo che il DOC trae la sua origine in un disturbo funzionale nelle parti profonde del cervello, ossia nei nuclei sottocorticali. Già da anni esiste un intervento di elettrostimolazione contro il Parkinson. L'impianto di due o tre elettrodi nel cervello, e il loro collegamento con una sorgente di energia elettrica, crea un campo elettrico che impedisce il diffondersi di una stimolazione elettrica tra le cellule cerebrali locali. A questo punto, cessano tremore e rigidità.

L'impianto di due o tre elettrodi nelle parti sottocorticali da tempo considerate i centri che dovrebbero regolare i comportamenti, e che generano il DOC se ci sono interferenze interne, crea dei campi elettrici locali, che portano ad una notevole riduzione della sintomatologia DOC, senza incidere negativamente sulla personalità del soggetto. Non è però una terapia facile da mettere in atto. L'operatore deve essere un neurochirurgo specialista del ramo, e poi ci sono i rischi usuali, dovuti all'intervento, lungo e delicato. Anche la regolazione dell'intensità del campo elettrico richiede del tempo.

## La terapia psicologica

La terapia psicologica, detta comunemente *psicoterapia*, è un metodo che comprende un dialogo paziente – terapeuta, ed esercizi pratici, che permettono al paziente di rendersi conto che è in grado di l'ansia, e l'ansia di avere ansia. Si interrompe così il circolo vizioso in cui consiste il DOC, difficile da interrompere quando una persona cerca di farlo da solo. Non solo: il paziente si rende conto che nella misura in cui si esercita nell'affrontare le situazioni che gli fanno ansia, questa paura calerà. È un metodo che non richiede solo il dialogo, ma anche delle messe alla prova pratica. Richiede anche una *grande* determinazione da parte di chi comincia questo tipo di cura. Va ricordato che, nella misura in cui una persona si rende conto che ce la fa, si sentirà più forte, e quindi in grado di affrontare anche compiti più complessi. Inoltre, il dialogo con il terapeuta è in grado di mettere fuoco e di rafforzare questa determinazione.

La «psicoterapia», in senso lato, è l'accompagnamento di un paziente in occasione di un passaggio difficile, verso un equilibrio migliore. La psicoterapia è una *relazione di fiducia*, che si fonda sulla comprensione dei bisogni e della difficoltà del paziente, che utilizza la parola, ma che tramite la parola rende evidente le capacità del paziente, di cui forse non era consapevole. È quindi stimolo, e veicolo di conoscenza. Questo non vale solo per il DOC.

Il terapeuta facilita la via del paziente verso un suo cambiamento. Ma per poterlo fare, deve conoscere bene la natura del disturbo, ed il paziente, ossia, che tipo sia, e quali siano le sue difficoltà del paziente. È l'unico modo per stabilire un rapporto di fiducia reciproca tra paziente e terapeuta. Anche perché va costruito assieme: il terapeuta, da solo, non può fare niente. O ben poco.

È un percorso non sempre facile. Spesso costa fatica e pena. Assieme, scoprono le risorse del paziente (risorse che forse non

si ricordava più di avere), ed elaborano strategie per utilizzarle al meglio. Scoprire che è possibile permette al paziente di riscoprire la propria dignità e la libertà in cui a volte non sperava più.

A volte i pazienti DOC sono bene informati sul loro disturbo, ma non si rendono conto che per affrontarlo, utilizzano proprio il «metodo ossessivo» di pensiero. A volte ritengono che solo una conoscenza perfetta, totale, indiscutibile gli permetterebbe di affrontarlo, per vincerlo. Non ci riescono, è evidente, perché è proprio con questo metodo che si è costituito il loro disturbo. Il metodo, invece, è graduale (“gradus” vuol dire scalino). Ogni giorno avrà la nuova scoperta.

Accanto ai metodi che descriveremo brevemente anche altri, che chiameremo «ausiliari» o «complementari»: metodi che fanno leva sul corpo (Sofrologia, Training autogeno, Ergoterapia, Yoga, ecc.).

Praticati autonomamente, aiutano il paziente ad acquisire utili strumenti anti-stress, che poi sono utilizzati anche durante la terapia, e nella vita, per diminuire le tensioni e le ansie.

Inoltre contribuiscono ad ampliare le esperienze dei pazienti DOC, che di solito sono assai intellettualistici, e che quindi spesso sono poco in chiaro sulle sensazioni del loro corpo. Conoscono bene le emozioni negative, ma quelle positive un poco di meno, perché il DOC «nol consente».

### *I principi scientifici della terapia*

Distingueremo la terapia comportamentale (codificata, in ordine di tempo, *prima* della terapia cognitiva), dalla terapia cognitiva (nata dopo). Ma, in forma spontanea, ambedue esistono da sempre, sono sempre state collegate tra di loro, anche quando la scienza psicologica non esisteva ancora.

### *Condizionamento e de-condizionamento*

La terapia comportamentale è basata sulle acquisizioni della psicologia sperimentale. Ci sono situazioni in grado di generare delle risposte comportamentali (comportamenti, ed anche pensieri, parole, emozioni) che dovrebbero servire a ridurre la tensione causata dalla situazione stessa. A volte, la riduzione non è cercata, e quindi entra in linea di conto il caso. Se il risultato è la riduzione della tensione interna, questo è vissuto dal nostro organismo come una sorta di «premio».

Se questa situazione si ripresenta, il comportamento viene ripetuto con maggiore facilità.

È un processo psichico che si chiama «condizionamento». Esiste anche un condizionamento con una situazione sgradevole che si crea, ma è molto meno efficace.

Molti disturbi umani hanno a che fare con il condizionamento. P.es. le dipendenze da sostanza, il gioco d'azzardo, la dipendenza da internet, i disturbi d'ansia, i disturbi dell'alimentazione, ed altri ancora.

Si può «togliere» il comportamento condizionato (azioni, pensieri, parole, emozioni)? È possibile: il procedimento si chiama estinzioni. Il metodo di base è l'abituazione allo stimolo originario (la situazione che ha dato origine alla risposta condizionata), seguita da un «premio». Un de-condizionamento.

Qui ci rendiamo conto di un elemento importante: sfuggire, evitare, non servono a niente. Anzi, siccome sono dei comportamenti che generano un (sia pur momentaneo) sollievo, verranno condizionati.

In fondo, il DOC è una lunga serie, una sorta di catena di condizionamenti di risposte condizionate che, invece di tagliare i nodi, finisce con il legarli ancora di più.

Chi si occupa di animali, sa bene che questi condizionamenti non riguardano soltanto l'essere umano. Riguardano anche gli animali. Un cavallo può essere stato condizionato ad evitare di passare dei ponti, o delle stradine strette. Può uscire da questo condizionamento solo se sarà accompagnato a riaffrontarle, con un progetto di de-condizionamento. Dove il «premio» del de-condizionamento dev'essere molto superiore, duraturo e utile di quello che ha funzionato durante il condizionamento.

Chi si occupa di animali sa però che per ottenere buoni risultati bisogna avere instaurato un *buon rapporto* con l'animale. Altrimenti non funzionerà. L'animale deve sentirsi supportato da chi lo guida in questa impresa.

Per l'essere umano, è ancora più imperativo che ci sia un importante rapporto di sostegno tra chi accompagna il paziente, ed il paziente stesso. E, laddove è possibile, anche con la sua famiglia.

E questa relazione umana si forma nell'accoglienza, nel rispetto, nel dialogo, e in una buona conoscenza dei meccanismi del DOC, ossia della sua «logica interna». La «buona volontà» non basta.

#### *Il dialogo «socratico»*

Il dialogo socratico si chiama anche «maieutica», ossia, in greco, l'«arte dell'ostetrica». L'ostetrica non partorisce il bambino. Non fa che guidare la partorientente negli sforzi utili ed adeguati in un parto adeguato. Chi partorisce il bambino è la mamma, con le sue paure, i suoi dolori, in un momento davvero unico nella sua esistenza.

Nella terapia del DOC, chi deve fare dei passi esterni, per acquisire delle certezze interne, è il paziente. Il terapeuta lo aiuta a trovare il suo modo, la sua strada: perché ogni de-condizionamento è diverso da un altro. E ogni obiettivo, e poi ogni risultato, sarà individuale, sarà proprio solo il *suo*.

Il mezzo a disposizione è il dialogo socratico, che consiste in conoscenze scientifiche che il terapeuta proporrà al paziente, e in domande, che lo stesso terapeuta porrà al paziente. Ma è evidente

che la risposta la deve dare il paziente, non necessariamente il terapeuta.

Il termine italiano moderno è «dialogo a cascata», che rende bene una delle sue particolarità.

È quello che faceva Socrate, figlio di un'ostetrica, con i suoi cittadini. Non predicava niente. Inizialmente, poneva domande ai suoi concittadini, e poi proseguiva, sempre con domande che riguardavano le risposte ricevute. Socrate non si occupava di DOC, ma il metodo si è dimostrato molto utile.

#### *Elementi della terapia comportamentale*

Gli esperti affermano che la terapia comportamentale del DOC consiste nell'esposizione del paziente allo stimolo, in contemporanea con la esclusione della risposta compulsiva.

*Facciamo un esempio:* una persona che deve lavarsi le mani in modo compulsivo, se tocca qualcuno (o viene toccato), magari per sbaglio, o se pensa che magari potrebbe avere potuto toccare qualcuno (o essere toccato), quando arriva l'ossessione, dovrebbe imparare a resistere di fronte alla compulsione di lavarsi le mani.

Anzi, dovrebbe addirittura essere condotto a toccare altre persone, e a lasciarsi toccare.

*È così, davvero, e ci si può arrivare, ma non è facile.*

C'è di più. Non è possibile praticare una psicoterapia con sedute ogni 12 ore, od anche «solo» quotidiane.

Quindi, una caratteristica della terapia comportamentale nel campo dei DOC sono i cosiddetti «compiti a casa»: si tratta

di «esposizione» allo stimolo, con inibizione della risposta compulsiva. Il paziente si deve dunque confrontare con gli stimoli ansiogeni (e con le ossessioni), con esclusione della risposta (impedendo il comportamento compulsivo).

Il paziente deve poi misurare l'intensità dell'ansia, e registrare i pensieri parassiti che gli passano per la testa.

#### Punti centrali per il terapeuta.

Le esposizioni comportamentali vanno fatte alla presenza del terapeuta, e nel luogo in cui di solito il problema si pone. A volte può essere svolta nello studio del terapeuta, ma è piuttosto raro. Se qualcuno ha problemi con l'olio del motore del suo trattore, o con le siringhe usate, o con i virus dell'AIDS che volano nell'aria, la seduta va fatta con il trattore del paziente, con un mucchio di siringhe usate (il deposito degli ambulatori della Croce Rossa), e girando per le strade per catturare nel respiro il numero maggiore di virus.

La presenza del terapeuta non è soltanto il segno di comprensione e di aiuto, ma è anche uno dei modi di imparare ("apprendimento dall'esempio"), qualcosa di ben noto agli specialisti.

Va da sé che il terapeuta sa benissimo che ci sono «esposizioni» realmente pericolose, da non fare.

Se l'esposizione fa parte di un compito deciso tra paziente e terapeuta, quest'ultimo deve rimanere raggiungibile per telefono.

*È più facile da dire che non da fare, a me sembra.*

E proprio qui entrano in gioco la terapia cognitiva, e il dialogo socratico.

#### *Elementi della terapia cognitiva*

Il modello «cognitivo» parte dal principio che sono le convinzioni e i pensieri automatici, a generare paura negli esseri umani. È, poi, il nostro modo di interpretare una situazione, che le attribuisce un senso – positivo o negativo che sia. La valutiamo in funzione del nostro modello interno, che ci indurrà a comportarci in un modo, piuttosto che in un altro.

Non è facile ricostruire questa rete di convinzioni e di giudizi automatici, anche perché il paziente non ne è ben consapevole. A volte lo sa, e lo dice. Ma se non lo sa, come fa il terapeuta a farsi una immagine di questi pensieri?

È importante chiedere quale sia la posizione del paziente rispetto ai suoi pensieri ossessivi, e alle sue compulsioni. Perlopiù anche lui pensa che le compulsioni siano in un qualche modo eccessive, esagerate, o ridicole, al punto che cerca di nasconderle. Ma non può fare diversamente.

Invece, per quanto riguarda le ossessioni, il suo giudizio è più sfumato. Le ossessioni riguardano di solito un danno che lui causa per incompetenza, disattenzione. O non ha preso una misura di sicurezza, o teme che le misure di sicurezza che prende potrebbero essere soverchiate da qualcosa che non gli permette di intervenire. P.es. perdere il controllo su di sé. È quindi preso tra quanto in fondo gli dicono tutti («esageri con queste preoccupazioni, e con queste prevenzioni»), e quanto gli dice la sua coscienza: non se lo perdonerebbe mai, e tutti saprebbero della sua incompetenza. Guai, dunque, mostrare un aspetto che potrebbe indebolirne l'immagine.

Il discorso socratico permette di riflettere sul senso di colpa deontologico, sulla natura del caso, sulla limitatezza delle nostre capacità, e sul fatto che, in fondo, solo Dio prevede tutto.

Il terapeuta si rende conto che il problema non è solo un modo di sentire la responsabilità e il senso di colpa. Si tratta anche di una grande mancanza di autostima. O è perfetto, o non è niente. O va fino in fondo, o succederà un disastro.

C'è anche una visione del mondo e della vita che era caratteristica della sua infanzia: la visione bianco-nero. Che, di solito, nell'adulto tende a stemperarsi. Un'altra occasione d'oro per il discorso socratico.

A volte, è utile far parlare il paziente su che cosa si dice (mentalmente) nel momento in cui esegue il rituale.

Ma, a volte, bisogna davvero andare alla ricerca. Insomma, si tratta di ricostruire la mappa delle sue convinzioni, delle sue conoscenze, e dei suoi percorsi di giudizio. Al fine di istillargli il dubbio che magari la realtà potrebbe anche essere diversa da quella che lui crede (e teme). Questo dubbio si chiama *dissonanza*.

Al paziente, possiamo porre delle domande in fondo non irragionevoli. Come mai lui teme qualcosa che non è mai avvenuto, e che è rarissimo. È però il paziente che ci deve ragionare, e che deve scoprire che lui stesso si costruisce le trappole in cui cade.

Questo si chiama «ristrutturazione cognitiva». Ossia: recuperare un modo di pensare, di giudicare, più attento alla realtà umana.

### *La prescrizione del sintomo*

Ci sono alcuni metodi per la psicoterapia dei DOC. Va osservato che sono spesso utilizzati *in un modo integrato* tra di loro.

Il primo metodo comporta la *prescrizione del sintomo*, ossia comporta l'obbligo, per il paziente, di ripetere la sua compulsione anche senza ossessione, «a freddo», un numero di volte maggiore di quello che l'ossessione richiede. È un metodo strano, ma efficace. Il sintomo, ossia la compulsione, perde così la sua funzionalità.

È un sistema utilizzabile anche con le ossessioni, che possono essere ripetute artificialmente, per esempio, con un'audiocassetta.

Si tratta, in buona sostanza, di far perdere il carattere magico al dubbio intrusivo (ossessione) e ai comportamenti neutralizzatori (compulsioni). Rendendoli usuali, noiosi, ripetitivi, vuoti. Le reazioni psicologiche, quando «girano a vuoto», tendono a diventare meno frequenti e meno intense. Tendono ad «estingersi», come si dice.

Si può confrontare un paziente sul quello che lui ritiene essere «contaminazione». Magari, prima è meglio esercitarsi nell'immaginazione, e di certo ci si deve avvicinare a questa confrontazione (esposizione) solo piano piano.

È a volte difficile convincere i pazienti DOC dell'efficacia di questi metodi. Perlopiù temono l'angoscia (hanno una convinzione di base rovinosa, sul pericolo rappresentato dall'angoscia). Ma molti credono che la cura sia qualcosa che assomiglia alla psicoanalisi. Invece, questo metodo è piuttosto differente. Ma

se lo sperimentano, si rendono conto della sua grande efficacia.

### ***L'esposizione con inibizione della reazione***

Il metodo dell'*esposizione con inibizione della reazione* consiste nell'affrontare il dubbio intrusivo (l'ossessione), che si presenta automaticamente, inducendo però il paziente a rinunciare alla neutralizzazione, ossia alla *compulsione*. Ossia, si tratta di impedirgli di pensare o di fare quel gesto (o quel rituale) che neutralizza l'angoscia. In altre parole, per un paziente che ha un'ossessione di contaminazione, lo si aiuta a fare un mini-esperimento in cui riesce a non eseguire il suo rituale usuale (lavarsi le mani). Noterete che questo rialza notevolmente il livello d'ansia del paziente. Ma se resiste (e il compito dei terapeuti è di aiutarlo in quei momenti difficili), si renderà conto non solo che anche l'ansia è dominabile, ma che le ossessioni diventano piano piano meno frequenti, e meno intense.

Ora, se la neutralizzazione è puramente un evento mentale (una parola recitata nella mente), il compito diventa complicato. Quindi si deve ottenere che il paziente impari a *dire* quello che pensa. E non è sempre facile.

Nella misura in cui cresce l'ansia, si discute con il paziente sul perché l'ansia sta crescendo: si analizza il pensiero intrusivo originale (l'ossessione), si analizzano i sensi di *colpa* e di *responsabilità* nei confronti della possibilità che il pensiero si verifichi, si analizzano anche gli errori di fatto e gli errori di valutazione di *rischio*, che i malati DOC spesso fanno senza rendersene conto. Insomma, si ricostruisce la mappa cognitiva del paziente con il *dialogo socratico*. Faccio notare

anche che l'ansia, parlandone, tende a diminuire.

Non è necessario aspettare che l'ossessione si presenti. Essa può essere *provocata*, per esempio, sporcando le mani di una persona nel modo che lui o lei ritengono particolarmente devastante.

Si deve tenere un protocollo (un diario) in cui si misura il grado d'angoscia in unità di disturbo (SUD: *Subjective Unity of Distress*). Così si misura anche la diminuzione graduale dell'intensità dell'ansia e della frequenza del DOC nel tempo. Tutto questo permette di misurare il miglioramento della sintomatologia del paziente DOC, che si rende conto che le cose, per lui, vanno cambiando.

### ***La ristrutturazione cognitiva***

Abbiamo visto come funziona il colloquio maieutico, ossia il dialogo a cascata. Ci sono particolarità che riguardano strettamente il DOC.

In primo luogo, non bisogna entrare nel merito dei dubbi intrusivi (le ossessioni) e delle «neutralizzazioni» (le compulsioni). Perché non è questo che fa problema, ma il modo di pensare (il dubbio sistematico e acritico, il senso di responsabilità e di colpa eccessivi, la valutazione sbagliata delle probabilità).

È appunto invece proprio questo che merita di essere affrontato con il paziente. Con un dialogo di tipo socratico, che piano piano affronti gli errori logici, le incongruenze, la mancanza di fondamento delle credenze di base. Ma ci vuole molta pazienza, e molto buon senso. Si tratta di affrontare il pensiero ossessivo per far sì che sia il paziente a giustificare perché si trovi irretito in un sistema paralogico, oltre a tutto mai verificato. Per «paralogico»

intendo un sistema apparentemente razionale, ma in realtà fondato su assunti di base, conoscenze e giudizi irriflessi, non verificati, e irrealistici. Il paziente si rende conto di questi paralogismi grazie alle discordanze cognitive, alle *dissonanze*, che riusciamo a fargli notare.

Questo procedimento è chiamato «ristrutturazione cognitiva». Il paziente riesce ad affrontare meglio l'ansia, non si lascia frenare dai giudizi errati automatici (che ci sono ancora, ma sono ormai meno intensi, meno potenti, perché resi coscienti). E acquisisce così un'immagine di sé migliore, più efficace, meglio armata.

L'introduzione della nozione dell'«inquinato» si è dimostrata di grande aiuto. Va però gestita, e di primo acchito non è sempre facile. Si è dimostrata di grande aiuto.

### ***Errori da evitare, e particolarità della cura***

Evitate di rassicurare il paziente. Fatelo la prima volta, magari, quando bisogna spiegare la natura dell'ossessione e della compulsione. Lì termina la rassicurazione. Infatti, il problema del paziente DOC è proprio la sua incapacità di affrontare l'ansia. Allora conviene piuttosto aiutarlo con il dialogo socratico, per mettere in evidenza le sue convinzioni di base.

La rassicurazione serve da evitamento (fa fare la compulsione al terapeuta), oppure gli serve da parola magica (La cosa detta è molto vicina alla cosa fatta). Beninteso, bisogna spiegargli perché non intendiamo rassicurarlo. Non certo per bieco sadismo.

Un altro elemento importante è di non assumere responsabilità al suo posto. È lui che deve assumersi il peso della sua cura. È lui che ha o non ha la motivazione per

farlo. È lui che si deve esporre, per quanto cerchi mille ragioni per non farlo.

Non entrate in lunghe e inutili discussioni sulla psicoanalisi. Spesso, questi pazienti sono dei veri esperti nel merito. Ma la discussione accademica sulla psicoanalisi serve solo a sviare il discorso (e l'azione). È una strategia di evitamento.

È utile anche ricordare al paziente che le ossessioni e le compulsioni sono fatti normali, insomma, che avvengono ogni giorno a gente perfettamente sana, che non se ne preoccupa più di tanto. Certo, non sono gradevoli, ma tutto finisce lì. Il problema per l'individuo affetto da DOC, è che tende a crederci, e ad averne paura.

Il DOC, infatti, è una sorta di metodo di pensare. Di solito «scatta» per coprire altri pensieri, altri conflitti, che generano *stress*. È quindi essenziale smontare il «metodo», ossia esaminarlo a fondo. Nella misura in cui il terapeuta lo smonta, non funziona più, o comunque meno, nel senso sia dell'abituazione, sia della «laicizzazione» della magia. Una magia laica non funziona.

Il paziente di solito teme molto parlarne, perché teme che, parlandone, si scateni. È un'aspettativa magica, ma proprio perché in fondo è autogestita, ossia è una *self-fulfilling prophecy*, è sicuramente possente.

Afferma di «non potere», di «temere». Quindi è utile essere molto attivi nella terapia. Bisogna ricordare che non si devono cercare molte «spiegazioni» che convincano il paziente dell'irrazionalità del dubbio ossessivo. Serve solo la dissonanza cognitiva, che s'installa tramite piccoli esperimenti eseguiti sotto controllo.

Noteremo che il suo «metodo» è applicato solo in certe circostanze, e non in altre.

Spesso non c'è una gran logica. Il paziente se ne rende conto. Anche se rimugina ai possibili danni di casa sua, sa invece pensare con chiarezza alla casa del vicino.

Il dubbio ossessivo è parte integrante del pensiero del paziente, e tende ad allargarsi e ad approfondirsi. Il paziente ruminava su che cosa succede alle dimensioni di una sedia se ci sediamo sopra, poi amplia il suo ruminare al pavimento, quando la sedia è «carica». Poi lo amplia alle pareti portanti della casa, quando il pavimento si carica, e così via. È spesso poco utile dare informazioni di ingegneria statica. Bisogna invece investigare nei dettagli il movimento del pensiero (del «metodo») per smontarlo, e per indicarne la presenza, dissonante con le altre cose che il paziente sa. La natura ricorsiva del «metodo» è una caratteristica centrale e portante del pensiero ossessivo.

Ai *pazienti* proponiamo indicazioni terapeutiche, gruppi di esperienza per crescere e maturare, corsi di psico-educazione sul loro disturbo, informazioni bibliografiche su testi di psicoeducazione e d'informazione, e conferenze pubbliche.

Ai *familiari* proponiamo indicazioni terapeutiche, gruppi di esperienza per maturare e confrontarsi, corsi di psico-educazione, supervisioni, informazioni bibliografiche su testi di psico-educazione e d'informazione, e conferenze pubbliche.

Agli *interessati* ed agli studiosi offriamo incontri specializzati, seminari scientifici, momenti di supervisione e d'intervisione, documentazione bibliografica, corsi di psico-educazione, e conferenze pubbliche. Proponiamo di badare specialmente *all'infanzia*, durante la quale spesso questi disturbi si manifestano. È utile la sensibilizzazione dei *docenti* delle scuole, e quella, specialistica, dei *pediatri*, che sono chiamati a diagnosticarli.

### ***Di che cosa siamo convinti?***

Esiste una vulnerabilità biologica: è inevitabile che siamo i figli dei nostri antenati. Ma la vulnerabilità non è un destino. È solo una *possibilità*.

Il disturbo interviene solo se sulla vulnerabilità s'innestano *circoli viziosi* dell'apprendimento. Non siamo nati «malati». Abbiamo imparato a diventarlo. Si può imparare a recuperare un benessere migliore.

Non è utile considerare «cronico» uno di questi disturbi. Si possono ottenere miglioramenti notevoli, a condizione d'utilizzare dei metodi *adeguati*.

### ***Com'è la terapia?***

L'intervento terapeutico si basa sul *rapporto di fiducia privilegiato* tra paziente e terapeuta, ma coinvolge anche l'intero ambiente di vita, dove tutti sono considerati alleati nella battaglia per la salute.

Ma, contemporaneamente, l'intervento terapeutico ha una *dimensione scientifica* indiscutibile, e si basa su *tre fondamenti*, scientificamente provati come efficaci.

Dapprima la *terapia con farmaci* d'azione specifica. Non è ancora perfettamente a punto, ma è sbagliato non tenerla in considerazione.

Contemporaneamente ai farmaci, la *psicoterapia*. Si tratta d'affrontare dei cambiamenti che permettano d'imparare a non evitare i pensieri e le situazioni vissuti come «tormentosi». Si tratta d'imparare un nuovo modo di vivere se stessi. È una terapia che recupera il passato per comprendere il presente, e che parte dal presente per costruire il domani.

La conoscenza del *come* s'istalla il disturbo, del come si prolunga in un apprendimento a «circolo vizioso», del come lo si curi, e del come lo si prevenga, *si chiama psico-educazione*. È una conoscenza utile al paziente, ai suoi familiari, a e chi ha a che fare con lui. È un complemento necessario alla terapia vera e propria.

### ***I gruppi di auto-aiuto***

Sono molto utili anche i gruppi d'esperienza, detti anche gruppi d'auto-aiuto. Nei gruppi d'auto-aiuto il partecipante fa esperienze positive, di modelli positivi. Impara ad esprimersi, ad ascoltare, a confrontarsi con gli altri in un modo realistico. Impara a valorizzarsi. Impara a pensare in un modo differenziato. Poi impara a mettersi in causa, a ritrovare una vita più sociale, a comprendere le esigenze altrui. Migliora anche l'autostima, perché aiutando gli altri ci si aiuta se stessi.

Il partecipante DOC ha sempre ritenuto, ingannandosi a volte volutamente, di essere in grado di controllare tutto nella sua vita, di essere il centro della responsabilità per troppe cose. Se s'incontra con altre persone, che hanno un problema analogo

al suo, deve imparare ad esprimersi, e a confrontarsi con altri. Se nel gruppo aiuta qualcun altro in difficoltà maggiori, si valorizza, impara ad aspettare, e si rende conto che il pensiero *bianco/nero*, *tutto/niente* lo danneggia. Bisogna pensare in un modo differente.

Nel gruppo si assume responsabilità. Beninteso: piano piano, ed assieme ai suoi familiari, che fanno parte integrante di questa cura. Impara a mettersi in causa, senza pretendere che altri la pensino come lui. Spesso ha una vita sociale difficile e povera. Il gruppo rappresenta un momento di socializzazione. Identificandosi con altri, impara un minimo di empatia, ossia di capacità di mettersi nei panni altrui.

E le famiglie che partecipano imparano le particolarità del DOC. Imparano quindi a fare solo quello che facilita la guarigione, tralasciando quello che invece tende ad aggravare la malattia.

### ***Le terapie ausiliarie o complementari***

Sofrologia, Training autogeno, Ergoterapia, Yoga

## **I racconti sapienziali applicabili al DOC**

# Alcuni aspetti scientifici attuali

## Alcune definizioni dei termini «ossessione» e «compulsione»

Alain Sauteraud, uno dei migliori conoscitori della materia, utilizza le definizioni seguenti

- *Un'ossessione è l'idea di poter essere di danno per se stessi o per altri.*
- Le ossessioni sono pensieri, immagini, impulsi
- Sono persistenti, intrusive, inappropriate e ripetitive
- Causano ansia, colpa o vergogna
- Sono d'origine interna
- *La compulsione è qualunque cosa uno faccia, dica o pensi per stornare il pericolo.*

*Il Diagnostic and Statistical Manual (4-a versione), dell'American Psychiatric Association*

Le *ossessioni* sono idee, pensieri, impulsi o immagini persistenti, che sono vissute come intrusive e inappropriate, e causano ansia o disagio marcati. Ci si è riferiti alla qualità intrusiva e inappropriata delle ossessioni con il termine «egodistoniche». Questi si riferisce alla sensazione dell'individuo, che il contenuto delle ossessioni sia estraneo, non sia sotto il proprio controllo, e non sia il tipo di pensiero che si aspetterebbero di avere. Comunque, l'individuo è capace di riconoscere che le ossessioni sono il prodotto della sua mente, e non vengono imposte dall'esterno (come nell'*inserzione del*

*pensiero*). Le ossessioni più frequenti sono pensieri ripetitivi di contaminazione, dubbi ripetitivi, la necessità di avere le cose in un certo ordine, impulsi aggressivi o terrifici, e fantasie sessuali. I pensieri e gli impulsi non sono semplicemente preoccupazioni eccessive riguardanti problemi reali della vita, ed è improbabile che siano correlati a reali problemi della vita. L'individuo con ossessioni di solito cerca di ignorare o di sopprimere tali pensieri o impulsi, o di neutralizzarli con altri pensieri o azioni (cioè una compulsione).

Le *compulsioni* sono *comportamenti ripetitivi* (lavarsi le mani, riordinare, controllare) o azioni mentali (pregare, contare, ripetere mentalmente), il cui obiettivo è di *prevenire* o *ridurre* l'ansia o il disagio, e *non* quello di fornire piacere o gratificazione. Servono dunque a ridurre il disagio che accompagna un'ossessione, o a prevenire qualche evento o situazione temuti. In molti casi, il paziente mette in atto *azioni rigide o stereotipate* secondo regole elaborate in modo idiosincratico senza riuscire a spiegare perché lo sta facendo. Per definizione, le compulsioni sono chiaramente *eccessive* e *non connesse* in modo realistico con ciò che sono designate a neutralizzare o prevenire.

### **L'International Classification of Diseases (10-a revisione)**

I *pensieri ossessivi* sono idee, immagini o impulsi che entrano ripetutamente nella mente del soggetto in modo stereotipato. Essi sono quasi invariabilmente sgradevoli (perché sono violenti od osceni, o semplicemente perché sono percepiti come insensati), e il soggetto in genere tenta, senza successo, di resistervi. Essi sono, tuttavia, riconosciute come pensieri propri dell'individuo, anche se sono involontari e spesso ripugnanti.

Gli *atti o i rituali compulsivi* sono comportamenti stereotipati che vengono continuamente ripetuti. Essi non sono in sé piacevoli, né risultano nella realizzazione di compiti di per sé utili. Il paziente spesso li vede come un modo per prevenire qualche evento oggettivamente spiacevole. Di solito viene esercitata una resistenza, ma a volte è minima. Di solito, sebbene non invariabilmente, questo comportamento è riconosciuto dal soggetto come senza scopo o inutile, e sono attuati ripetuti tentativi di resistervi; nei casi che durano da molto tempo, la resi-

stenza può essere minima. Sono generalmente presenti sintomi ansiosi vegetativi, ma sono anche comuni sensazioni angosciose di tensione interna o psichica senza una chiara attivazione vegetativa.

*Infine, menzioniamo anche le definizioni fornite da Christian Scharfetter, uno dei maggiori specialisti di psicopatologia, professore all'Università di Zurigo.*

Sono dette *ossessioni* taluni impulsi e tendenze a determinate azioni, pensieri, rappresentazioni che vengono respinti dalla coscienza (*Gewissen e Bewusstsein*), e dalla riflessione «razionale» in quanto contrari all'etica, immorali, assurdi, irrazionali. Al soggetto, appaiono distanti, estranei, non appartenenti al soggetto stesso, per quanto si renda conto che vengono da lui.

Per Scharfetter, le *compulsioni* sono delle ossessioni «motorie», ossia sostanzialmente ossessioni che si esplicano in azioni o serie di azioni. Le ossessioni vere e proprie, invece, sono dell'ordine del pensato. Ma ossessioni e compulsioni sono comunque ambedue fenomeni simili.

## **Diagnostic and Statistical Manual (DSM5)**

Questo è un capitolo per gli specialisti. In queste righe trovano informazioni, dati e strumenti utili nella diagnosi dei disturbi ossessivi e compulsivi. Parleremo della

diagnosi di DOC, come viene proposta dai due standard della diagnostica mondiale. Cominciamo con quello americano.

### *Criteria diagnostici per F 42.8*

#### *F42.8: Disturbo ossessivo compulsivo*

- *Ossessioni*: idee, immagini, impulsi nella mente
- *Compulsioni*: comportamenti stereotipati

### *Criteria diagnostici*

A

Osessioni o compulsioni

Osessioni

- 1) Pensieri, impulsi, immagini
- 2) Non sono solo preoccupazioni
- 3) Tenta d'ignorarle o di sopprimerle
- 4) Riconosce che sono le sue

Compulsioni

- 1) Comportamenti ripetitivi
- 2) Prevengono o leniscono il disagio

B

Riconosce l'irragionevolezza o l'eccesso

C

Disagio, interferenza nella vita

D

Diagnosi differenziale

E

Non è dovuto agli effetti fisiologici d'altra origine

Il DSM è un elenco di disturbi psichiatrici, giunto alla sua 4-a versione (1994), pubblicato dall'APA (American Psychiatric Association).

Le ossessioni più frequenti sono pensieri ripetitivi di contaminazione (p.es., essere contaminati quando si stringe la mano a qualcuno), dubbi ripetitivi (p.es., chiedersi se si è lasciata la porta aperta o se ci si è comportanti un modo tale da causare delle lesioni a qualcuno guidando), la necessità di avere le cose in un certo ordine (p.es. disagio intenso quando gli oggetti sono in disordine o asimmetrici), impulsi aggressivi o terrifici (p.es., aggredire un figlio, o gridare oscenità in chiesa), e fantasie sessuali (p.es., ricorrenti immagini pornografici).

I pensieri, impulsi o immagini non sono semplicemente preoccupazioni, ed è improbabile che ci siano correlati con reali problemi della vita.

Le compulsioni sono comportamenti ripetitivi (cioè lavarsi le mani, riordinare, controllare) o azioni mentali (p.es., pregare, contare, ripetere mentalmente delle parole) il cui obiettivo è di prevenire o ridurre l'ansia o il disagio, e non quello di fornire piacere o gratificazione. Nella maggior parte dei casi, la persona si sente spinta a mettere in atto la compulsione, per ridurre il disagio che accompagna un'ossessione, o per prevenire qualche evento o situazioni temuti. Ad esempio, gli individui con ossessioni di contaminazione possono ridurre il proprio disagio mentale, lavandosi le mani finché la pelle non diventa ruvida; gli individui afflitti dall'ossessione di aver lasciato una porta aperta possono essere spinti a controllare la porta ad intervalli di pochi minuti; gli individui afflitti da pensieri blasfemi involontari possono trovare sollievo contando 10 volte indietro e 100 volte in avanti per ogni pensiero. In alcuni casi, gli individui mettono in atto azioni rigide e stereotipate secondo regole elaborate in

modo idiosincratico, senza riuscire a spiegare perché lo stanno facendo.

Il Disturbo ossessivo compulsivo (F42.8) comprende ossessioni e compulsioni.

Le ossessioni sono pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti, vissuti, in qualche momento nel corso del disturbo, come intrusivi o inappropriati, e che causano ansia o disagio marcati.

Non si tratta semplicemente delle preoccupazioni eccessive su problemi esistenti della vita reale.

I singoli tentano d'ignorare o di sopprimere tali pensieri, impulsi o immagini, o di neutralizzarli con altri pensieri o azioni.

I singoli sono consapevoli che i pensieri, gli impulsi, o le immagini ossessive sono un prodotto della loro mente (e non imposti dall'esterno come nel fenomeno patologico dell'inserzione del pensiero).

Le compulsioni sono comportamenti ripetitivi (p.es. lavarsi le mani, riordinare, controllare), o azioni mentali (p.es., pregare, contare, ripetere parole mentalmente) che il singolo si sente obbligato a mettere in atto in risposta ad un'ossessione, o secondo regole che devono essere applicate rigidamente. Questi comportamenti e queste azioni mentali sono volti a prevenire o ridurre il disagio, o a prevenire alcuni eventi o situazioni temuti; comunque, questi comportamenti o azioni mentali non sono collegati in modo realistico con ciò che sono designati

a neutralizzare o a prevenire, oppure sono chiaramente eccessivi.

B. In qualche momento nel corso del disturbo, la persona ha riconosciuto che le ossessioni o le compulsioni sono eccessive o irragionevoli (questo non si applica nel caso dei bambini).

C. Le ossessioni o le compulsioni causano disagio marcato, fanno consumare tempo (più di un'ora al giorno), o interferiscono significativamente con le normali abitudini della persona, con il funzionamento lavorativo (o scolastico), o con le attività o relazioni sociali usuali.

D. Bisogna porre una diagnosi differenziale con stati simili (preoccupazione per il cibo nei Disturbi dell'alimentazione; strapparsi i capelli nella Tricotillomania, preoccupazioni per il proprio aspetto nel Disturbo da dismorfismo corporeo; preoccupazione riguardante le sostanze nei Disturbi da uso di sostanze; preoccupazioni per la propria salute nell'Ipocondria, preoccupazioni riguardanti la sessualità nelle Parafilie; ruminazioni di colpa in presenza di un Disturbo depressivo maggiore).

E. Bisogna ancora distinguere la sintomatologia prodotta da una sostanza (droga, farmaco) o da una condizione medica generale.

Importante è specificare il grado di *insight*, ossia di capacità di rendersi conto dell'irragionevolezza della cosa.

## International Classification of Diseases (ICD-11)

F42: Sindrome ossessivo-compulsiva

- Ossessioni: idee, immagini, impulsi nella mente
- Compulsioni: comportamenti stereotipati

#### Direttive diagnostiche

- Sintomi presenti per almeno due settimane
- Sintomi ossessivi e compulsivi con le seguenti particolarità
- Sono riconosciuti come propri
- Ci sono tentativi di resistere alle ossessioni e alle compulsioni
- Le compulsioni non causano piacere
- I sintomi sono spiacevoli e ripetitivi

#### Altre sindromi dell'ICD-10

- F41.0: Prevalenti ruminazioni o pensieri ossessivi
- F42.1: Prevalenti atti compulsivi (rituali ossessivi)
- F42.2: Associazione di pensieri ossessivi ed atti compulsivi
- F42.8: Altre sindromi ossessivo-compulsive
- F42.9: Sindrome ossessivo-compulsiva non altrimenti specificata

L'ICD è un elenco di disturbi psichiatrici, giunto alla sua 10-a versione (1992), pubblicato dall'OMS/WHO.

La Sindrome ossessivo-compulsiva comprende ossessioni e compulsioni.

I pensieri ossessivi sono idee, immagini o impulsi che entrano ripetutamente nella mente del soggetto in modo stereotipato. Essi sono quasi invariabilmente penosi (perché sono violenti od osceni, o semplicemente perché sono percepiti come insensati), e il soggetto in genere tenta, senza successo, di resistervi.

Essi sono però riconosciuti come suoi pensieri da parte del singolo, anche se sono involontari e spesso ripugnanti.

Gli atti o rituali compulsivi sono comportamenti stereotipati che vengono continuamente ripetuti. Essi non sono in se stessi piacevoli né servono a realizzare compiti di per sé utili. Il paziente spesso li vede come un modo per prevenire qualche evento oggettivamente spiacevole, che spesso comporta un danno per lui, oppure da lui causato. Generalmente, anche se non invariabilmente, questo

comportamento è riconosciuto dal soggetto come senza scopo o inutile, e sono attuati ripetuti tentativi di resistervi; nei casi che durano da molto tempo, la resistenza può essere minima. Sono generalmente presenti sintomi ansiosi vegetativi, ma sensazioni angosciose di tensione interna o psichica senza chiara attivazione vegetativa sono anche comuni.

#### *Direttive diagnostiche:*

1) I sintomi ossessivi o gli atti compulsivi, o entrambi, devono essere presenti per più giorni, per almeno due settimane di seguito, ed essere fonte di sofferenza o d'interferenza con le normali attività.

2) I sintomi ossessivi e compulsivi devono avere le seguenti caratteristiche:

2.1) Essi devono essere riconosciuti dal soggetto come pensieri o impulsi propri.

2.2) Ci deve essere almeno un pensiero o atto al quali il soggetto resiste ancora senza successo, anche se altri possono essere presenti, ai quali il paziente non resiste più.

2.3) Il pensiero o l'atto non deve essere in se stesso piacevole (il semplice sollievo dalla tensione o dall'ansia non è considerato come piacere in questo senso).

2.4) I pensieri, le immagini o gli impulsi devono essere sgradevolmente ripetitivi.

I pensieri ossessivi e gli atti compulsivi coesistono. È quindi utile essere in grado di specificare i sintomi predominanti, perché essi possono rispondere a trattamenti differenti.

F42.0: Prevalenti ruminazioni o pensieri ossessivi

Questi possono prendere la forma di idee, immagini mentali o impulsi a compiere certi atti. Essi sono molto variabili nel contenuto, ma quasi sempre penosi per l'individuo.

Una donna può essere tormentata, ad esempio, dalla paura di esser incapace di resistere all'impulso di uccidere il figlio che ama, o dalla qualità oscena, blasfema ed egodistonica di un'immagine mentale ricorrente. Qualche volta le idee sono del tutto futili, consistendo nella valutazione interminabile e quasi filosofica di alternative imponderabili. Questa valutazione inconcludente di alternative è un elemento importante in molte altre ruminazioni

ossessive, ed è spesso associata ad un'incapacità di prendere decisioni banali ma necessaria nella vita quotidiana.

F42.1: Prevalenti atti compulsivi (rituali ossessivi)

La gran parte degli atti compulsivi riguarda la pulizia (in particolare il lavarsi le mani), ripetuti controlli per assicurarsi che una situazione potenzialmente pericolosa non abbia avuto modo di realizzarsi, oppure l'ordine. Alla base del comportamento manifesto vi è una paura, in genere di un pericolo per il soggetto o da lui causato, ed il rituale è un tentativo inefficace o simbolico di allontanare tale pericolo. I rituali compulsivi possono occupare molte ore tutti i giorni, e sono qualche volta associati con marcata indecisione e lentezza. Essi sono ugualmente comuni nei due sessi, ma i rituali di lavarsi le mani sono più frequenti nelle donne e la lentezza senza ripetizione è più frequente negli uomini.

F42.2: Associazione di pensieri ossessivi e atti compulsivi

Comprende la maggior parte di questi pazienti. Questa subcategoria dev'essere utilizzata se i due elementi sono ugualmente preminenti.

## Differenze tra ICD e DSM

In genere, osserveremo che il DSM descrive il disturbo con maggiore precisione.

I *criteri di esclusione* dalla diagnosi, del DSM, sono meglio posti che non nell'ICD.

La *sintomatologia* proposta dal DSM è più ampia.

I *Criteri diagnostici* dell'ICD-10, riguardanti il DOC, fanno una distinzione tra ossessioni e compulsioni, che è basata sul fatto che le ossessioni sono pensieri, idee

od immagini, mentre la compulsione è esclusivamente agita, ossia è un atto.

I *Criteri diagnostici* del DSM-IV distinguono tra ossessioni e compulsioni in base al fatto che il pensiero, l'idea o l'immagine causi ansia e malessere (ossessioni), oppure li riduca (compulsioni). Il lettore attento si rende conto che in questo testo abbiamo applicato sistematicamente quest'ultima distinzione.

Per questo, secondo il DSM, possono essere presenti compulsioni ideative, che sarebbero considerate invece come ossessioni nell'ICD. È una descrizione funzionalista, non fondata sulla differenza atto /

pensiero. Inoltre, l'ICD stabilisce, per stabilire una diagnosi, una durata minima dei sintomi di almeno due settimane.

Un'ultima osservazione: per il DSM, si tratta di un Disturbo, mentre per l'ICD si tratta di una sindrome (il che significa che non è detto che si tratti di una malattia nel senso proprio).

Il DSM riconosce il carattere «ossessivo» delle compulsioni, che solo funzionalmente si distinguono dalle «ossessioni» vere e proprie, nel senso di Ch. Scharfetter.

## Esistono ossessioni e compulsioni «normali»?

### **Le ossessioni «normali»**

Le ossessioni sono pensieri ricorrenti ed insistenti, di tipo automatico, che richiedono un controllo, e una rassicurazione. Sono indispensabili, come meccanismo di base, alla sopravvivenza della specie. E sono utili in determinati momenti dell'esperienza umana, familiare, professionale e sociale. Siamo tutti abbastanza d'accordo che un contabile dev'essere preciso, pignolo, un po' ripetitivo, e controllare spesso quello che sta facendo, ed il modo con cui lo sta facendo. Anche un chirurgo lo deve essere: guai se non controllasse con cura le pinze e i tamponi che usa durante l'intervento!

Tutti noi siamo soggetti a ossessioni. Un motivetto che ti prende la mattina, e che non ti lascia: pensieri sgradevoli (e magari immotivati) su persone che incontriamo. Pensieri che cerchiamo di scacciare, ma che non se ne vanno su comando. La compulsione, che mettiamo in atto quando siamo infastiditi, non manca mai. Può essere un ordine (dirsi: «basta!», oppure

un gesto (accendere la radio, schiacciare le dita).

Ma le più frequenti, sono le ossessioni «casalinghe». *Ho preso le chiavi? Ho spento i fari? Ho chiuso la porta di casa? Ho spento le luci della camera? Ho spento la stufa?* Spesso sono poco intense, nel *trantran* quotidiano. Ma possono diventare più intensive se stiamo per partire in vacanza. Le compulsioni, in questi casi, sono il controllo. A volte, hai dato le chiavi di riserva ad un vicino, con la preghiera di andare a controllare (è una tipica compulsione per procura, che ti permette dunque un evitamento). E non mancano le preoccupazioni e l'ansia per tutte le cose brutte che potrebbero succedere.

Osserveremo ancora che tutto questo può benissimo essere un DOC, se, globalmente, durante una giornata vi ruba *almeno* un'ora di tempo.

### **Le ossessioni «sperimentali»**

La faccenda è leggermente più complessa. Si tratta di provocare ossessioni (e le relative compulsioni) in persone che in genere non ne hanno, o che in quel momento ne sono prive. Non è difficile. Ma è sgradevole. È un esperimento che si può fare tra amici, ma bisogna chiarire ai presenti, prima di proporlo, che chiunque può rifiutarsi di farlo, o smettere quando vuole. Premesso questo, ecco che cosa dire.

*Prendete un foglio di carta, scriveteci sopra il nome della persona che amate di più al mondo, girate il cartoncino, e sul retro scrivete «Desidero che muoia subito».*

Noterete l'indignazione dei presenti: sarà rumorosa. Alcuni non lo fanno. Altri, invece, sì. È un esperimento che è indispensabile commentare.

La magia non esiste. Ma in un qualche modo, noi crediamo, senza renderci conto con chiarezza, alla potenza del pensiero, e specialmente a quella della voce. La magia ha un'origine arcaica. È la fede nel poter mutare le sorti del mondo, in bene o in male, con la sola forza del pensiero o della parola. È una credenza antichissima, che persiste in noi, anche se, razionalmente, non ci crediamo più.

Avrete notato che, per la maggior parte di noi, che siamo stati capaci di fare questo esperimento, vale il meccanismo seguente. Abbiamo pronunciato una minaccia *contre coeur*, ossia contro la nostra normale intenzione etica. In questo, l'ordine ricevuto corrisponde perfettamente ad un'ossessione. Ce la faremo a scrivere la frase incriminata, solo se riusciamo ad annullare (neutralizzare) l'angoscia che essa genera. Per esempio, con una frase, del genere «Ma sono tutte balle, non ci credo per niente». Oppure «È un esperimento, non succede niente». Bene: questa frase è una neutralizzazione magica dell'ansia generata dall'ossessione, è dunque una compulsione sperimentale.

Adesso siamo davvero in grado di capire che cosa prova chi soffre di ossessioni di poter far del male ai suoi cari, oppure d'essere all'origine di un disastro. Adesso capiamo il «peso» rappresentato dalle ossessioni per chi ne soffre, e l'importanza delle compulsioni, malgrado la loro illogicità e irrazionalità.

Un'altra ossessione sperimentale mi è stata segnalata da un amico. Immaginatevi di trovarvi alla stazione ferroviaria di Zurigo. Cinque piani di negozi, agenzie, ristoranti, binari, bar, eccetera. È una giornata d'estate, fanno 32 gradi di calore, e le vostre mani sono un po' appic-

caticce. Questi cinque piani sono collegati da scale mobili. State salendo dal piano zero al quinto piano, con la scala mobile. Tutti sanno che per ragioni di sicurezza bisogna afferrare il posamano.

Immaginatevi quante persone vi hanno appoggiato, anzi, no, hanno stretto la loro mano attorno alla rotaia. Sani, malati... puliti e sporchi. E se l'appiccaticcio che sentite sulla mano fosse il muco di un qualche malato? Non è mica impossibile. Quante centinaia di migliaia di persone passano per la stazione di Zurigo, in una giornata di lavoro? Di certo, parecchie sono malate, e di malattie infettive, gravi, che possono essere trasmesse ad altri. Ne avete paura per voi, ma anche per i vostri familiari, cui trasporterete i germi.

Che fare per calmare questa preoccupazione (che è poi un'ossessione)?

La prima osservazione è d'ordine razionale. Il posamano della scala mobile è di certo sporco, ma non di più di qualunque altro angolo della stazione di Zurigo. Probabilmente, siccome ci siete in mezzo da oltre un'ora, anche i vostri vestiti non sono più puliti, in quel senso, del resto della stazione. E probabilmente anche le vostre mani. C'è pericolo? Che si sappia, mai nessuno si è ammalato per via della stazione di Zurigo. Le componenti che facilitano l'infettività di una malattia sono moltissime, ma non comprendono i posamani delle scale mobili. Ne siamo certi? No: il nostro grado di certezza è solo del 40% (per un laico), e del 70% (per un medico). Con un grano d'incertezza bisogna pure convivere. In un certo modo, questo semplice ragionamento funziona da *compulsione*. Neutralizza l'ansia.

Una persona che richiede una certezza del 100% non può convivere con un ragionamento come quello che ho riportato

sopra. Non gli basta. Non si sente (relativamente) al sicuro.

Che cosa potrà fare, allora, per calmarsi?

Per cominciare, potrà staccare la mano dal posamano della scala mobile. Non è razionale, perché è pericoloso circolare senza affrancarsi. Eppoi, le mani ce le ha già messe, anzi, non si è schermato contro la contaminazione che esiste dappertutto, non solo sul posamano.

Potrebbe anche andare a lavarsi le mani. Ma, appunto, non serve ormai più, e non basta.

Infine, potrebbe tornare a casa, svestirsi, mandare i suoi vestiti in una lavanderia chimica, farsi una doccia accuratissima, ed in futuro evitare la stazione di Zurigo.

Credo che questo esempio dimostri in un modo evidente che, di fronte ad un'ossessione, chi risponde con una compulsione perché vuole una «soluzione sicura al 100%» rischia di impelagarsi in un sistema di compulsioni (di rituali) dal quale avrà difficoltà ad uscire senza danno. L'unico modo sano per affrontare un'ossessione è aspettare che l'ansia passi.

***Il DOC animale Anche gli animali soffrono di DOC. Non so se esiste una terapia psicologica per alleviarne la sofferenza, ma la cura farmacologica è molto simile a quella umana.***

Nei cani, nella sola situazione da me vista, la diagnosi era stata fatta dal veterinario. Il cane, giovane e sano, aveva cominciato a leccare il proprio femore, con grande energia.

E senza una ragione particolare: la pelle era sana, e non si mostravano comunque allergie. La pelle finiva per raggrinzire, e

mostrare dei danni dovuti alla saliva, e alla lingua.

La cura è stata fatta con Citalopram, la cui dose era stata «calibrata» al suo peso (35 kg), con un rapido successo. Il cane ha smesso di leccarsi la sezione di pelle ormai ridotta ad una piaga piuttosto in fretta, e non ha più avuto momenti con questo comportamento per lui dannoso.

# Storia del Disturbo ossessivo compulsivo

## Etimologia

Il termine «ossessione» proviene dal latino «obsidere», ossia «assediare». Le ossessioni sono definite come idee, immagini mentali o impulsi persistenti, e ricorrenti, che si presentano contro la volontà del soggetto. e che si accompagnano ad un sentimento soggettivo di obbligo, di difficoltà e d'angoscia. Sono riconosciute dal soggetto come straniere alla sua personalità, che ne ha dunque la consapevolezza del loro carattere anormale. Ne risente così l'obbligo di resistervi.

Il termine «compulsione» deriva dal latino «compulsus sum», ossia «sono forzato».

## La medicina greco-latina

I greci avevano parecchie teorie sulla natura delle malattie. Quasi tutte si rispecchiavano in una duplice teoria. La teoria degli umori, che avevano la loro sede in alcuni organi specifici, e che nel

Rinvia ad atti rituali che il soggetto è obbligato a mettere in opera in modo stereotipo per diminuire l'angoscia che accompagna i suoi pensieri ossessivi. Un esempio tipico è la lavatura delle mani, ripetitiva, per ridurre l'angoscia d'essere contaminato dai germi, e poi di contaminare altrui. Evoca l'immagine di un computer il cui programma si è sregolato in modo da ripetersi senza smettere, senza potersi fermare.

A lungo chi soffriva di ossessioni sono stati considerati come casi cronici, incurabili, e poco gratificanti per i terapeuti che se ne occupavano.

corpo si dovevano trovare in un equilibrio particolare. Se sussisteva un disequilibrio, poteva ammalarsi l'intero individuo, e non solo un organo, od alcuni organi. Era una teoria materialista. Infatti anche le

malattie mentali e i disturbi psicologici erano fatti risalire a questa teoria degli umori. Le affezioni mentali avevano dunque un'origine organica, e dipendevano dalla sofferenza di un organo, o da una discrasia (una disomogeneità

nella distribuzione) dei quattro umori del corpo.

La psichiatria dei greci era dunque relativamente semplice, almeno nella forma che riferisco sotto, e che ha a che fare con Galeno.

### *Le quattro malattie «psichiche» dei Greci*

#### La BILE GIALLA

genera la *Frenesia*

Si tratta di una malattia acuta con febbre, con confusione mentale. Corrisponde più o meno alle nostre usuali malattie tossi-infettive acute.

#### La FLEMMMA

La *Letargia*

Si tratta di uno stupore febbrile, acuto, con confusione, e ottundimento dell'animo. Questa categoria comprendeva le nostre malattie caratterizzate da una perdita graduale della consapevolezza, e che spesso terminano con la morte (avvelenamenti, tumori cerebrali, consumo).

#### Il SANGUE

La *Mania*

Si tratta di quel gruppo di malattie che procedono in forma cronica attraverso la formazione di idee, a volte inadeguate, a volte eccessivamente rapide ma sfuggenti. Qui potevano esserci schizofrenia, stati di timore e di ansia, attacchi di panico, stati maniacali.

#### La BILE NERA

La *Melanconia*

Anche la melanconia appartiene alle malattie croniche afebrili, ma è caratterizzata da un disconoscimento della realtà diverso rispetto a quello menzionato sopra. Qui il paziente è negativista, rallentato, piange facilmente, ha disturbi digestivi, colpito dal cosiddetto *dolore morale*. È caratterizzata da una passione dei sensi, senza febbre, ed è proteiforme e cronica. Inizia nei giovani e negli uomini giovani, raro nei vecchi e nelle donne. A volte comincia brutalmente, a volte solo lentamente, a poco a poco. Ci sono intervalli liberi, in certi casi. I sintomi sono insonnie, paure, amore immotivato, desiderio eccessivo di sapere, collere immotivate, tristezze transitorie immotivate, paure immotivate («Certuni hanno paura delle grotte o di cadere nei precipizi»). Qui troviamo i deliri cronici, le fobie e le ossessioni compulsioni.

Ecco un bell'esempio, preso da Postel e Quézel, che a loro volta l'hanno ripreso dal medico greco Areteo di Cappadocia.

*Un carpentiere, a casa sua e nel suo negozio, era un operaio ragionevole, capace di misurare il legno, di tagliarlo, di piellarlo, di inchiodarne i pezzi, di metterli assieme, di costruire in un modo adeguato una travatura di legno, di comportarsi normalmente con chi gli ordinava un lavoro, di concludere un contratto, di ottenere un prezzo giusto per il suo lavoro. Questo carpentiere, dunque, quando si trovava sul suo posto di lavoro, si vedeva bene che era pieno di buon senso. Ma quando gli capitava di uscire, per andare all'agorà, o per recarsi ai bagni, o per una qualche altra obbligazione, dopo aver riposto i suoi strumenti, si metteva a gemere; poi, uscito, gli si irrigidivano i*

*muscoli. Dopo aver perso di vista la gente di casa sua, o quando era lontano dal suo luogo di lavoro, diventava come pazzo. Ma se ritornava a casa sua a passo di corsa, ritrovava immediatamente la sua assennatezza. Tale era l'affinità che si era stabilita tra la casa di quest'uomo e la sua ragione.*

Areteo collocava questo caso tra le «manie». È uno dei pochi casi di disturbo psichiatrico apparentato alle neurosi, mai descritti dai Greci. Gli antichi si interessavano poco delle neurosi, così pure delle perversioni, che erano considerate piuttosto come delle «variazioni» della norma, che non appunto delle malattie. Viceversa, i medici greci hanno studiato a fondo le grandi psicosi (depressiva, schizofrenica), e le malattie somatiche che influenzano la psiche.

## La moralistica cristiana medievale

«Scrupolo» deriva dal latino *scrupus*, scoglio, e quindi significa pietra scabra, tagliente (p.es. nella scarpa). In senso metaforico: indica il dubbio inquietante, che occupa la coscienza. Gli scrupoli sono stati studiati dai teologi moralisti, che hanno sempre distinto tra gli scrupoli giustificati, e quelli eccessivi. Quelle «eccessive» erano le ossessioni che in realtà, alla lunga, distoglievano dal pensiero di Dio, o dal comportamento retamente cristiano. P.es. una persona che non riesce a confessarsi, perché teme di dimenticare un qualche peccato. Il buon confessore dovrebbe saper distinguere tra questi due tipi di penitenti.

Non vale però per tutte le ossessioni *egodistoniche* (le ossessioni che il soggetto rifiuta come proprie, perché non vi si riconosce, per esempio sul piano religioso o

morale). Le ossessioni di bestemmia, di sesso, di violenza (per esempio le «phobias d'impulsion») sono state considerate da alcuni teologi come tentazioni demoniache, cui resistere grazie ai doni sacramentali della Chiesa. In certi casi particolarmente clamorosi, si è parlato di possessione demoniaca. Ma allora non era più l'individuo che parlava (bestemmiava, insultava, ecc.), era bensì il demone che recitava la sua parte. Non erano comportamenti da imputare alla responsabilità del singolo.

Invece le *ossessioni egosintoniche* dei perversi da sempre fanno parte del regno del demone e dunque del peccato. L'individuo è colpevole di avervi ceduto con piacere, senza chiedere aiuto, rifiutando così gli strumenti che la Chiesa ha a disposizione.

## Da Esquirol a Morel

Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840), nel suo trattato di malattie mentali del 1838, ha descritto le *ossessioni* nel quadro delle cosiddette *monomanie affettive o ragionanti*. Sottolineava che il disturbo è parziale, ossia che il paziente non delira, ma che trova sempre il modo di giustificare un comportamento che appare strano agli altri, pur mantenendo consapevolezza del carattere particolare del suo disturbo. Esquirol confonde però ancora il disturbo ossessivo con la paranoia, e con alcuni comportamenti psicopatici antisociali. La differenza, per lui, stava nella consapevolezza dell'inadeguatezza del comportamento o del dubbio.

Jean-Paul Falret (1794-1870) sottolinea che le idee ossessive sono la conseguenza d'una malattia molto più globale che non una sola lesione parcellare d'una pretesa facoltà mentale. Esse provengono da uno stato fondamentale di incertezza o di confusione, d'elazione o più frequentemente

di depressione ed ansietà, che diventa il vero fondo da cui insorgono le idee ed i sentimenti patologici. Anche Kraepelin (1856-1926) ritiene che questi disturbi abbiano una relazione con la depressione e con l'ansia.

Secondo la teoria «intellettuale» di Carl Westphal (1833-1890), l'idea fissa è primaria, mentre lo stato emozionale è solo una conseguenza del disturbo delle idee. La sua tesi è quindi simile a quella di Salkovskis, che considera gli schemi conoscitivi profondi come punto di partenza dell'insieme della semiologia ossessiva.

La teoria «emozionale» di Bénédict Augustin Morel (1809-1873) fa di un'esperienza iniziale dell'angoscia il centro della patologia. Uno stato d'ansietà diffusa, la *pantofobia*, diventa una fobia più localizzata e focalizzata, oppure si intellettualizza in un'ossessione. È una tesi vicina alle teorie psicoanalitiche.

## Pierre Janet (1859-1947)

**Pierre Janet**



- Parigi, 1859-1947
- Filosofo, poi psicologo, poi ancora medico
- Ed infine psichiatra

8

Pierre Janet fu un filosofo, molto interessato alla psicologia clinica. Nel 1890, dopo avere ottenuto un dottorato in filosofia con una tesi sull'automatismo psicologico (1889), è chiamato da Charcot (1825-1893) come direttore del laboratorio di psicologia patologica della clinica neuropsichiatrica del Salpêtrière.

Aveva intrapreso parallelamente degli studi di medicina, e presenta nel 1892 una tesi sullo stato mentale degli isterici. A partire da 1895, Janet insegna psicologia alla Sorbona. Nel 1898, abbandona il suo reparto alla Salpêtrière, e nel 1902, succede a Théodule Ribot alla cattedra di psicologia sperimentale e comparata del Collège de France. In 1904, col suo amico Georges Dumas, fondò il *Giornale di psicologia normale e patologica* di cui sarà il redattore capo fino al 1937. La sua

opera fu gigantesca, così come il suo influsso. Credè un primo modello di funzionamento psichico, che permetteva un intervento di tipo psicoterapeutico.

### ***La gerarchia delle condotte***

Considerando l'approccio scientifico dei fenomeni psicologici sotto l'angolo dell'osservazione e della sperimentazione, Janet sviluppa una psicologia delle condotte umane. Concepisce la personalità come un insieme di «tendenze» o di disposizioni ad avere una condotta determinata, dalle forme inferiori dell'attività (riflessi) alle condotte secondarie (emozioni) e superiori (ragionamento). A questa concezione gerarchizzata delle funzioni si aggiunge la nozione di «tensione psicologica», inerente ad ogni condotta, e di cui i gradi di attivazione o di riduzione,

inadatti al comportamento, permettono di determinare e di classificare le malattie mentali.

### ***Lo studio dell'isteria***

Prima dei lavori di Janet, effettuati nel servizio di Charcot, gli studi sulle neurosi e sull'isteria restavano in particolare focalizzati sugli aspetti fisici della loro manifestazione. Formulate sulla base d'una sperimentazione approfondita dell'ipnosi, le teorie di Janet mettono al contrario l'accento sull'aspetto psichico delle neurosi, alle quali aggiunge un nuovo gruppo nosologico: la psicastenia (*Les Obsessions et la psychasthénie*, 1903).

Secondo Janet, se i diversi processi dell'attività psichica sono integrati nella mente sana, grazie all'energia psicologica, quando questa tensione si indebolisce e diventa deficitaria, per esempio in seguito all'esaurimento dell'energia nervosa, ne risulta una dissociazione. Significa una disgregazione della personalità: certi pensieri, o anche un flusso mentale intero, si distaccano e si isolano dal conscio, come una reazione di difesa. Queste idee subcoscienti, o *idee fisse*, si esprimeranno, in seguito, sotto forma di sintomi isterici.

Ponendo l'ipotesi di un subconscio, Janet può essere considerato come un precursore della psicanalisi.

Come direttore (1890-98) del laboratorio di psicologia patologica alla Salpêtrière e come professore di psicologia sperimentale e comparata al Collège de France dal 1902, diede contributi importanti alla conoscenza della patologia mentale e delle origini dell'isteria, grazie all'uso dell'ipnosi. Nel 1904 fondò il *Journal de psychologie normale et pathologique*, per cui scrisse numerosi articoli. Fra i suoi lavori importanti, notiamo *L'Automatisme*

*psychologique* (1889) in cui fondò la psicologia inconscia, e *Les Obsessions et la psychasthénie* (1903), che contiene la prima descrizione della psicastenia. *I sintomi maggiori dell'isteria* (1907) raccoglie conferenze tenute ad Harvard. Scrisse anche *Principi di Psicoterapia* (1924), *La cura psicologica* (1925), e *Cours sur l'amour et la haine* (1933).

### ***La psicastenia, una malattia «nuova»***

Nella sua opera *Le ossessioni e la psicastenia*, del 1903, Janet propone sia una descrizione critica, sia un'interpretazione psicologica, sia una modalità terapeutica di questo disturbo.

Alla base del disturbo stanno delle stigmate psicasteniche, che corrispondono al fondo mentale del psicastenico. Si tratta di tratti di personalità permanenti, che corrispondono ad un deficit, chiamato appunto psicastenia, che può essere acquisito oppure costituzionale. Le ossessioni e le compulsioni si basano su questo *deficit* psicastenico di base.

Il sintomo-chiave è il sentimento di incompiutezza. Incompiutezza del pensiero, dell'azione e delle percezioni. Come incompiutezza, Janet indica la percezione dolorosa dei pazienti del fatto di essere imperfetti, incompleti, non terminati. A livello dell'azione, notiamo il dubbio, l'abulia, l'indecisione, la sensazione di non stare bene. A livello dell'immagine del corpo, si trovano gli stessi dubbi, che possono giungere alla sensazione di sdoppiamento, di depersonalizzazione e di derealizzazione. Alcuni sentimenti melanconici possono apparire, in particolare lo *spleen*, evocatore d'una forma depressiva cronica che evolve su un tono minore. Janet descrive anche un meno convincente *deficit* somatico.

Orbene, malgrado la sua tendenza auto-critica, il paziente psicastenico però funziona bene. In un certo modo, è un perfezionista che vuole conseguire un fine irraggiungibile, diremmo noi oggi.

La psicastenia rappresenta dunque un modello di funzionamento mentale che dovrebbe spiegare i comportamenti neurotici. Il risultato della psicastenia è una diminuzione del cosiddetto senso del reale: la capacità di sintesi della personalità dello psicastenico si ripercuote anche sulle sue capacità di avere funzionare sul piano psichico con una capacità sintetica mentale rapida ed efficace.

È per questo che Janet pone un'equazione tra psicastenia e depressione: nelle sue descrizioni, quello che descrive sotto il

termine di psicastenia è piuttosto una regressione dei processi cognitivi verso la *rêverie* ed il pensiero magico, che non una depressione *stricto sensu*, con umore depresso e rallentamento.

### ***I processi ossessivi***

I processi ossessivi si formano sulla base psicastenica. Alla loro origine ci sono meccanismi chiamati *agitazioni irrefrenabili* (*agitations forcées*), che il paziente non riesce a controllare. Hanno quindi una natura compulsiva.

Le agitazioni irrefrenabili si dividono in tre gruppi: agitazioni *mentali*, *motorie* ed *emotive*, che a loro volta, si dividono in due gruppi: *sistematiche* (ossia: tematiche, o limitate), e *diffuse* (generalizzate e non ben definite tematicamente).

<b>Le agitazioni</b>	<b>Sistematiche</b>	<b>Diffuse</b>
<b><i>Mentali</i></b>	Dubbi, Superstizioni, Obsessione di ordine, di simmetria, di pulizia, Aritmomania, Manie di verifica, Mania di precauzione, di ripetizione, di perfezione, di espiazione, di riparazione	Ruminazioni mentali
<b><i>Emotive</i></b>	Le fobie	Gli stati d'angoscia, L'angoscia diffusa, I disturbi fisiologici dell'angoscia
<b><i>Motorie</i></b>	<i>I tic</i>	I gesti che servono a raggiungere la perfezione Camminare, fare, parlare

Janet descrive le *agitazioni mentali sistematiche*, che corrispondono al dubbio, alla superstizione, alle ossessioni d'ordine, di simmetria e di pulizia, alle ossessioni che hanno a che fare col calcolo (aritmomania). Le manie del simbolo corrispondono, secondo Janet, al bisogno di tradurre in immagini e rappresentazioni sensibili i sentimenti e le idee. Le *verifiche* sono descritte sotto termini di mania di ricerca sul passato e presente, manie di preoccupazione, mania della ripetizione e del ritorno. Le manie della perfezione e la ricerca di spiegazioni ultime scientifiche o filosofiche corrispondono al classico perfezionismo dell'ossessivo. Ci sono anche delle manie d'espiazione e di riparazioni isolate.

*Diffuse*, invece, sono le agitazioni mentali che comprendono le ruminazioni mentali corrispondenti a disturbi più globali o ricombinanti parecchie manie senza che ci sia un'ossessione prevalente, il cui senso e la cui direzione rimangano costanti e ben delimitati.

Le *agitazioni emotive sistematiche*: sono principalmente le fobie. Questo gruppo inquadra un insieme di problemi disparati. Ci sono le algie psicogene ossessive, le fobie delle funzioni corporali, le fobie d'oggetto (dette anche deliri di contatto), e le fobie di situazioni fisiche, che corrispondono ad agorafobia ed a claustrofobia. Notiamo anche le fobie di situazioni sociali, che corrispondono alle fobie sociali attuali, e l'ereutofobia. Janet include la fobia delle idee (ossia di situazioni immaginate), come p.es. essere sepolti

vivi, dire delle bestemmie, avere idee di morte e idee di malattia. Oggi le chiamiamo ossessioni.

*Le agitazioni emotive diffuse*: comprendono gli stati d'angoscia.

Janet distingue tra angoscia diffusa e disturbi fisiologici dell'angoscia. I primi stati sono mentalizzati come angoscia, mentre i secondi presentano alla coscienza solo i meccanismi fisiologici dell'angoscia (respiro, sentimento di pressione retrosternale, sudorazione, ecc.).

Le *agitazioni motorie* si dividono anche loro in *sistematiche* (ossia con un argomento, un tema), e *diffuse*. Le agitazioni motrici sistematiche sono i tic del naso, delle palpebre, della bocca e degli occhi. Alcuni di questi tic hanno a che fare con dei bisogni di precisione e di verifica.

Le agitazioni motorie diffuse comprendono invece gli stati di agitazione, caratterizzate da un insieme di gesti fatti dal soggetto, ripetutamente, per giungere alla perfezione d'un comportamento. Nella misura in cui i soggetti ripetono incessantemente un loro comportamento, si sentono meglio, più vicini al loro fine. Janet cita il caso di un suo paziente, che, con sforzi ripetuti e incessanti, mirava alla perfezione religiosa. In un altro caso, riferisce di un soggetto che mirava alla perfezione nella masturbazione. Altri soggetti si sentono obbligati a camminare a parlare, o ad agitarsi, per ridurre il loro stato d'ansia.

#### *Classificazione delle ossessioni, elaborata da Janet*

##### *Tipologia delle idee ossessive*

- Di sacrilegio
- Di crimine

- Di vergogna di sé
- Di vergogna del proprio corpo
- Ipocondriache

*Le compulsioni*

- Sono forme di idee ossessive, messe in atto

Janet classifica le idee ossessive secondo il loro contenuto, in cinque categorie: ossessioni di sacrilegio, di crimine, di vergogna di sé, di vergogna del proprio corpo, e ossessioni ipocondriache.

Sottolinea anche le caratteristiche generali di tutte le ossessioni. La paura dell'ossessivo non riguarda gli oggetti del mondo esterno, ma gli atti del soggetto. Le azioni e i pensieri temuti sono sempre cattivi, da riprovare. Gli atti che ossessionano i malati sono sempre degli atti estremi, odiosi, che colpiscono l'ordine stabilito e violano i valori morali dominanti.

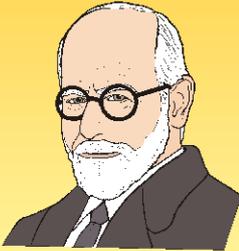
È la forma delle ossessioni, più che non il loro contenuto, a permettere di distinguere il pensiero normale da quello patologico. Janet mette a contrasto il pensiero

ossessivo da quello normale. I soli fattori che distinguono l'ossessione dal pensiero normale sono la durata, la ripetizione, la rigida fissità e la generalizzazione per associazione dimostrate dall'idea ossessiva.

L'ossessione è un'idea psicastenica, e quindi è sempre incompleta, anche nella convinzione, che, infatti, manca nel paziente. Questi ci crede, ma non del tutto. Gli ossessivi soffrono spesso di pseudo-allucinazioni, ed hanno rappresentazioni simboliche che permettono di resistere alle ossessioni: l'idea fissa psicastenica è sempre incompleta, e spesso non comporta una convinzione. Janet propone come leva terapeutica centrale il recupero della *funzione del reale*, aumentando la tensione psicologica e rieducando l'emozione e l'attenzione.

## Sigmund Freud (1856-1939)

**Sigmund Freud**  
1856 - 1939



- Desiderio
- Superio arcaico e sadico
  - fissazione allo stadio "anale"
- Ambivalenza estrema
  - ruminazioni mentali, dubbi, scrupoli, inibizioni intellettive e dell'azione
- Difese particolari
  - spostamento, isolamento, annullamento retroattivo
- Insufficienza della rimozione

15

Freud distingue tra ossessioni, fobie, ed isteria. L'ossessione corrisponde, da una parte ad un'idea che si impone al paziente, e, d'altra parte ad uno stato emotivo associato. Nelle fobie, invece, lo stato emotivo è puramente l'angoscia. Nell'ossessione, lo stato emotivo corrisponde al dubbio, al rimorso o alla collera. Nelle fobie, l'angoscia è proiettata sul mondo esterno, mentre nelle ossessioni è collegata ad idee o rappresentazioni, e non è scatenata da oggetti o da situazioni esterne. In un qualche modo i contenuti delle nevrosi ossessive rappresentano la sostituzione di idee più accettabili ad idee inconciliabili. Essa avviene tramite un atto di difesa contro l'idea inconciliabile.

*Primum movens* in Freud è il desiderio, che si collega alla traccia lasciata dai vissuti infantili. Il risorgere di questa traccia

amnestica si scontra contro un superio arcaico e sadico, che richiede il perfezionismo, e che dà quindi origine ad un'ambivalenza estrema. In fondo, l'ossessivo dubita dell'amore.

Il conflitto psichico amore-odio si esprime in ruminazioni mentali, nel dubbio, negli scrupoli, nell'inibizione intellettuale, e in un'inibizione dell'azione.

La neurosi evidenzia anche dei meccanismi di difesa particolari, che sono lo *spostamento*, l'*isolamento* e l'*annullamento retroattivo*. Lo spostamento allontana l'affetto su rappresentazioni lontane dai sentimenti iniziali. L'isolamento separa l'affetto dalla rappresentazione che si trova così raffreddata e senza il calore originale dei sentimenti. L'annullamento retroattivo dei sentimenti, dei pensieri o delle azioni

consiste ad utilizzare parole e pensieri in senso opposto rispetto all'affetto originario, come se questi sentimenti, questi pensieri e questi atti non ci fossero mai stati, per esempio l'ossequiosità invece dell'aggressività.

L'ambivalenza corrisponde alla fissazione allo stadio anale e all'interiorizzazione di un superio crudele che entra in un conflitto sadomasochistico con l'ego del soggetto. Il

carattere anale è fatto di ordine, di testardaggine, di parsimonia, pedanteria, e di preoccupazioni di dettagli a spese di una percezione globale delle situazioni e delle relazioni umane. Corrisponde a formazioni reattive che si oppongono a tendenza aggressive.

Le ricerche odierne evidenziano la scarsa effettività della terapia psicoanalitica su persone afflitte da DOC.

## I modelli del comportamentismo classico

Ci sono parecchi modelli, provenienti dalle teorie dell'apprendimento, che sono stati proposti per rendere conto delle ossessioni e delle compulsioni. Dapprima Mowrer (1960), con la teoria dei due fattori, poi Beech e Perrigault (1974), con la teoria dell'attivazione e della abituazione, ed infine Y. Meyer e Razran (1975), che hanno affinato modelli sulla base della teoria dell'apprendimento (comportamentismo).

### *O. Mowrer: teoria dei due fattori*

Mowrer, nel 1960, ha pubblicato la sua Teoria dei due fattori: secondo la quale, come nel caso delle fobie, si potrebbero spiegare i rituali ossessivo-compulsivi come un meccanismo d'apprendimento che evolve in due tempi. Un primo tempo prevede un meccanismo che si basa sul condizionamento classico, in cui il soggetto associa un avvenimento del suo ambiente all'angoscia (fase di creazione).

In un secondo momento, che corrisponde al condizionamento operante, il rituale calma l'ansia. Il rituale è dunque rafforzato da un condizionamento di evitamento di una situazione avversiva, che rappresenta una fase di mantenimento, ove

l'annullamento dell'angoscia grazie al rituale favorisce i rituali futuri. In altri termini, un soggetto che ha imparato ad esser angosciato dalla contaminazione di oggetti ritenuti sporchi, imparerà a scacciarsi dall'angoscia lavandosi cinquanta volte le mani, invece di aspettare, al contatto di oggetti che ritiene contaminati, che la sua angoscia cali.

L'evitamento del contatto si eternizza perché tende a calmare più rapidamente l'ansia che non affrontando la situazione temuta. È probabile che si tratta di una teoria non del tutto corretta, perché spesso i rituali aumentano l'ansietà, invece di ridurla. Inoltre i rituali sono collegati a pensieri e ad una risalita interna dell'ansia e non a situazioni ambientali, come invece è il caso delle fobie.

### *H.R. Beech e Perrigault (1974)*

H.R. Beech e Perrigault (1974) hanno proposto una teoria che, invece di fondarsi sull'evitamento, cerca di fondarsi sulla nozione di un'attivazione anormalmente elevata nell'ossessivo. Si tratterebbe del *primum movens* di tutta la loro patologia. Un'attivazione anormale comporterebbe ansia e disturbi dell'umore. Se l'attivazione

raggiunge una soglia critica, il soggetto potrebbe associare il suo stato interno d'attivazione dolorosa ad uno stimolo ambientale (per esempio la sporcizia), in base ad un meccanismo di pseudo-condizionamento. Esprimerà allora idee ossessive di pulizia, che sono in realtà una razionalizzazione a posteriori per giustificare un'esperienza emotiva irrazionale. Attuerà in seguito dei rituali, e proporrà un racconto a posteriori per giustificare il suo comportamento irrazionale.

Questa spiegazione ingegnosa non brilla però per la sua semplicità, e non può essere scientificamente validata. Ha però avuto l'interesse di mostrare quanto sono importanti i disturbi dell'abituazione presso gli ossessivi. In particolare, notiamo una grande lentezza nell'abituazione, che è peraltro presente anche in altre sindromi ansiose come l'agorafobia e l'ansia generalizzata.

### ***La grande stagione comportamentista***

La desensibilizzazione sistematica introdotta da Wolpe era efficace nella fobia, ma non riuscì nei malati DOC (Meyer, 1974). Questi introdusse allora un metodo di cura consistente ad esporre soggetti ossessivi a stimoli che scatenano abitualmente le loro ossessioni, durante una giornata intera, con l'aiuto di un'équipe che impedisce al paziente di ritualizzare. Marks (1987) ha poi descritto questa pratica, sistematizzandola, e chiamandola *Esposizione con prevenzione della risposta*. È una tecnica che fa leva su d'un

meccanismo sottocorticale che il neurofisiologo Gregory Razran ha descritto come abituazione. Essa consiste ad imparare a riconoscere ciò che *non* bisogna fare. Si basa sull'abituazione a risposte fisiologiche. È un processo molto generale che si ritrova nella maggior parte degli organismi; è una forma elementare e primitiva d'apprendimento.

Marks ha costruito tutta la sua pratica psicoterapeutica su questo principio. L'ha descritto come una procedura terapeutica di esposizione *in vivo* agli stimoli evocatori d'ansia, di cui ha fissato gli effetti e le condizioni d'efficacia nei disturbi ansiosi, nelle disfunzioni sessuali, nella depressione e in certi stati psicotici. In pratica, consiste, almeno per quanto riguarda i soggetti DOC, nell'esposizione in vivo, prolungata, agli stimoli ansiogeni, e nella prevenzione della risposta ritualizzata, eseguita in 25 sedute di 3 ore ciascuna. Si può anche fare un'esposizione nell'immaginazione, utile nel caso dei verificatori, i cui disturbi sono scatenati prima di tutto da pensieri intrusivi (dubbi) più che non da situazioni di ambiente (sporcizia).

Secondo Foa e Steketee, una presentazione troppo breve degli stimoli evocatori d'ossessione e di compulsione non fa che accrescere l'intensità delle risposte motorie, cognitive e vegetative. È il fenomeno inverso dell'abituazione, ossia la sensibilizzazione. L'esposizione con risposta inibita dev'essere prolungata, per diventare efficace.

## La cosiddetta «rivoluzione cognitiva»

I modelli cognitivi si fondano su di un'ipotesi generale di continuità tra fenomeni ossessivi normali ed anormali, ed hanno ampliato la nozione di disturbo dell'abituazione dal campo delle emozioni, a quello delle cognizioni.

I primi autori sono stati McFall e Woltersheim, ma è solo con Salkovskis (1985) ed Emmelkamp (1988) che la teoria cognitiva, nel campo DOC, ha trovato un'applicazione clinica chiara. Sul piano teorico, la terapia cognitiva, che deriva dai lavori di A.T. Beck e di Emery nel campo della depressione, fa appello al modello di trattamento dell'informazione.

### **Salkovskis (1985) ed Emmelkamp**

**S**econdo Salkovskis, l'organismo tratta l'informazione (stimolo) in funzione di schemi ossessivi acquisiti. Questi ultimi, con l'aiuto dei processi cognitivi, trasformano l'informazione in avvenimenti cognitivi (monologhi interiori negativi e di immagini) che interagiscono con il comportamento. Questi avvenimenti cognitivi partecipano allo scatenamento ed al mantenimento dei rituali (comportamento).

L'*ipotesi centrale* è che i soggetti ossessivi, come i depressivi, presentino schemi cognitivi inconsci, situati nella memoria a lungo termine che filtrano l'informazione trattenendo soltanto alcuni aspetti negativi dell'esperienza vissuta. Gli schemi cognitivi contengono un insieme di regole inflessibili o postulati silenziosi che si presentano in una forma imperativa.

Gli avvenimenti cognitivi traducono clinicamente gli schemi. Sono monologhi interiori, che consistono di autoverbalizzazioni imperative, e di pensieri automatici negativi che si impongono al soggetto indipendentemente dalla sua volontà, e che restano spesso pre- o infra-coscienti. Il contenuto di questi pensieri automatici determina il tipo di risposta emozionale.

### ***Salkovskis: i quattro livelli dell'analisi funzionale delle ossessioni e delle compulsioni***

Il passaggio degli schemi (strutture profonde) verso gli avvenimenti cognitivi (strutture superficiali) si fa con l'intermediario di processi cognitivi, la cui distorsione traduce una perturbazione profonda e stabile dei meccanismi del pensiero logico.

- 1) Il pensiero intrusivo: irruzione dell'inaccettabile
- 2) La risposta emotiva e lo schema di pericolo
- 3) Il pensiero automatico: la neutralizzazione
- 4) L'emissione di un comportamento rituale

Si distinguono *quattro livelli* nell'analisi funzionale cognitivo-comportamentali dello svolgimento di un'ossessione compulsione (Salkovskis, 1985).

### ***(1) Il pensiero intrusivo: l'irruzione dell'inaccettabile***

Il pensiero intrusivo è un pensiero ossessivo straniero, ossia egodistonico, rifiutato e ripugnante. Si può per esempio trovare l'idea intrusiva di uccidere il proprio figlio, o pensieri osceni, o antireligiosi. Rachman nel 1980 ha sviluppato l'ipotesi che le ossessioni rappresentano uno stimolo interno per il quale il soggetto non riesce a mettere in atto le risposte d'abituazione. Non esiste una differenza di contenuto tra ossessioni di soggetti normali e ossessioni di soggetti ossessivi. Più dell'80% dei soggetti normali presentano idee ossessive che differiscono dalle idee ossessive dei soggetti patologici solo per la loro frequenza, per la loro durata, per il fatto che possono essere rigettate senza difficoltà, e che evidenziano assai in fretta una risposta d'abituazione. Due studi controllati hanno permesso di stabilire questa nozione. L'ossessione «anormale» differisce dunque dall'ossessione «normale» per una turba dei meccanismi d'abituazione.

Rappresenta quindi uno stimolo condizionato che non è riuscito a sviluppare una risposta d'abituazione, e che mette in atto rituali interni od esterni destinati a neutralizzare il suo impatto emotivo.

## ***(2) La risposta emotiva e lo schema di pericolo***

L'ipotesi cognitiva è che la risposta emotiva risulti da pensieri di pericolo organizzati come veri e propri sistemi irrazionali di credenza. In questa prospettiva, l'affetto è il risultato di postulati che orientano, polarizzano e trattano l'informazione in modo automatico, stereotipo e inconsciente. I postulati sono organizzati in schema di pericolo di contenuti ossessionali. I postulati di base sarebbero i seguenti, che si presentano in forma imperativa:

Bisogna essere sempre vigilanti riguardo ai pericoli che si possono provocare. Altrimenti si è responsabili. Il sentimento d'incertezza e di perdita del controllo è dunque intollerabile. Ogni pericolo ci deve mettere sottosopra, e dev'essere tenuto sotto controllo.

b) I *rituali magici* e i pensieri possono essere *efficaci* nel controllo dei pericoli.

c) È *più efficace ritualizzare* o avere pensieri ossessivi che non affrontare la paura e l'incertezza.

Questa responsabilizzazione eccessiva potrebbe rappresentare l'interiorizzazione di ingiunzioni parentali che impongono un codice sociale rigido che mira al controllo degli atti e delle loro conseguenze. Il contenuto è sovente aggressivo. Il soggetto rappresenta una minaccia attiva, nel perdere il controllo degli atti, oppure passiva, se omette di verificare una causa putativa di catastrofe. In un caso o nell'altro ne sarà ritenuto poi responsabile. È noto da tempo che il contenuto dei pensieri intrusivi degli ossessivi ha spesso a che fare con una minaccia mortale che il soggetto fa pesare sulle persone amate.

Gli stimoli ossessivi abituali mettono in azione i postulati, e attivano l'emozione negativa. Si è riusciti ad evidenziare come l'immaginazione mentale dell'ossessivo, confrontato a scene corrispondenti alla sua ossessione principale, porti ad intense risposte emotive. Si è notato un'accelerazione del ritmo cardiaco, un aumento della conduzione cutanea e dell'ansia obiettivabile.

## ***(3) Il pensiero automatico: la neutralizzazione***

Il pensiero automatico è un pensiero conformista, e accettato dal soggetto (egosintonico). Cerca di ristabilire l'ordine morale, e di neutralizzare l'angoscia sviluppata dal pensiero intrusivo. Per esempio, lo svuotamento mentale in un ordine preciso di formule e rituali mentali, o l'obbligo di contare evitando di contare la cifra 13, senza dover ricominciare, e così via.

#### ***(4) L'emissione di un comportamento rituale***

Il comportamento rituale è destinato a ristabilire l'ordine e ridurre l'angoscia. Per esempio, una paziente ossessiva che ha paura di uccidere suo figlio, verificherà che tutti i coltelli della casa siano sottochiave. Un elemento importante quasi costante nei rituali è il tentativo di trasferire su altri la responsabilità immaginaria. Così un paziente telefonerà interminabilmente al suo terapeuta per essere certo di non aver dimenticato in ospedale un oggetto suscettibile di ferire altrui. Rassicurare l'ossessivo non fa che aggravare la sua situazione, nella misura in cui utilizzerà sistematicamente, in seguito, il tra-

sferimento di responsabilità come un rituale che gli servirà a ridurre momentaneamente l'angoscia e la colpevolezza.

#### ***Conclusioni per la terapia***

Dalle considerazioni precedenti deriva una terapia che facilita la presa in carico, e i risultati, nel caso dei malati di DOC. Essa si basa sui presupposti seguenti.

La credenza nell'efficacia dei rituali si autoproduce, e si mantiene nella misura in cui il soggetto è persuaso che senza di loro le catastrofi temute avranno luogo. In ultima analisi, le compulsioni hanno per fine di por termine all'esposizione agli stimoli temuti, e, siccome hanno successo, i sistemi di credenze irrazionali si trovano ulteriormente rafforzati. La prevenzione della risposta ritualizzata permette di far constatare al soggetto che la sua anticipazione catastrofica non si realizza, anche se il rituale non è stato compiuto. Allo stesso modo, l'esposizione in vivo con la prevenzione della risposta, rappresenta anche una tecnica di modificazione cognitiva nella misura in cui mostra al soggetto l'inanità del pensiero magico.

## **I modelli neurobiologici**

### ***Il modello genetico***

Esistono buoni argomenti a favore di fattori genetici e familiari nelle ossessioni e compulsioni. Marks, nel 1986, riprende cinque studi pubblicati, e giunge alla conclusione d'una maggiore frequenza di disturbi psichiatrici nei genitori e nella fratria dei soggetti ossessivi che non nella popolazione generale (8 volte di più). Altri lavori hanno sottolineato la similarità tra la *Malattia di Gilles de la Tourette* e le

ossessioni compulsioni, mostrando ugualmente la loro presenza nei membri della stessa famiglia.

### ***Il modello neuropsicologico***

La neuropsicologia mette soprattutto in evidenza la possibilità d'un disturbo che potrebbe essere localizzato nel lobo frontale sinistro. Si conoscono le funzioni di controllo del comportamento sociale del

lobo frontale. Si potrebbe anche localizzare nel lobo limbico, di cui si sa che rappresenta il supporto delle emozioni. Studia anche i processi d'abituazione, che sembrano essere carenti nell'ossessivo, e che possono essere in parte recuperati con le terapie d'esposizione agli stimoli ansiogeni con prevenzione della risposta ritualizzata. Anche l'ipotesi di Gray, che stabilisce un ponte tra i modelli cognitivo comportamentali nella neurobiologia, ha una base neuropsicologica.

### ***La neuroanatomia***

La chirurgia stereotattica, oggi usata sempre di meno, ma molto interessante dal punto di vista didattico, e per certe sindromi, propone un'interruzione del cingolo, ha suggerito l'ipotesi che la sintomatologia fondamentale delle ossessioni sia dovuta ad un disfunzionamento del circuito cingulo-orbito-frontale. Ci sarebbe una mancanza d'inibizione da parte dei sistemi frontali sulle rappresentazioni mentali verbali ed ideiche (le ossessioni) così come sulle loro conseguenze motorie, ossia le compulsioni o rituali. È probabile che ci sia un malfunzionamento frontale sinistro, ma i dati morfologici usciti da studi con lo *scanner* cerebrale e da batterie di test neuropsicologici sono contraddittori.

### ***Anomalia nel trattamento della informazione***

Alcuni studiosi sono del parere che gli ossessivi presentano un'anomalia importante del trattamento dell'informazione, che sarebbe misurabile con metodi neuropsicologici. Non lo si può comunque affermare oggi, come non sembra affatto che soffrano di microdisturbi della memoria.

### ***L'ipotesi serotoninergica***

Il neuromediatore Serotonina è implicato nell'inibizione comportamentale nel controllo dei comportamenti impulsivi e permette di sopportare un ritardo prima di passare all'atto. Ci sarebbe un *deficit* serotoninergico che diminuisce l'inibizione corticale, e che favorisce un'assenza di controllo sugli impulsi. Questa insufficienza determina una deregolazione (*up-regulation*) dei recettori serotoninergici post-sinaptici. I farmaci regolarizzano la situazione, determinando una *down-regulation*. Insomma, vengono desensibilizzati dolcemente con gli antidepressori serotoninergici. L'azione non è però solo antidepressiva, ma è anche antirituale. Inoltre non tutti gli antidepressivi sono equivalenti nella modifica dei rituali.

## **Il modello integrativo di J.A. Gray**

L'americano J.A. Gray nel 1982 ha postulato una deregolazione del sistema di comparazione cerebrale, la cui localizzazione si troverebbe tra l'ippocampo e il setto (sistema limbico detto «circuito di Papez»), anche collegato alla corteccia verbale ed al tronco cerebrale (*locus coeruleus*). Questa di-

sfunzione esisterebbe nel caso di ossessioni e nel caso di fobie. Il modello di Gray si basa sulla nozione d'un sistema d'inibizione comportamentale, la cui funzione è di filtrare gli stimoli ambientali, per verificare se esiste una concordanza tra gli stimoli attesi e gli stimoli realmente percepiti. Nella misura in cui il sistema comparativo è difettoso, si lancerà in

verifiche senza fine (DOC), oppure inibisce l'azione in corso (fobia), oppure, ancora, produce una crisi d'angoscia. Il sistema ippocampo-settale comparativo è collegato al *locus coeruleus* (tronco cerebrale d'innervazione noradrenergica), ai nuclei della rafe (tronco cerebrale, d'innervazione serotoninergica), alla corteccia frontale (zona del linguaggio, dei fenomeni cognitivi, del controllo degli impulsi), ed ugualmente al sistema dei recettori benzodiazepinici. Il difetto del sistema comparativo può essere dovuto a cause ambientali (stress), fisiologiche, oppure biochimiche. Nel caso delle ossessioni-compulsioni si invoca di solito una perturbazione della neurotrasmissione serotoninergica. La diminuzione del tasso di serotonina nella fessura sinattica comporterebbe un'incongruenza tra gli stimoli percepiti nella realtà circostante, e gli stimoli attesi, ed anche una riduzione del controllo degli impulsi. Secondo Gray, le ossessioni sono dovute ad attività

eccessive di verifica nel sistema ippocampo-settale. I fenomeni cognitivi provengono dall'interazione di questo sistema con i sistemi corticali del linguaggio. Esprime l'ipotesi di un'interazione tra anomalie innate del sistema ippocampo-settale e fattori di personalità. Studi psicofisiologici hanno cercato di studiare il funzionamento integrativo della corteccia di fronte a stimoli ossessivi. La risposta d'orientamento (*arousal*), che corrisponde al trattamento dell'informazione ansiosa che è comparata alle rappresentazioni stoccate nel cervello, è stata studiata negli ossessivi, misurando il ritmo cardiaco in risposta ad un'immaginazione ossessiva. Questo studio suggerisce che gli ossessivi sono ipervigilanti. I farmaci antidepressivi serotoninergici agiscono sulle strutture della rafe mediana. La terapia comportamentale agisce sui fenomeni di abituação con l'intermediario del sistema ippocampo-settale e delle sue connessioni talamo-corticali.

# La personalità «ossessiva»

La persona che soffre di DOC perlopiù non è affatto «ossessiva», nel senso che abbia un carattere anancastico. Costoro sono, in un certo senso, «ossessivi felici di esserlo». Si tratta di persone assai rigide, abitudinarie, sparagnine, pedanti, perbeniste e inflessibili. Hanno delle chiare manie di ordine, di pulizia, di simmetria.

Vediamo un po' più da vicino, di che cosa si tratta.

Tutti noi controlliamo se la casa è chiusa prima di partire, o se il forno è spento; contiamo e ricontiamo i soldi prima di andare in posta, o laviamo la forchetta che è caduta in terra.

Ma ci sono persone che esagerano un po' con la pulizia e l'ordine: finiscono con l'apparirci un po' troppo rigidi e schematici. È spesso però anche una questione di punti di vista. Il figlio disordinato accusa la madre di essere «fissata» con la pulizia, di essere una maniaca dell'ordine. D'altra parte, siamo tutti ben contenti se sappiamo che, per esempio, l'infermiere delle cure intense è piuttosto ossessivo per quello che riguarda la pulizia, la disinfezione, e la precisione e il controllo nel distribuire i medicinali.

Ci sono persone che accumulano questi tratti, detti «ossessivi» o «anancastici». Li vediamo magari un po' rigidi, e un po' troppo ordinati, ossessivi, meticolosi, parsimoniosi. Questi tipi di carattere si chiamano «personalità ossessiva» oppure «anancastica». Ma vale la pena di osservare che non si tratta affatto del Disturbo ossessivo compulsivo. È curioso osservare che queste persone raramente si ammalano del Disturbo ossessivo e compulsivo. Al contrario, vivono una vita normale, si sentono bene nei loro panni, ossia in pieno accordo con la loro maniera di fare. Non soffrono.

Per il malato, come vedremo dopo, è un'altra cosa: questi ne soffre molto spesso, magari di nascosto, e proprio per questo forse se ne sa poco. Qualche volta neanche il medico del paziente ne è al corrente, e persino nella loro famiglia i pazienti lo nascondono fin che possono.

Quando questi tratti sono molto pronunciati, presenti già nell'infanzia, e se hanno rappresentato un impedimento o una difficoltà rilevante per la vita affettiva, professionale o sociale di un individuo, allora si parla di Disturbo ossessivo della personalità.

# ASI-ADOC

*Associazione della Svizzera Italiana per l'Ansia, la Depressione cronica, e i disturbo Ossessivi e Compulsivi*



L'ASI-ADOC si occupa di problemi riguardanti la comprensione, la cura e lo studio di chi soffre di Ansia, Ossessioni e Depressioni croniche. Pubblica un mensile, organizza gruppi di auto-aiuto, incontri d'intervisione, seminari, e conferenze pubbliche.

**Informazioni:**

Se ne vuoi sapere di più, e meglio, che tu sia un paziente, un familiare o un terapeuta, mettiti in comunicazione con Signora Bettina, Tf 091 814 3161.

# Letture consigliate



## **Libri specialistici**

Cottraux J: *Obsessions et compulsions*. Paris 1989: Presses Universitaires de France (Nodules)

Dettore D.: *Il disturbo ossessivo-compulsivo. Caratteristiche cliniche e tecniche d'intervento*. Seconda edizione. Milano 2003 (McGraw-Hill), p. 482.

Emmelkamp Paul M.G., Patricia van Oppen: *Zwangsstörungen*, Göttingen 2000, 79 pagine.

Kessler M., Honegger M., Kriemler D. et al.: *Strömung, Kraft und Nebenwirkung. Eine Geschichte der Basler Pharmazie*. Basel 2002: Schwabe.

Lakatos A., H. Reinecker: *Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Ein Therapiemanual*. Göttingen 1999 (Hogrefe), 137 pag.

Mellman T., Uhde T.: Obsessive-compulsive symptoms in panic disorder. In: *American Journal of Psychiatry*, 1987, 144, 12, p. 1573-176.

Pancheri P. (Red.): *Il disturbo ossessivo-compulsivo. La cura*. Firenze 1998 (Scientific Press), 14, 343 pag.

Postel J., Quételet C.: *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Toulouse 1983: Privat  
Reinecker H.S.: *Zwänge. Diagnose, Theorien und Behandlung*. Bern 1991 (Huber), 8, 159 pag.

Scharfetter C.: *Psicopatologia generale*. Milano 1992: Feltrinelli (dalla 3-a edizione tedesca, 1991).

Zribi S. et al: *L'anorexie mentale. Un antécédent fréquent dans les troubles obsessionnels compulsifs*. In: *L'Encéphale*, 1989.

## **Libri per il pubblico non specialista**

Cottraux J.: *Les ennemis intérieurs. Obsessions et compulsions*. Paris 1998 (Odile Jacob), p. 267

Anonimo: *Disturbo ossessivo compulsivo. Che cos'è. Come affrontarlo*. Milano 1998 (I quaderni di Idea), 27 pag.

Fricke S., Hand I.: *Avrò chiuso la porta di casa? Affrontare le proprie ossessioni*. Trento 2007 (Erickson), p. 132

Hell D.: *Basta! Informazioni sulle nevrosi ossessive*. Basilea 1994 (Ciba-Geigy), 12 pag.

Sauteraud A.: *Non riesco a fare meno di...* (Trad. di S. Sinigaglia). TEA Pratica, N. 211; pp. 296; Prima edizione 2004. ISBN 88-502-0453-1

Schwartz J.M., B. Beyette: *Il cervello bloccato. Come liberarsi dal disturbo ossessivo-compulsivo*. Milano 1996 (Longanesi), pag. 274.

Woggon B.: *Ich kann nicht wollen!* Bern 1998 (Huber).