

Osessioni, compulsioni e dintorni

Vivere prigionieri di se stessi

Registrazione Tribunale di Santa Maria Capua Vetere n. 834 del 3.3.2015
Proprietà Associazione Zetema Istituto di Psicoterapia

Stampato da Mediserve S.r.l.
Novembre 2018

INDICE

Il Sé ossessivo	pag.	5
Maria Russiello-Gino Aldi		
La profezia Gioachimita	pag.	16
Gianfranco del Buono		
Il tema dell'ossessione nella letteratura inglese	pag.	35
Sara Sofia- Andreana Franza		
Il fascino in-discreto del rito	pag.	49
Marina Brancato		
DOC, una malattia più realtà esistenziali	pag.	65
Immacolata D'Errico		
Le prigioni della mente	pag.	76
Maria Rosaria Juli		
Cibomania	pag.	82
Barabara Felisio		
Ossessioni, compulsioni e dintorni	pag.	92
Adelia Lucattini		

Vorrei ma non posso.....pag. 107
Barbara Solomita

**I fenomeni ossessivi, precursori del pensiero
volontario**.....pag. 120
Francesco Franza

Abbonamenti e acquisti.....pag. 135

Riflessioni

IL SÉ OSSESSIVO

Dott.ssa Maria Russiello
Psicologa-Psicoterapeuta

Dott. Gino Aldi
Medico chirurgo-Psicoterapeuta

RIASSUNTO

L'articolo affronta il tema della organizzazione del Sé della personalità ossessiva. Viene posto in evidenza come il tema del rigore morale, intrinsecamente presente in questo tipo di personalità, copra in realtà una dimensione di profonda insicurezza e di fuga dalla responsabilità di definire il proprio modo di essere al mondo, di connotare gli eventi dal punto di vista soggettivo, di affrontare il tema della scelta e della possibilità di commettere errori.

Prigionieri di una visione idealizzata della vita e del mondo il Sé ossessivo rifugge dagli stimoli che determinano incertezza attraverso rimuovendo dal proprio orizzonte la dimensione della vitalità, ancorandosi a una visione statica e perfezionista dell'esistere. Gli stimoli che non sono assimilabili a tale visione diventano oggetto di rimozione, di fallimento della mentalizzazione e di scarica afinalistica attraverso le compulsioni o i pensieri parassiti.

L'angoscia di poter essere "altro" dalla visione idealizzata del Sé comporta uno sforzo teso a tenere lontano dalla consapevolezza tutto ciò che a tale visione non corrisponde. La lotta tra Sé ideale e il Sé vitale, temuto e temibile, si rende manifesto attraverso le azioni compulsive e i pensieri "estranei" che stanno lì a ricordare che ciò che si vuol silenziare è un possente motore di energia psichica destinata a manifestarsi in termini di angoscia piuttosto che di gioia di vivere e pienezza di sé.

Parole chiave: *Disturbo ossessivo, Costruzione del Sé, Sé ossessivo.*

INTRODUZIONE

Il disturbo ossessivo compulsivo è, tra i disturbi d'ansia, uno dei più invalidanti in quanto incide negativamente sulla qualità della vita del paziente condizionandone le capacità relazionali, sociali e personali. Anche gli aspetti lavorativi e socio-affettivi sono fortemente compromessi dai sintomi di questo disturbo, a causa della sofferenza che esso genera e i condizionamenti che vengono attuati per controllare i sintomi nonché la tendenza alla cronicizzazione.

COSTRUTTI DI BASE

“Il nucleo psicopatologico dello spettro del DOC è ben noto e facilmente descrivibile. Le “ossessioni” sono pensieri, impulsi o immagini ricorrenti che irrompono nel funzionamento mentale della persona che ne è affetta; le “compulsioni” sono azioni osservabili, attività mentali, o comportamenti ripetitivi che il paziente esperisce come “obbligatori” e che interferiscono significativamente con il suo funzionamento con una gravità che varia ampiamente tra i diversi pazienti e, nello stesso paziente, nel corso della vita.”

Questa è la definizione data dal Manuale Diagnostico Psicodinamico PDM-2 del 2018.

Ma quali sono i meccanismi che sono alla base della genesi e del mantenimento dei sintomi in questa patologia?

Per poter definire la patogenesi di questo disturbo e quindi capire come si strutturano a livello mentale le ossessioni e le compulsioni dobbiamo partire dai costrutti di base che lo sottendono e che possiamo ricavare dalla raccolta anamnestica dei soggetti affetti da questo disturbo.

Il primo dato che emerge è che lo spettro ossessivo è trasversale a più disturbi, bisogna cioè distinguere tra il disturbo ossessivo compulsivo vero e proprio, le personalità dal tratto ossessivo e infine i sintomi ossessivi che possiamo ritrovare in più patologie.

La matrice comune che ritroviamo come determinante quando parliamo di ossessione è la costante perseveranza del tema della colpa e del disprezzo, due elementi che si riscontrano in maniera significativa nella vita dei pazienti con questa sintomatologia.

Aspetto che si coniuga con il senso di fuga dalla responsabilità, o franca irresponsabilità, che nel paziente con DOC si traduce in una costante delega verso esterno.

F. Mancini in un articolo di qualche tempo fa ha evidenziato come sia antica l'idea che alla base del DOC ci sia un esagerato senso morale.

Partendo da Taylor, medico del XVII Secolo, che per primo descrisse in modo scientifico il DOC e che riteneva che alla radice del disturbo vi fosse una scrupolosità esagerata, un eccesso di religiosità e una spiccata attitudine alla preoccupazione morale, l'excurus continua citando Freud, che nel "Uomo dei lupi" sottolinea la rilevanza del senso di colpa, fino ad arrivare alla Ugazio che, soffermandosi sugli aspetti relazionali, ha sottolineato come nei casi di DOC assume un ruolo fondamentale il conflitto tra una moralità desiderata, ma considerata mortifera, e una immoralità temuta, ma allo stesso tempo desiderata perché "vitale".

In realtà il senso morale sembra essere uno schermo funzionale per fuggire dall'assunzione di responsabilità in quanto esso fornisce i precetti a cui occorre uniformarsi in maniera quasi acritica per sentirsi in pace con la propria coscienza. In tal maniera si evita sistematicamente di prendere posizione riguardo gli eventi della vita, in special modo quelli determinati e orientati da dinamiche di natura affettiva. La personalità ossessiva cerca di incamerare principi e norme che possano in qualche misura guidare con certezza ogni scelta esistenziale, relegando i vissuti emozionali nel fondo del proprio essere e rinunciando di fatto a sintonizzarsi con la dimensione affettiva della vita. Questo orizzonte rigido e monolitico deve però misurarsi con gli accadimenti quotidiani e in particolare con la comparsa, a volte, di eventi critici, eventi cioè capaci di turbare questa organizzazione omeostatica generando sentimenti, sensazioni, turbamenti e dubbi che non possono essere risolti attraverso il consueto ricorso alla dogmatica interiore.

Ma perché un evento critico diventa così minaccioso per un paziente con DOC?

Molti ricercatori concordano nell'affermare che il fulcro del problema ossessivo è riconducibile ad un problema di ordine morale e non alla salvaguardia della propria salute. L'ossessivo è fortemente centrato ad evitare la colpa per irresponsabilità.

Per spiegarci meglio, possiamo dire che lo stress emotivo del paziente è minore quando egli è consapevole che il suo potere decisionale non è determinante nella realizzazione della vita attiva, cioè nella determinazione degli atti di vita che egli compie. Al contrario il senso di responsabilità, e cioè la convinzione che dalle sue decisioni possa derivare una conseguenza positiva o negativa, genera il timore di colpa e accentua reazioni emotive caratterizzate da intollerabile senso di incertezza, dubbiosità, ansia.

Nella genesi e nel mantenimento del Disturbo ossessivo compulsivo c'è una correlazione tra il senso di responsabilità e gli stessi comportamenti ossessivi; è dimostrato che minore è la capacità di assumere responsabilità e maggiore sarà la presenza di ossessioni e compulsioni. Infatti, le preoccupazioni e l'urgenza di eseguire i rituali diminuiscono con il diminuire della percezione di essere responsabili di quell'evento.

Il fenomeno assume un tale rilievo da far sì che il paziente ossessivo è più preoccupato della correttezza delle proprie performance, piuttosto che del risultato che esse producono, determinando l'assurda contraddizione che se egli ha compiuto alla perfezione una determinata sequenza di prescrizioni da cui scaturisce un evidente risultato negativo egli non vivrà per questa ragione alcun senso di colpa.

Il suo scopo principale è preservare sempre l'idea che bisogna evitare la possibilità di essere colpevole di non aver fatto tutto quanto in suo dovere piuttosto che preoccuparsi del danno. Non a caso nell'immaginario collettivo la personalità ossessiva è assimilabile a quella di un burocrate efficace ma spesso non sempre efficiente.

Un'altra considerazione importante, sottolineata da Mancini, è il fatto che gli ossessivi sono orientati nell'unica direzione dell'evitare l'errore piuttosto che nella costruzione di soluzioni creative quando sono chiamati a compiti di problem solving. Essi convogliano la loro ansia in un'unica attività (ripetizione continua di un'unica strada) e non investono nuove direzioni che potrebbero rivelarsi più adatte alla soluzione dei problemi.

Se partiamo dal presupposto che lo stato mentale che regola l'attività ossessiva è determinato da un "timore di colpa per irresponsabilità", come dicevamo prima, e che quindi il paziente investe tutte le sue energie nello sforzo di prevenire o omettere quelle azioni che possono consentirgli di non assumere mai la responsabilità del proprio potere

agito, possiamo spiegare l'ansia dell'ossessivo come un'attività anticipatoria che ha lo scopo di preservarlo da un fallimento morale.

Il paradosso della personalità ossessiva è dato dal fatto che una impostazione così rigida dei processi decisionali e delle dinamiche affettive che possono caratterizzare la loro esistenza li rende spesso insensibili al prossimo, anaffettivi e dolorosamente inclini ad azioni che travalicano il buon senso e la stessa moralità.

Convinti di agire nella direzione del bene essi possono macchiarsi di azioni affettivamente disdicevoli nei confronti dei propri cari per la incapacità di coglierne la diversità, le richieste affettive e i bisogni profondi. Potremmo dire, con una metafora esagerata ma emotivamente efficace, che la personalità ossessiva è come un treno che per arrivare in orario travolge tutto ciò che incontra sul proprio cammino, incurante delle conseguenze che da ciò deriva.

La personalità ossessiva è tanto sensibile alla possibilità di essere colta in fallo quanto insensibile al dolore emozionale che scaturisce dagli eventi non contemplati dal proprio rigido piano di azione. In tal modo nella stessa persona vengono a convivere un'area di grande fragilità e una coriacea ostinazione che li rende impassibili alla critica.

LA FERITA PSICOLOGICA NELL'OSSESSIVO

Nella patogenesi del disturbo ossessivo si evidenzia che la dinamica che può aver determinato una ferita precoce durante il processo di crescita del bambino è legata al bisogno frustrato di strutturare un percorso evolutivo di autonomia, di indipendenza e di autodeterminazione in quanto questi elementi non hanno goduto del giusto valore.

L'ossessivo soffre fundamentalmente perché durante i primi anni di vita è stata soffocata la sua spontaneità e la sua libertà di esplorazione, aspetti che presenti fin dai primi mesi di vita vengono improvvisamente ad interrompere la propria linea evolutiva.

La ferita dell'ossessivo può essere riconducibile, infatti, al periodo dello svezzamento, quando i genitori cominciano a porre regole che inevitabilmente incidono sul comportamento del bambino.

Regole che lo condizionano sia nelle funzioni di base, come il modo di alimentarsi o di evacuare, sia nelle capacità di esplorazione e di

movimento autonomo. Infatti, intorno ai due anni, quando ormai è stato raggiunto il controllo neuromuscolare che permette al bambino di muoversi in autonomia e di iniziare ad esplorare l'ambiente, sorge la volontà di scontrarsi con le esigenze degli adulti, che d'altro canto, cominciano a porre regole. L'ipotesi è che la modalità con cui i genitori, e gli adulti in genere, gestiscono in questa fase l'aspetto normativo può generare nel futuro ossessivo una ferita intrapsichica che determinerà e consoliderà pian piano il disturbo.

Il modo in cui gli adulti si relazionano con il bambino e la modalità con cui trasmettono le loro aspettative legate alla funzione regolativa determinano il focus centrale di questo futuro stato mentale.

Il messaggio generato da questi genitori è, infatti, prettamente prestazionale. Il bambino viene invaso da continue e pressanti richieste, da regole rigide che soffocano il suo autodeterminarsi e il suo bisogno di esprimersi, esplorare ed essere rispettato e compreso nelle sue necessità.

La sensazione che viene strutturarsi nel bambino è la sgradevole impressione di non fare mai abbastanza, di non riuscire mai a soddisfare i bisogni e le aspettative dell'adulto. Si inizia a determinare un sentimento di impotenza e di colpa per non essere riuscito a stare al passo con le richieste impellenti e severe che arrivano dall'ambiente.

Questi pressanti e continui condizionamenti genitoriali fanno sì che non si strutturi nel bambino una volontà interna che gli permetterà di gestire in maniera sana emozioni, pensieri e comportamenti.

Al contrario, il bambino si lega di fondo ad una volontà esterna, condizionata e indirizzata dalle figure adulte di riferimento, che lo spingerà a seguire regole e schemi non suoi, in maniera rigida. Da qui la caratteristica di rigidità e di controllo tipica dell'ossessivo. In questo schema di "cosa si può fare e cosa no!", di "cosa è giusto e cosa è sbagliato!", non c'è più spazio per la spontaneità, per una naturale espressività, per una scoperta del mondo curiosa e creativa.

Soprattutto il bambino fa esperienza che non può esserci piacere se non connesso al perseguimento di uno scopo. Si struttura così un senso di impotenza e di colpa. La ferita dell'ossessivo è quindi dovuta al fatto che, interiorizzando divieti, regole e costrizioni, organizza un meccanismo di difesa che gli impedirà di dar spazio all'esplorazione, alla

spontaneità, all'autoaffermazione a vantaggio di un forte senso di colpa e di inadeguatezza, a sua volta causa di rinuncia alla responsabilità.

Tutti i riti e i condizionamenti a cui l'ossessivo si sottopone hanno quindi la funzione di bloccare una volontà interna. L'ossessivo non decide mai, è imprigionato in una perenne oscillazione emotiva che non gli permette di valutare e determinare le sue azioni e le sue conseguenze.

Di contro, anche un ambiente familiare caotico, senza regole e senza alcuna certezza può essere causa di questo disturbo. In questo caso infatti il bisogno di sicurezza, di protezione e di assicurazione vengono a mancare, per cui il bambino, per poter sopravvivere al senso di smarrimento, inizia a costruire da solo un mondo interno normativo capace di sanare il senso di vuoto lasciato dall'assenza di regole efficaci e costanti. Si struttura al suo interno un genitore normativo e critico. Una figura introiettata rigida, persecutoria che diventa limitante e castrante. Anche in questo caso la ferita subita è legata alla mancanza di empatia, ad un bisogno di calore e ascolto mancanti. Le stesse regole rigide e intransigenti che nel primo caso erano imposte dai genitori (eventi esterni) in questo caso sono generate da strutture interne (rappresentazioni interne) del tutto simili e con le stesse finalità della precedente situazione affettiva.

Quel che di uguale alla situazione precedente viene a determinarsi è la sensazione di inadeguatezza e di incapacità, in questo generata non già da aspettative eccessive e incongrue ma dalla perenne incertezza e dalla mancanza di conferme che permettano di orientare il comportamento. Ne scaturisce una identica tensione interiore che deve essere risolta attraverso l'assunzione di schemi rigidi, ripetitivi e spesso dissonanti dal vero sé allo scopo di placare l'ansia e l'insicurezza.

Sebbene le due situazioni siano molto differenti entrambi inducono un senso di frustrazione molto intenso generando sentimenti di rabbia e aggressività rimossa. La personalità ossessiva ha vissuto la condizione di non essere compresa sia se è stata sottoposta ad un regime educativo troppo rigido e impersonale sia se è vissuta nel caos e nell'abbandono emotivo. Il senso di smarrimento, l'angoscia e la sensazione di non essere compreso generano una rabbia che però non ha titolo ad essere espressa per il timore e l'angoscia di ulteriore abbandono. Viene inoltre a essere assolutamente compressa la vita emozionale per il prevalere

della necessità di uniformarsi a un mondo di regole e di precetti. L'aspetto razionale che rende questa personalità pignola, perfezionista, fortemente disciplinata, è dovuto proprio al fatto che non ci può essere spazio per la spinta emotiva, pulsionale, ma tutto deve passare per principi e regole.

Della storia della propria infanzia rimane quindi un aspetto saliente: non aver fatto l'esperienza di accudimento caloroso, di empatia e comprensione dei propri bisogni, la memoria di un'oppressione ricevuta e subita, la spinta verso il mondo normativo dei genitori a discapito del proprio sentire.

Possiamo dire che la frattura che viene a crearsi nella personalità ossessiva è tra la sfera dei sentimenti, del sentire, dei vissuti emotivo-corporei e il razionale adeguarsi al mondo delle regole. Pian piano da questa frattura si struttura un altro aspetto caratterizzante dell'ossessivo: l'essere eternamente indeciso, il procrastinare sempre ogni decisione, il dubbio che pervade ogni processo decisionale.

Cosa succede quando una personalità ossessiva deve prendere una decisione?

Sappiamo bene che decidere significa saper ponderare e soppesare le diverse ragioni, scegliendo ciò che più ci attrae sulla base del proprio sentire (ci sono tante possibilità con pro e contro, ma alla fine c'è sempre una preferenza che emerge dai propri bisogni e dalle proprie necessità emotive). Non c'è quindi una scelta universalmente giusta, ma si decide per una ipotesi "sentita" emotivamente. Questa scelta diventa impossibile per l'ossessivo che oscilla sempre tra un perfezionismo categorico e un dubbio perenne.

Secondo la teoria costruttivista l'ossessivo rimane fermo ad una organizzazione dicotomica, oscilla tra due estremi senza essere in grado di cogliere le sfumature e la gradualità delle cose. Ritornando quindi all'origine di questo disturbo possiamo dire che egli è un bambino non riesce ad uscire da questa dicotomia. Il genitore che nella prima infanzia lo ha guidato in maniera severa verso un perfezionismo ineccepibile viene introiettato come genitore critico e persecutore, eternamente insoddisfatto. A livello patogenetico possiamo quindi dire che nell'ossessivo, sin dalla prima infanzia, si è strutturata una netta distinzione tra dovere/piacere. Le idee fisse, le ossessioni e i relativi

rituali servono infatti a mantenere sotto controllo l'aspetto impulsivo e vitale legato al piacere della scoperta.

Dal punto di vista emotivo la rabbia assume una funzione di scarica delle tensioni e di controllo della realtà. Non è infatti centrale il rapporto con il mondo esterno che l'ha generata, quanto il bisogno di allontanare da sé gli stimoli che turbano il proprio equilibrio e l'angoscia che ne deriva. Spesso la sua rabbia nasce da un principio ideologico: dal fatto che le sue idee, i suoi schemi non vengono compresi e ascoltati. Le ossessioni hanno quindi una funzione di scarica, servono cioè a disperdere l'energia pulsionale e a tener sotto controllo una rabbia e un'aggressività auto ed etero indotta. Le ripetizioni, le routine e le ossessioni hanno quindi la funzione di sedare e rassicurare. Questo perché, come abbiamo detto, non è possibile mettere in atto un comportamento esplorativo sano in quanto ciò presupporrebbe una base sicura che il paziente ossessivo non ha strutturato.

Il mondo ossessivo è un mondo dilaniato tra la necessità di controllare un Sé temuto, un Sé vitale ricco di emozioni, di desiderio di piacere, di tenerezza e affetto, e il fallimento di questo desiderio di controllo. Nella personalità ossessiva fanno capolinea impulsi, emozioni primordiali, sentimenti scarsamente mentalizzati che devono in qualche misura essere scaricati e neutralizzati, In questa lotta perenne e angosciante si consuma una vita che spesso assume contorni disperanti e disperati. Compito del trattamento, sul quale non ci siamo inoltrati in questo capitolo, è di rassicurare il paziente e guidarlo verso la scoperta di mondi possibili entro cui egli possa recuperare l'esperienza della vitalità e delle affettività.

Bibliografia

American Psychiatric Association (1994), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 5th edition (DSM V°). Washington, American Psychiatric Association.

Bara B., Manerchia L. e Pelliccia A. (1996), La sindrome ossessiva. In B. Bara (a cura di), Manuale di psicoterapia cognitiva. Torino, Bollati Boringhieri.

Castelfranchi C. (1994), Sentirsi in colpa. In C. Castelfranchi, R. D'Amico e I. Poggi (a cura di) I sensi di colpa. Firenze, Giunti.

- Galderisi S., Mucci A. e Maj M. (1996), *La sindrome ossessivo-compulsiva in una prospettiva neuropsicologica*. NOOS, 2, 3-20.
- Gangemi, A., Balbo, M., Bocchi, C., Carriero, L., Filippi, B., Lelli, F., Mansutti, F., Mariconti, A., Moscardini, S., Olivieri, M, Re, L., Setti, R., Soldani, L., & Mancini, F. (2003): “Responsabilità, timore di colpa e processo di controllo delle ipotesi”, *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 8, 211–231.
- Gangemi A., Baldini B., Carini F., Cieri L., Ciocci R., Cioce A., Ercoli S., Frellicca T., Frenza M., Masi D., Bozzolo E., Reale B. e Mancini F. (2003a), *Timore di colpa e intolleranza all'incertezza*. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*.
- Mancini, F. (2016) *La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo-compulsivo*. Cortina Raffaello Editore
- Mancini F., Isola L. (2007): *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza*, Franco Angeli, Milano.
- V. Lingiardi, N. McWilliams, (2018) *PDM - 2. Manuale diagnostico psicodinamico* Cortina Raffaello Editore
- Ravizza L., Bogetto F. e Maina G. (1997), *Il disturbo ossessivo compulsivo*. Milano, Masson.
- Reda, M.A. (1987), *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*. Roma, NIS.
- Ugazio V. (1997), *Storie permesse, storie proibite*. Torino, Bollati Boringhieri.

SUMMARY

The obsessive self.

The article deals with the theme of self-organization of the obsessive personality. It is emphasized how the theme of moral rigor, intrinsically present in this type of personality, actually covers a dimension of profound insecurity and escape from the responsibility of defining one's way of being in the world, of connoting events from the point of view subjective, to address the issue of choice and the possibility of making mistakes. Prisoners of an idealized vision of life and the world, the obsessive self shuns the stimuli that cause uncertainty through removing the dimension of vitality from its horizon, anchoring itself to a static and perfectionist vision of existence. The stimuli that can not be assimilated to this vision become the object of repression, of failure

of mentalization and of auralistic discharge through compulsions or parasitic thoughts. The anguish of being “other” by the idealized vision of the Self involves an effort to keep away from awareness everything that does not correspond to this vision. The struggle between the ideal Self and the vital, fearful and fearful Self is manifested through compulsive actions and “alien” thoughts that are there to remember that what is being silenced is a powerful engine of psychic energy destined to manifest itself in terms of anguish rather than joy of life and fullness of oneself.

Corrispondenza

Dott.ssa Maria Russiello
Via Piave 7, 81100 Caserta
Mail: maria.russiello@virgilio.it

Dott. Gino Aldi
Via Piave 7, 81100 Caserta
Mail: gino.aldi@gmail.com
tel. 3358105216

LA PROFEZIA GIOACHIMITA UNA METAFORA PER LA PSICHIATRIA

Dott. Gianfranco Del Buono
Psichiatra Psicoterapeuta

RIASSUNTO

Il presente lavoro prende le mosse dal personaggio di Gioacchino Da Fiore, monaco medievale che aveva profetizzato l'avvento di una nuova età nella Storia Umana (l'Età dello Spirito Santo, che segue l'Età del Padre e quella del Figlio).

Tale metafora potrebbe essere applicata alla psichiatria e alla psicopatologia, che per gran parte del novecento hanno diretto il loro interesse verso la definizione del delirio come elemento costituente essenziale di condizioni cliniche come la psicosi e la schizofrenia, e poi negli ultimi venti-trenta anni si sono focalizzate sulla comprensione dei disturbi depressivi e dello spettro bipolare.

Attualmente, e nel futuro forse ancora di più, emergerà la necessità di trattare nuovi disturbi psicopatologici, accomunati dall'incapacità a controllare i comportamenti.

La impulsività caratterizza molti disturbi psichici, che oltrepassano i confini dei disturbi rubricati all'interno dell'apposito capitolo del DSM-5 (disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove), e comprendono disturbi della personalità, disturbi da uso di sostanze, e alcune forme di disturbi dell'alimentazione.

L'atto impulsivo è un comportamento che "nasce dal di dentro", un comportamento senza rappresentazione mentale che l'accompagna e qualcuno parla anche di "un agire senza pensare".

Al fine di una migliore comprensione, si discuterà di fenomeni che si ritagliano alcune somiglianze con i comportamenti impulsivi, come i comportamenti ripetitivi negli ossessivi (i rituali e le compulsioni), che vengono considerati appartenenti ad unico continuum: lo spettro ossessivo-compulsivo.

Infine, si accennerà al craving, oramai criterio costitutivo delle dipendenze, ma che condivide alcuni aspetti con l'impulsività ed il disturbo ossessivo compulsivo.

Parole Chiave: *impulsività, spettro ossessivo-compulsivo, Craving*

Gioacchino da Fiore (Celico, 1130 circa - Pietrafitta, 30 marzo 1202) (Troncarelli, 2006) è stato un abate e teologo calabrese (infatti sia Celico che Pietrafitta si trovano in Calabria), autore di alcuni testi che nel Medioevo ebbero grande diffusione e risonanza come:

1. Concordia Novi ac Veteris Testamenti
2. Expositio in Apocalypsim
3. Psalterium decem chordarum.

Dante ne emette un giudizio molto lusinghiero, citandolo nel Canto XII del Paradiso ai Versi 140-141, a centodieci anni dalla sua morte. Lo inserisce in una schiera dei Beati, accanto a San Bonaventura, San Rabano e San Tommaso d'Aquino. È tenuto in gran conto da parte dei monaci dell'Ordine Florense.

La sua importanza risiede nel fatto che modifica la visione storiografica così come si era sviluppata nella speculazione teologica medievale, a partire da Agostino, che proponeva un'interpretazione cristocentrica della storia. Gioacchino la rifiuta a favore di quella trinitaria, introducendo il concetto delle «tre Età della Storia terrena», connesse appunto al Dogma della Trinità. Se c'era stato il tempo in cui ha operato prevalentemente il Padre e il tempo in cui ha operato prevalentemente il Figlio, allora ci sarà anche un tempo in cui opererà prevalentemente lo Spirito Santo.

All'era del Padre, caratterizzata dalla rigidità della Legge vetero-testamentaria, è succeduta quella del Figlio, "l'era media" contrassegnata dalla centralità della Chiesa romana; ad essa seguirà l'età dello Spirito, i "tempi nuovi" in cui il mondo sarà trasfigurato dalla venuta dello Spirito della gioia. Questa filosofia della storia ha una modalità

“evoluzionistica”, in quanto il piano di Dio porta gli uomini dallo stato animale a quello psichico e a quello spirituale.

Secondo Gioacchino nell'età dello Spirito, i conflitti saranno pacificati, le guerre eliminate, l'uomo rigenerato dallo svelamento dei misteri. In breve, gli uomini potranno godere di un'età di perfezione. Anche la Chiesa nella terza Età cambierà radicalmente, si manifesterà la “Ecclesia Spiritualis”, che non sarà dogmatica, gerarchica, perderà l'attenzione alle cose materiali, e diventerà tollerante, libera, ecumenica. Tale teologia della storia generò tensioni, a volte anche delle contrapposizioni abbastanza forti. Mentre, la scuola teologica di Parigi fu storicamente avversa a Gioacchino, due papi intervennero invece a suo favore: dapprima con Innocenzo III (1216), e poi Onorio III (1220).

Nel Medioevo il pensiero di Gioacchino ebbe molta risonanza, e la sua visione di un futuro migliore per l'umanità affascinò molti intellettuali. Vicini al suo pensiero ed influenzati dalle sue teorie dobbiamo citare: l'inglese Ruggero Bacone (1214-1292), Jacopone da Todi (1230- 1306), il filosofo inglese Guglielmo di Ockham (1280-1349).

Furono influenzati dalla profezia di Gioacchino furono alcuni personaggi di rilievo del Rinascimento, tra cui enumeriamo Cristoforo Colombo (nei suoi scritti si trovano numerosi richiami all'autorità profetica di Gioacchino) e Michelangelo Buonarroti, che ebbe tra i suoi maestri spirituali ebbe due illustri gioachimiti come Egidio da Viterbo e Pietro Galatino. Le parole di Gioacchino sono giunte fino alla Chiesa del Ventesimo secolo. Papa Giovanni XXIII sembra riportare alla luce le parole di Gioacchino con la sua invocazione a «una nuova Pentecoste», contrapponendo lo «spirito» del Concilio alla sua «lettera» e una nuova Chiesa «spirituale» alla vecchia «carnale». Secondo alcuni (de Lubac, 1981) anche la “teologia della speranza”, che ha coinvolto teologi cattolici (come il gesuita Michel de Certeau) e protestanti (Jurgen Moltmann) aveva un'ispirazione gioachimita.

Ma anche qualche voce del mondo laico si è levata per sottolineare le parole profetiche del frate: il pensiero di Gioacchino è stato apprezzato anche dall'ex-presidente degli Stati Uniti Barak Obama, che ha citato Gioacchino da Fiore, sia nella tesi di laurea che nella campagna elettorale (più volte). Lo definisce come «maestro della civiltà contemporanea» ed «ispiratore e portabandiera di un mondo più giusto», vista la necessità di

un cambiamento radicale della storia, in cui lo spirito riuscirà a cambiare il cuore degli uomini.

Come può essere mutuata alla psichiatria la metafora delle tre età della storia, così come “profetizzato” da Gioacchino? Si può trasferire la filosofia della storia di Gioacchino nel campo della Salute Mentale? Anche la storia della Psichiatria è caratterizzata dal susseguirsi di tre età? Possiamo affermare che in psichiatria abbiamo avuto l’età del Padre Creatore, e poi una successiva Età del Figlio, l’Età dell’Amore? A questo punto, assisteremo all’avvento di un’altra età, quello dello Spirito, in cui si avrà giustizia per tutti e si riuscirà a curare tutti? E all’interno di questa visione triadica, a che cosa possiamo assimilare la prima età della psichiatria, che cosa può essere il Padre della psichiatria e/o della psicopatologia?

Il delirio, come elemento essenziale della psicosi e della schizofrenia ha dominato la scena della psichiatria, e della psicopatologia nell’ultimo secolo. La presenza di un delirio si erge a discriminare tra normalità e patologia, rappresenta il fallimento dell’esame di realtà. Per K. Schneider (1962) alcune esperienze deliranti (cosiddette “di primo rango”) sono patognomiche della schizofrenia. Jaspers (1913) affermava che la comprensibilità dell’esperienza psichica si ferma alla soglia del delirio (“incomprensibilità del delirio primario”). Il delirio è stato considerato l’alterazione regina del pensiero (“*Solo dove c’è pensiero e giudizio si può sviluppare un delirio*” (Jaspers, Psicopatologia Generale).

Ma negli ultimi venti-trenta anni abbiamo avuto un cambiamento radicale; l’interesse degli psichiatri sembra essersi gradualmente spostato sui disturbi il cui sintomo centrale riguarda l’umore: i disturbi depressivi e bipolari. Soprattutto questi ultimi sono diventati oggetto di una larga messe di studi, e in cui l’epidemiologia ha ipotizzato “un aumento costante” della sua prevalenza (Clemente et al, 2015). È oramai constatazione comune che nel corso degli anni, molti quadri unipolari si trasformano in disturbi bipolari, probabilmente perché non si sono colti segni e sintomi clinici, anche lievi, “sottosoglia” e tratti personologici, che apparirebbero al cluster maniacale. A questo proposito è stato coniato il termine di spettro bipolare. Akiskal ha identificato molti sottotipi di disturbo bipolare (Akiskal e Pinto, 1999).

In maniera paradossale, potremo riprendere il detto di B. Croce: «*Perché non possiamo non dirci cristiani*» (1942) ed adattandolo al contesto psichiatrico attuale potremo dichiararci tutti bipolari («*Non possiamo non definirci tutti bipolari*»).

Anche il DSM-5 dedica una attenzione particolare ai “disturbi della sfera affettiva”: è stato abolito il capitolo dei disturbi dell’umore, e sono stati creati due nuovi capitoli, consecutivi l’uno all’altro, il capitolo dei disturbi bipolari e quello dei disturbi depressivi. Pertanto il disturbo bipolare ha un capitolo a sé stante, intermedio al capitolo dei disturbi dello spettro schizofrenico e al capitolo dedicato ai disturbi depressivi. Continuando sulla strada della metafora teologica, potremo soffermarci sull’inizio folgorante del Vangelo di Giovanni, (versetti 1-5).

*In principio era il Verbo, e il Verbo era presso Dio e il Verbo era Dio.
Egli era, in principio, presso Dio: tutto è stato fatto per mezzo di lui
e senza di lui nulla è stato fatto di ciò che esiste.
In lui era la vita
e la vita era la luce degli uomini; la luce splende nelle tenebre
e le tenebre non l’hanno vinta.
«Il Verbo era Dio»*

Il termine Verbo deriva dal termine greco Logos. «Il Verbo era Dio». Il Figlio di Dio è il Logos, Il Figlio di Dio è Amore. Dio è contemporaneamente Logos e Amore. Questa affermazione sembra sostenere il principio per cui il pensiero, la razionalità siano fusi con l’Amore, il sentimento, cioè la sfera affettivo-emotiva.

La metafora dell’unità, della fusione di Padre e Figlio nella stessa Trinità ci spinge a pensare che alterazione del pensiero e umore siano legati in maniera indissolubile o per lo meno non facilmente distinguibile. Il contenuto del pensiero si può riflettere nell’alterazione dell’umore. In molte condizioni cliniche, si può avere una presenza contemporanea di sintomi dell’umore e sintomi della sfera cognitiva, come i deliri?

È esperienza clinica comune che la depressione dell'umore, così come l'esaltazione del tono dell'umore, si trascinino dietro un'alterazione del pensiero: l'ideazione depressiva in un caso, l'ideazione di grandezza nell'altro! L'umore viene esternato anche tramite un flusso di idee, ha un "logos", ha una sua narrazione! Ad ulteriore conferma dello stretto rapporto tra alterazione del pensiero e dell'umore, si può aggiungere una breve riflessione sugli Stati Misti, condizioni cliniche, che presentano con grande frequenza sintomi psicotici insieme ad un umore oscillante (con rapidi passaggi da uno stato all'altro), per cui diventa difficile la diagnosi differenziale da un episodio psicotico puro. Alcuni psicopatologi si sono soffermati a raccontare la genesi del delirio, di come nasce una psicosi, fenomeni che non nascono improvvisamente, ma che potrebbero avere una genesi complessa, con tempi e modalità peculiari. A questo proposito sono delle suggestioni affascinanti le ipotesi di Jaspers e Conrad sulla genesi del delirio e sulla schizofrenia incipiente.

Infatti Jaspers nella Psicopatologia Generale ipotizza che nella genesi del delirio ci siano due momenti. In un primo momento abbiamo un gruppo di esperienze primarie che definisce come "atmosfera delirante" (per la prima volta citata da Hagen, 1861). La persona che sta sviluppando un delirio avverte che nel contesto ambientale è avvenuto un cambiamento molto sottile, che pervade ogni oggetto o persona: *"Qualcosa è cambiato nel mondo, lasciando il paziente confuso e alla ricerca di una spiegazione"*. Jaspers enfatizza la componente affettiva dell'atmosfera delirante (Maj, 2013): *"il paziente sente che qualcosa di sospetto è avvenuto" "è invaso da una tensione insostenibile"*. L'evento primario viene correlato ad un cambiamento profondo dell'esperienza totale della persona (una modificazione dell'umore²). In un secondo momento avviene l'elaborazione interiore (*«working through»*), dell'esperienza profonda della persona per cui *"il delirio crea un nuovo mondo per la persona che ne è affetta"*.

Anche Klaus Conrad (Conrad, 1958), eminente psicopatologo tedesco, ha proposto un modello di esordio della schizofrenia incipiente, basato su tre stadi: Trema, Apofania e Anastrofe.

Nella fase prodromica di Trema, che può durare giorni o mesi, è rinvenibile l'"umore delirante". In questo periodo il paziente avverte una tensione oppressiva crescente, un sentimento di non finalizzazione

o di attesa. Il paziente sente che c'è qualcosa nell'aria ma è incapace di definire che cosa sia. Il soggetto esperisce un cambiamento significativo dello stato emotivo-motivazionale. Il delirio poi appare improvvisamente, come una intuizione, come una rivelazione riguardo ciò che aveva generato perplessità precedentemente (l'Apofania, la fase della rivelazione delirante). Infine, nell'ultima fase, il paziente "comprende" che tutto il mondo ruota intorno alla sua persona, che lui è diventato il centro dell'universo stesso (questa fase è denominata "Anastrofe").

IL MODELLO KRAEPELINIANO

Negli ultimi 100 anni la psichiatria si è avvalsa del cosiddetto «paradigma kraepeliniano», che presuppone la dicotomia tra schizofrenia e disturbo bipolare, come due entità distinte con processi fisiopatologici e fenomenologia clinica, decorso e trattamento diversi. Tale approccio categoriale costituisce il pilastro epistemologico dei manuali diagnostici (DSM-III, DSM-IV e DSM-5) che hanno dominato la scena negli ultimi decenni. Ma alcuni autori (vedi Craddock e Owens, 2005) affermano che sia giunto il momento di superare tale paradigma: «*The Kraepelinian dichotomy has been useful for a hundred years*». «*Now it is time to move on*»). L'eventuale crollo della netta distinzione tra schizofrenia e disturbo bipolare (insufficiente a spiegare la complessità della realtà clinica) potrebbe significare che ci si avvia verso un'epoca in cui la differenza tra i disturbi psichiatrici (o almeno quelli gravi come la schizofrenia e il disturbo bipolare) sarà posta su una base quantitativa più che qualitativa (dimensionale, più che categoriale); ma questa posizione non è un ritorno al modello della psicosi unica di Griesinger?). (BIB)

LA TERZA ETÀ DELLA PSICHIATRIA

Se il delirio e l'umore (anche intrecciati e fusi l'uno nell'altro) sono i primi due elementi psicopatologici di una "Trinità psicopatologica", rimane da comprendere in che cosa consista il terzo elemento che la completa.

Dopo l'età della psicosi, del delirio e della schizofrenia, seguita dall'età della depressione e del disturbo bipolare deve compiersi "la Terza Età della psichiatria". Secondo alcuni (Ferraro et al, 2016), nella popolazione si stanno già diffondendo nuove forme di psicopatologiche, che potrebbero rappresentare la nuova frontiera verso cui si dirigerà l'interesse professionale di psichiatri e psicoterapeuti. E quindi, ci dobbiamo attrezzare non solo con nuovi strumenti terapeutici (farmacologici e psicoterapeutici) per trattare efficacemente le nuove condizioni cliniche, ma dobbiamo essere anche consapevoli di una nuova tipologia di persone si presenterà nei nostri ambulatori.

Nell'elenco della tabella 1, sono ipotizzati alcuni di questi nuovi disturbi.

Tabella 1. Disturbi che presentano una connotazione impulsiva	
Disturbo da controllo degli impulsi (vedi capitolo del DSM-5)	
Bulimia	"Behavioural addiction"
Obesità	Parafilie
Dipendenza da sostanze	Dipendenza da sesso
Disturbo borderline di personalità	Gioco d'azzardo patologico
Disturbo antisociale di personalità	Dipendenza da lavoro
	Internet addiction
	Dipendenza da esercizio fisico
	Shopping compulsivo

Da un punto di vista psicopatologico, queste entità cliniche sembrano sottese da un'unica dimensione: l'impulsività! Il DSM-5 dà la seguente definizione dell'impulsività: *“un'agire immediatamente sotto stimoli contingenti; agire su base momentanea senza un piano o esame delle conseguenze; difficoltà a formulare e seguire piani; senso di urgenza e comportamento autolesivo sotto stress emotivo. L'impulsività è una sfaccettatura del tratto di personalità DISINIBIZIONE”*.

Stahl (2016) definisce l'impulsività nei seguenti modi: mancanza di premeditazione, assenza di valutazione critica delle conseguenze del comportamento adottato, incapacità di posporre la gratificazione preferendo una gratificazione immediata rispetto a una proficua, ma ritardata. Nell'impulsività c'è una incapacità di inibire un atto motorio, che rappresenta un comportamento rischioso. Lo stesso Stahl (2016) conclude che l'impulsività sia *“un'incapacità di resistere alle tentazioni”*, oppure un agire senza pensare.

Nella metafora teologica ricordiamo il Padre Nostro quando afferma *“non ci abbandonare alla tentazione”*.

L'impulsività (Patton et al, 1995; Fossati et al, 2001) è costituita da tre componenti: l'impulsività motoria (agire senza pensare), l'impulsività attentiva/cognitiva (prendere decisioni improvvise); l'impulsività non pianificata (orientamento al presente, senza pensieri rivolti al futuro). Mentre Scharfetter (1980) afferma che negli atti impulsivi viene a mancare un controllo riflessivo, la possibilità di fare delle considerazioni, per cui le conseguenze di tali atti non vengono attentamente considerate.

Da quanto detto, si può desumere che la caratteristica forse precipua e essenziale della dimensione psicopatologica impulsiva consiste in comportamenti non accompagnati (o scarsamente accompagnati) da un'elaborazione mentale, da rappresentazioni mentali, da un flusso di pensieri, (come abbiamo visto nel delirio o nell'umore depresso).

Nelle manifestazioni impulsive «non c'è un LOGOS». Il paziente impulsivo non ha tante parole per raccontare il suo impulso, perché l'incapacità a controllare il comportamento nefasto risiede nella

profondità della sua psiche (nell'inconscio?) ed ha poco a che fare con gli eventi di coscienza, che tangenzialmente viene toccata. L'impulso si contraddistingue per un passaggio veloce nella nostra esperienza, nel nostro vissuto, lasciando piccole tracce della sua presenza. Gli impulsivi sono persone che non riescono a tenere sotto controllo alcuni comportamenti e a regolare le loro emozioni, anche perché gli impulsi hanno la funzione delicata di fornire gratificazione e sollievo alla persona (tramite il meccanismo di reward).

Se riutilizziamo la metafora teologica, nel Credo si trovano le seguenti parole *“E Lo Spirito ha parlato per mezzo dei profeti”*.

Tali parole fanno pensare che lo Spirito Santo non parla, non si esprime in maniera diretta? Oppure parla attraverso dei mezzi diversi? Il «Logos» dello Spirito è espresso da altri?

Alcuni dati temperamental, neurobiologici e neuropsicologici possono essere un contributo alla comprensione di questi fenomeni in cui sono ancora scarse la consapevolezza, la riflessività, e quindi la narrazione. Un tratto temperamentale tipico degli impulsivi è la Ricerca della Novità (*“Novelty Seeking”*, secondo il modello della personalità di Cloninger, 1993). Le persone, dotate di questo tratto temperamentale, possiedono una forte tendenza all'esplorazione e all'entusiasmo, si annoiano facilmente, sono inclini alla instabilità relazionale e alla volubilità nelle scelte decisionali; hanno necessità di elevati livelli di stimolazione, probabilmente correlata al sistema di attivazione comportamentale mediata dalla dopamina.

Da un punto di vista neuro-cognitivo, nell'impulsività si possono rintracciare due tipi di deficit (Poletti, 2009). Nel primo, alcuni comportamenti non vengono inibiti dalla riflessione, dalla pianificazione, dalla elaborazione mentale, per un deficit del processo di inibizione delle risposte comportamentali già programmate, funzione esecutiva dipendente dalla corteccia prefrontale inferiore (ventrolaterale).

L'altro deficit neuropsicologico consiste nella rigidità dei comportamenti nonostante l'affettività ci proponga il contrario, per

incapacità a modificare le strategie di scelta in base ai rinforzi o alle punizioni ottenuti dopo ogni scelta, la cui neurobiologia risiede nella corteccia orbito-frontale in connessione con strutture del lobo limbico sottocorticali (l'amigdala ed il nucleo striato), e perciò costituenti il "nodo affettivo delle funzioni esecutive".

Ma i fenomeni psicopatologici impulsivi sono correlati ad altri fenomeni psicopatologici per alcuni elementi comuni. I disturbi ossessivo-compulsivi possono presentare dei livelli elevati e patologici di impulsività, tanto che Hollander (1996) parla di un continuum tra impulsi e fenomeni ossessivi: lo spettro impulsivo-compulsivo. Nella tabella 2, vediamo elencati i disturbi appartenenti a questo spettro, che possiamo immaginare lungo un continuum che va dall'estremo più ossessivo più ossessivo all'altro estremo caratterizzato dai disturbi connotati da un alto livello di impulsività. Queste fenomeniche hanno in comune la disinibizione comportamentale, l'incapacità a controllare, a ritardare, a sopprimere dei comportamenti, per cui in qualche caso non sono facilmente distinguibili.

Caratteristica dell'impulsività è l'egosintonia in quanto i comportamenti attuati sono congrui con i principi etico-morali dell'individuo, che li ricerca perché lo gratificano, sono messi in atto per indurre piacere (un "high") anche se le conseguenze di possono essere negative. Inoltre, in questi comportamenti ci può essere una ricerca del rischio, e una ridotta capacità di evitamento del pericolo e scarsa ansia anticipatoria.

I comportamenti compulsivi sono invece egodistonici, contrari ai principi della persona, e vengono messi in atto nel tentativo di ridurre l'ansia, il disagio interiore e diminuire magicamente il senso di pericolo o di rischio. Si caratterizzano per un'elevata tendenza all'evitamento del pericolo, una spiccata avversione del rischio ed alti livelli di ansia anticipatoria.

Tabella 2. Disturbi impulsivi e compulsivi	
DISTURBI COMPULSIVI	DISTURBI IMPULSIVI
Il disturbo ossessivo-compulsivo	Disturbi di personalità del cluster B (borderline, antisociale, istrionico e narcisistico)
Disturbo da dismorfismo corporeo	Disturbi del controllo degli impulsi (disturbo esplosivo intermittente, piromania, cleptomania, gioco d'azzardo patologico e tricotillomania)
Anoressia nervosa	Dipendenza da sostanze
Disturbo da depersonalizzazione	Parafilie
Ipocondria	Disturbi dell'alimentazione come bulimia e obesità (??)
Sindrome di Gilles de la Tourette	

Per certi versi l'impulso regala una affettività positiva (sollevio gratificazione), mentre la compulsione permette al soggetto di superare un'affettività negativa (l'ansia, il distress). Con una certa semplificazione, S. Stahl (2016) afferma che l'impulsività e la compulsività sono stimoli neuro-biologici che agiscono “dal basso all'alto”. L'impulsività deriva dallo striato ventrale, e la compulsività deriva dallo striato dorsale. In tutti e due questi fenomeni sembra attenuarsi il controllo “dall'alto al basso”, cioè il controllo inibitorio dei meccanismi corticali (per ipofunzione della corteccia frontale?). E Stahl (2016) è consapevole della difficoltà a trattare i disturbi di questo spettro impulsivo-compulsivo, in quanto afferma che la mancanza di farmaci efficaci per i disturbi ossessivo-compulsivi ha prodotto una specie di “*nihilismo terapeutico verso l'approccio neuropsicofarmacologico*”. Ciononostante si ritiene

ottimista che nel futuro le conoscenze neurobiologiche possano colmare tale gap nel trattamento dei sintomi impulsivi e compulsivi.

Negli ultimi anni ha avuto largo risalto tra gli esperti e ricercatori sulle dipendenze la riflessione sul Craving, che condivide alcune specifiche caratteristiche con il Disturbo ossessivo-compulsivo (DOC). Infatti, il DSM-5 ha incluso a pieno titolo il craving nei criteri diagnostici operativi dei disturbi da uso di sostanze (precisamente il criterio numero 4). Le dipendenze da uso di sostanze (“le addiction”) sono disturbi in cui appare evidente la componente impulsiva di incapacità a inibire un comportamento (che poi è dannoso per l’individuo). Ma il craving dipenderebbe dalla presenza di pensieri ossessivi relativi all’uso della sostanza, mentre il comportamento compulsivo che si manifesta nel consumo della sostanza sarebbe generato dal tentativo di neutralizzare tali pensieri ossessivi opponendovi delle resistenze (Modell, 1992; Anton, 1995).

Il DSM-5 (2013) dà la seguente definizione del craving: *“Si manifesta con un desiderio intenso o irresistibile per la sostanza che può verificarsi in qualsiasi momento ma più probabilmente in un ambiente dove questa veniva procurata o usata in precedenza”*. Coloro, che fanno esperienza del Craving, *“hanno probabilmente presentato un momento in cui avevano un desiderio così forte di assumere la sostanza da non poter pensare ad altro”*. Aggiunge, inoltre, il DSM-5 che *“la presenza attuale del craving può essere un segnale di imminente ricaduta”*. È stato dimostrato che il craving è associato all’attivazione di specifiche strutture di ricompensa nel cervello.

Per il NIAA (National Institute of Alcohol Abuse) il craving (per l’alcol) è uno stato emozionale-motivazionale, *“un’urgenza appetitiva, come una fame, caratterizzata da sintomi simil-astinenziali”*. È qualcosa che parte dal nostro interno, non riusciamo a controllare e che finisce per dominare i nostri pensieri e le nostre emozioni, fino a che non si traduce in un comportamento pericoloso.

Il livello non cosciente del craving può essere l’impulso, con una possibile origine sottocorticale; a questo viene a sovrapporsi un “craving di origine corticale”, cognitivo, cosciente, che si manifesta in pensieri persistenti e ricorrenti legati alla sostanza (ossessioni), comportamenti ripetitivi volti ad assumere l’alcol (compulsioni) e nello sforzo di controllare sia i pensieri che le azioni (Edwards, 1976; Modell, 1992).

Il craving è sostenuto da un preciso funzionamento cognitivo, per cui individui con disturbi da addiction e discontrollo degli impulsi pensano agli oggetti del proprio desiderio, con uno stile caratteristico di pensiero: il pensiero desiderante (Caselli & Spada, 2010). Questa è una forma di elaborazione cognitiva volontaria di informazioni riguardanti oggetti e attività piacevoli e positive che avviene a due livelli interagenti e precisamente: perseverazione verbale e prefigurazione immaginativa (“Verbal Perseveration” e “Imaginal Prefiguration”).

La perseverazione verbale consiste in pensieri ripetitivi e auto-motivanti circa il bisogno di ottenere l’oggetto o di svolgere l’attività (es: *devo farlo al più presto, ho bisogno di un bicchiere, devo andare a giocare con quella macchinetta*). La prefigurazione immaginativa consiste invece in immagini mentali multisensoriali dell’oggetto o attività desiderata e del contesto in cui l’individuo lo può realizzare o lo ha realizzato in passato (es: *immagino il sapore del fumo nella bocca, mi immagino tutto ciò che ho dentro al frigorifero*).

Il craving sarebbe associato al raggiungimento di una soglia di tensione ed alla memoria di precedenti esperienze di gratificazione, e per tale motivo i comportamenti additivi tendono ad automantenersi nonostante gli sforzi di interromperli o moderarli, visto che producono effetti deleteri sulla salute e sulla sfera socio-relazionale del soggetto. Ma nella clinica contemporanea, sta emergendo una tendenza a generalizzare il fenomeno del craving a tutto un insieme di altri disturbi, caratterizzati da comportamenti ripetitivi, la cui esecuzione produce piacere e sollievo, e la cui sospensione comporta accumulo crescente di tensione (Marlatt, 1988; Marks, 1990).

Questi comportamenti attivano i sistemi di ricompensa similmente all’attivazione dovuta alle sostanze di abuso e producono alcuni sintomi comparabili a quelli prodotti dalle sostanze: tali comportamenti non in connessione all’uso di sostanze stupefacenti sono le cosiddette Dipendenze Comportamentali (“Behavioral Addiction”), tra cui si possono elencare: “dipendenza da sesso”, “dipendenza da esercizio fisico”, “dipendenza da acquisti”, che non hanno una sufficiente letteratura da essere inserite in manuali diagnostici. Ufficialmente il DSM-5 riconosce “il disturbo da gioco d’azzardo patologico”, ed il disturbo da gioco su Internet (nella sezione III).

Tutte le sostanze, che possono provocare dipendenza, aumentano i livelli di dopamina nello striato ventrale (il nucleo accumbens).

Questa area cerebrale, che è ipotizzata come il centro edonico del piacere, è anche nota come via mesolimbica, che è iperattiva nelle psicosi e che media i sintomi positivi (deliri e allucinazioni) della schizofrenia (Stahl, 2016).

IL CERVELLO TRIPARTITO DI MCLEAN

Quanto detto fa sfociare la riflessione quasi naturalmente sull'ipotesi del cervello tripartito elaborata da McLean. Secondo l'ipotesi di McLean (1984), il cervello umano è suddiviso sia strutturalmente che funzionalmente in tre parti: il cervello rettiliano (detto anche R-complex), il sistema limbico, ed il neocortex. Il cervello rettiliano (il tronco cerebrale) è il luogo del cervello che presiede agli istinti innati dell'uomo. Nel sistema limbico (o paleomammaliano) viene espressa l'emotività. Mentre il neocortex (cervello neomammaliano) è rappresentato dalla neo corteccia, ed è la sede delle operazioni mentali più raffinate e superiori che caratterizzano l'essere umano. Tale suddivisione del cervello rispecchia l'evoluzione che parte dai rettili prosegue nei mammiferi fino a terminare all'essere umano. Un cervello siffatto in cui le componenti istintuali, affettive e relative alla consapevolezza sono fuse, coordinate l'una all'altra ricorda la metafora della Trinità, su cui Gioacchino aveva immaginato che la storia si strutturasse.

CONCLUSIONI

Tra i clinici, sta maturando la consapevolezza che si stanno affacciando nella clinica nuove forme psicopatologiche accomunate dalla difficoltà a regolare comportamenti ed emozioni, in cui vengono assunte decisioni maladattive e rigide. Pertanto, diventerà un'urgenza approfondire e sviluppare i costrutti psicologici relativi alla impulsività e alla compulsività (Torregrossa et al, 2008: *"disentangling the psychological constructs of impulsivity, compulsivity, and habit"*). Con una certa probabilità tutto ciò trova la sua origine nelle spinte culturali "post-moderne" della nostra epoca, in cui si è disintegrata l'identità, si è perso il senso di

continuità del sé, visto la caduta di alcuni paradigmi forti e strutturanti a cui abbiamo assistito negli scorsi decenni. (Ferraro et al, 2016).

Tali comportamenti hanno la necessità di dare sempre più spazio alla riflessività, di allargare il campo del Logos, della narrazione sia a livello della persona che agisce tali comportamenti, che a livello degli operatori che si occupano di tali persone.

Bibliografia

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Washington, D.C.: APA (trad. it.: *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Quinta edizione. Milano: Raffaello Cortina, 2014).

Akiskal HS, Pinto O. The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV.

Psychiatr Clin North Am. 1999 Sep;22(3):517-34, vii. Review.

Anton RF, Moack DH, Latham PK, 1995: The Obsessive-Compulsive Drinking Scale: a self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behavior. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 19: 92-99.

Caselli G, Spada MM. (2010). Metacognition in desire thinking: A preliminary investigation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, (2010) 38, 629–637.

Clemente AS, Diniz BS, Nicolato R, Kapczinski FP, Soares JC, Firmo JO, Castro-Costa E. Bipolar disorder prevalence: a systematic review and meta analysis of the literature. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2015; 37:155–161

Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR, 1993: A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry* 50: 975-990.

Conrad K. *Die beginnende Schizophrenie*. Stuttgart, Germany: Thieme Verlag; 1958. Craddock N, Owen MJ. The beginning of the end for the Kraepelinian dichotomy. *British Journal of Psychiatry* (2005), 186, 364-366.

Croce B. «Perché non possiamo non dirci cristiani» (1942).

de Lubac H, *La posterità spirituale di Gioacchino da Fiore*, Jaca Book, Milano, 1981-83.

Edwards G., Gross M.M., 1976: Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal* 1: 1058-1061.

Ferraro AM, Guarnaccia C, Iacolino C, F. Giannone F. Postmodernity: clinical and social reflections about new forms of Psychopathology. *Journal of Psychopathology* 2016; 22: 229-235

- Fossati A, Di Ceglie A, Acquarini E, Barratt ES. Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in nonclinical subjects. *J Clin Psychol.* 2001 Jun; 57(6):815-28.
- Griesinger W, *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, Stuttgart: A. Krabbe, 1861
- Hagen FW. *Studien auf dem Gebiete der ärztlichen Seelenheilkunde*. Erlangen: Besold; 1861.
- Hollander E, Kwon JH, Stein DJ, Broatch J, Rowland CT, Himelein CA, 1996: Obsessive-Compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. *Journal of Clinical Psychiatry* 57 (suppl. 8): 3-6.
https://it.wikipedia.org/wiki/Gioacchino_da_Fiore
- Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer; 1913.
- Machado-Vieira R, Luckenbaugh DA, MA, ED Ballard, ID Henter, M Tohen, T Suppes, CA Zarate. Increased Activity or Energy as a Primary Criterion for the Diagnosis of Bipolar Mania in DSM-5: Findings From the STEP-BD Study. *Am J Psychiatry* 174:1, January 2017 70-76
- MacLean PD. *Evoluzione del cervello e comportamento umano*. Studi sul cervello trino. Torino, Einaudi, 1984. ISBN 88-06-05684-0
- Maj M. Karl Jaspers and the Genesis of Delusions in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. Vol. 39 no. 2 pp. 242-243, 2013
 doi:10.1093/schbul/sbs190
- Marks I, 1990: Behavioural (non-chemical) addictions. *British Journal of Addiction* 85: 1389-1394.
- Marlatt GA, Baer JS, Donovan DM, Kivlahan DR, 1988: Addictive behaviors: etiology and treatment. *Annual Reviews of Psychology* 39: 223-252.
- Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Oya K, Okino K, Stein DJ. Impulsive disorders in Japanese adult patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2005; 46: 43-9.
- Modell JG, Glaser FB, Mountz JM, Schmaltz S, Cyr L, 1992: Obsessive and compulsive characteristics of alcohol abuse and dependence: quantification by a newly developed questionnaire. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 16: 266-271.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Newsletter. October 1989; *Alcohol Alert* 6 PH 277: 1-4.
- Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol.* 1995 Nov; 51(6): 768-74.
- Poletti M. L'approccio neuropsicologico all'impulsività nei disturbi psicopatologici in Asse I. A neuropsychological perspective on impulsivity in Axis I disorders. *Giornale Italiano di Psicopatologia.* 2009; 15:193-204

Scharfetter C. Psicopatologia generale. Fioriti editore 2016 Schneider K.:
Klinische psychopathologie. Thieme, Stuttgart 1962. Stahl SM.
Neuropsicofarmacologia essenziale. Edi-ermes. 2016.
Torregrossa MM, Jennifer J. Quinn JJ, and Jane R. Taylor JR. Impulsivity,
Compul- sivity, and Habit: The Role of Orbitofrontal Cortex Revisited. Biol
Psychiatry. 2008 February 1; 63(3): 253–255.

The Gioacchino’s Prophecy. A metaphor for psychiatry

Abstract

The present paper starts from the prophecy about the Next Age of Human History, made by the Monk Gioacchino da Fiore. He claimed the existence of three ages in the human history: the age of Father, the Age of Son (or the age of Love) and a next age, of Holy Spirit. In the most of XXth Century, Psychiatry and Psychopathology focused on the definition of delusion, as the essential criterion of disorders like psychosis and schizophrenia; but in the last thirty years, the focus is mainly on depression and bipolar disorder. Now, and mostly for the next future, it is necessary to understand and treat new psychopathological disorders, marked by the impairment in impulse control. The impulsivity is a psychopathological dimension, who goes beyond the chapter of Impulse Control Disorders in the DSM-5, and involves Personality Disorders, Substance-Related Disorders, and some Eating Disorders. The impulsive act origins “from inside”, it is a behavior without any conscious process, or reflexivity, as somebody says “to act without thinking”. In this article, we discuss about events like repetitive behaviours from obsessive patients (rituals and compulsions), belonging to a continuum: the impulsive-compulsive spectrum. Finally, we mention the craving, one of the essential criteria of addiction, as it shares some issues with impulsivity and obsessiveness.

Keywords: *impulsivity, obsessive-compulsive spectrum, craving*

Corrispondenza

Dott. Gianfranco Del Buono Psichiatra, psicoterapeuta
Dirigente medico Struttura Aziendale di Psichiatria
AOU “S. Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona”, SALERNO
Mail: delbuono.g@alice.it

IL TEMA DELL'OSSESSIONE NELLA LETTERATURA INGLESE: *UN AMORE FATALE*

Dott.ssa Sara Sofia
Docente di Lingua e cultura inglese

Andreana Franza
Laureanda in Mediazione Linguistica e Culturale

RIASSUNTO

Se con il termine ossessione intendiamo un pensiero persistente di preoccupazione per qualcosa o qualcuno che finisce per essere non normale, la letteratura inglese presenta molte opere nelle quali è possibile individuare il tema dell'ossessione. In alcune tragedie di Shakespeare, l'ossessione finisce per trasformarsi in follia simulata come in Amleto o come vera patologia quando si è vittima di incontrollata gelosia (Otello) o per il peso delle proprie nefandezze (Macbeth). Altre volte, l'ossessione consiste nella ripetizione di una stessa tematica, in molte opere di uno scrittore, e questo è il caso dei romanzi di Jane Austen dove il tema del matrimonio dà voce alla preoccupazione delle donne della sua epoca, in una società nella quale non avevano potere economico. Ma ossessione è anche quella di Dorian Gray per la giovinezza e la bellezza o quella del Dr. Frankenstein nel voler creare una creatura al di fuori della creazione naturale. Il romanzo dove l'ossessione prende le forme di vera patologia è L'Amore Fatale di Ian McEwan. In questo libro, lo scrittore inglese presenta diverse forme di ossessione e cerca di darne una valenza scientifica facendo soffrire uno dei suoi personaggi della sindrome di De Clérambault. Potranno poi, i piccoli rituali o manie degli scrittori essere definite ossessioni?

Parole chiave: *letteratura inglese, ossessioni, sindrome di De Clérambault*

OSSESSIONE COME FOLLIA, AMBIZIONE POLITICA, MATRIMONIO E BELLEZZA

L'Oxford Learner's Dictionaries definisce l'ossessione come "*the state in which a person's mind is completely filled with thoughts of one particular thing or person in a way that is not normal*" (Lo stato in cui la mente di una persona è completamente piena di pensieri riguardo una particolare cosa o persona in un modo che non è normale). Questa definizione, che sicuramente risulta insufficiente da un punto di vista scientifico, permette di individuare il tema dell'ossessione in molte opere letterarie.

Limitando il campo alla letteratura inglese, le prime opere il cui tema dell'ossessione si delinea come un'idea costante, che tormenta e che finisce per trasformarsi in patologia, sono sicuramente alcune tragedie di Shakespeare. L'opera nella quale lo spirito del *fool* aleggia per tutto il libro, è *Amleto*, una delle più conosciute, divenuta celebre per il famoso monologo "Essere o non essere" (To be or not to be).

In questa tragedia, scritta probabilmente tra il 1600 e il 1602, il protagonista, il principe di Danimarca, Amleto, incontra il fantasma di suo padre che, dopo avergli rivelato di essere stato assassinato da suo fratello Claudio, ora re di Danimarca e attuale marito di sua moglie, chiede di essere vendicato. La vendetta sarà il motivo conduttore di tutta l'opera: Amleto, tormentato dall'idea di portare a compimento quanto gli è stato chiesto dal fantasma di suo padre, studierà strategie diverse per raggiungere il suo scopo, fino a farsi credere folle. La follia del protagonista è solo una finzione e non una conseguenza di un pensiero fisso che lo perseguita, tuttavia, Shakespeare sembra voler sottintendere che un'idea costante, che tormenta, potrebbe portare ad uno stato patologico.

Più esplicito è il tema dell'ossessione nell'*Othello* (1604). Shakespeare, in quest'opera, rappresenta il ritratto psicologico di un uomo, Othello, i cui dubbi circa l'infedeltà della moglie, Desdemona, diventano "tarli" che gli rodono la mente fino a trasformarlo in un individuo capace di uccidere la donna che ama. Non di meno sarà l'altra opera shakespeariana, *Macbeth*. Composta, probabilmente, tra il 1599 e il 1605 e rappresentata l'anno seguente, la tragedia è la più breve dello scrittore inglese. La storia di questa tragedia inizia con la profezia delle tre streghe che rivelano a Macbeth, un nobile e coraggioso generale, che sarebbe

diventato re ma le misteriose sorelle, si guardano bene dal dirgli come. Allo stesso tempo le fatali creature predicono ad un altro generale, Banquo, che lui avrebbe generato dei re. Macbeth decide di raccontare quanto accaduto a sua moglie, Lady Macbeth, che divorata dall'ambizione, convince il marito ad ottenere la corona ad ogni costo, anche assassinando il re di Scozia, Duncan. Macbeth diventa re ma è "roso" da un dubbio: le tre streghe avevano anche profetizzato che l'altro generale sarebbe stato procreatore della stirpe reale. Ossessionato dalla profezia e dominato dall'ambizione, il re finirà per commettere e ordinare una serie di delitti al fine di mantenere il trono. Ma non sarà solo la profezia fatta dalle tre streghe a Banquo ad ossessionare Macbeth ma anche il peso delle sue stesse azioni, dei suoi crimini. La sua mente è ormai offuscata e dominata da follie visionarie. La tragedia si conclude con la morte dello stesso Macbeth e con la legittima ascesa al trono del primogenito del re Duncan, Malcom.

L'ossessione intesa come una idea ripetuta che finisce per dominare la vita di una persona senza diventarne una patologia, qualche secolo dopo, finisce per assumere i contorni del "rosa" nei romanzi di Jane Austen. In tutte le opere della scrittrice inglese, le eroine sembrano avere come unica preoccupazione, il matrimonio. Famoso è l'inizio del capolavoro della Austen *Orgoglio e Pregiudizio* (1813): "*È verità universalmente riconosciuta che uno scapolo provvisto di un ingente patrimonio debba essere in cerca di moglie*" p. 3 ("*It is a truth universally acknowledged that a single man in possession of a good fortune must be in want of a wife.*" p. 1).

Questa è la preoccupazione di Mrs Bennett, donna priva di eleganza e di buone maniere, il cui unico scopo è quello di trovare marito alle sue cinque figlie.

Il tema del matrimonio è costante nei romanzi di Jane Austen e dà voce alle preoccupazioni delle donne di fine Settecento e inizio Ottocento, che vivevano in una società dove avevano uno scarso potere economico. All'epoca, infatti, sposarsi con un uomo facoltoso era l'unico modo per evitare di ritrovarsi sola e povera, senza nessuna protezione. Una donna senza eredità e senza marito aveva un triste destino: andare a vivere presso un parente o fare l'istitutrice. La stessa Austen che non si sposerà, sarà costretta ad andare a vivere dal fratello perché priva di mezzi di sostentamento.

Sebbene il tema del matrimonio sia ricorrente nei romanzi di Jane Austen, esso non ha nulla di anormale ma costituisce un elemento importante per dipingere la società del suo tempo. Un matrimonio conveniente, tuttavia, sarà talmente un'idea costante per la scrittrice che anche quando l'eroina non ha problemi economici, l'unica sua preoccupazione sarà quella di "combinare" unioni vantaggiose per le sue amiche. È quanto succede nel romanzo *Emma* (1815). La protagonista, Emma Woodhouse, è il primo personaggio femminile della scrittrice inglese a non avere problemi economici e, come lei stessa dirà, a non avere nessuna intenzione di sposarsi.

"Ah, mia cara, vorrei che tu non combinassi matrimoni o facessi predizioni, poiché tutto quel che dici finisce sempre per succedere. Ti prego di non combinar più matrimoni" *"Ti prometto di non combinarne nessuno per me, babbo; ma quanto agli altri non posso farne a meno. È il più gran passatempo che io conosca!"* (p. 6).

Alla fine del romanzo, comunque, la stessa Emma si sposerà, legandosi ad un uomo più grande di lei del quale ne riconoscerà la superiorità rispetto agli altri uomini che frequenta, ma nell'accettare tale matrimonio, l'eroina austeniana rinuncia alla vitalità caratteristica della giovinezza. Ovviamente nei romanzi della Austen, le tematiche sociali quali il ruolo del denaro, della proprietà, del matrimonio e delle classi sociali sono più complesse di quanto possano apparire ad una prima lettura superficiale ma la loro analisi non è l'oggetto di questo studio.

Qualche anno dopo, un'altra scrittrice inglese scriverà un romanzo il cui protagonista è dominato da un'ossessione. Fra il 1816 e il 1817, all'età di 19 anni, Mary Shelly, figlia di Mary Woolstonecraft, precursore del movimento femminista, e di William Godwin, filosofo e scrittore, pubblica il suo famosissimo romanzo, *Frankenstein, or the Modern Prometheus*. L'idea del romanzo fu concepita quando Mary, fuggita con il poeta romantico Percy Bysshe Shelley, soggiornò in Svizzera. Fu durante una festa che Lord Byron, altro poeta del periodo romantico inglese che soggiornava con la coppia, suggerì una gara che avrebbe vinto colui che avesse scritto la storia più paurosa. Mary Shelly decise di parteciparvi e racconta che l'ispirazione per il romanzo le venne in seguito ad un incubo avuto quella stessa notte. Il suo racconto fu il migliore del gruppo e il libro, quando fu pubblicato anonimamente, due anni dopo, nel 1818, divenne subito un successo.

La trama del romanzo è semplice: il Dott. Frankenstein, uno scienziato svizzero, dopo lunghi studi, riesce a creare un essere umano unendo parti selezionate di cadaveri. Nonostante un'accurata preparazione il risultato dell'esperimento è orrendo e disgustoso. Il mostro diventa un assassino e alla fine distrugge il suo creatore.

Il tema dell'ossessione, in questo romanzo, è riconducibile proprio al Dott. Frankenstein che dedica diversi anni a studi scientifici per realizzare quello che, poi, era il desiderio dei Romantici di penetrare i segreti della vita. Come lo stesso personaggio afferma ("Desideravo ardentemente acquisire il sapere" cap. III, p. 45), il suo desiderio è tale da assumere la forma dell'ossessione. Dott. Frankenstein desidera così tanto creare una creatura al di fuori della creazione naturale che finisce per sostituirsi a Dio diventando il "creatore". Come il sottotitolo del romanzo suggerisce, Dr. Frankenstein può essere visto come il moderno Prometeo, che come la figura mitologica greca, sfida il proprio Dio e come il Prometeo greco, il protagonista del romanzo della Shelley è punito, ma non da Dio ma dalla sua stessa creatura.

Procedendo in ordine cronologico, il tema dell'ossessione potrebbe essere evidenziato anche nel personaggio di Dorian Gray, protagonista dell'unico romanzo di Oscar Wilde, *Il Ritratto di Dorian Gray* (1890). Questo romanzo è rappresentativo della corrente artistica dell'Estetismo che pone al centro di tutto l'arte e il bello. Nella prefazione di questo romanzo che costituisce il Manifesto dell'Estetismo inglese, l'autore afferma che arte è fine a sé stessa e non conosce limiti. Non è un caso che il motto di questa corrente artistica è "*arte per amore dell'arte*".

Fin dall'inizio del romanzo, Dorian Gray è ossessionato dal tempo che passa: non sopporta l'idea di perdere la sua bellezza e la sua giovinezza a causa del tempo che passa. Così, spinto da questa ossessione, Dorian Gray esprime un faustiano desiderio: l'eterna giovinezza in cambio della sua anima. Grazie a questo patto, Dorian non invecchia mai nonostante passino gli anni e conduce una vita all'insegna del vizio e del crimine. Ad invecchiare e a portare i segni della sua vita immorale sarà il suo dipinto dove è ritratto in tutta la sua bellezza e giovinezza. Il quadro che invecchia sarà lo specchio in cui la sua anima corrotta e impura si riflette.

L'elenco delle opere letterarie nelle quali si ritrova il tema dell'ossessione come idea fissa e ricorrente potrebbe essere lunghissimo e quelli

sopracitati ne sono solo un piccolissimo esempio. Un libro, invece, nel quale l'Possessione assume una forma patologica è sicuramente il romanzo post moderno *L'Amore Fatale* di Ian McEwan.

***L'AMORE FATALE* DI IAN MCEWAN L'AUTORE**

Nato nel 1948, nella città di Aldershot, nella zona dell'Hampshire in Inghilterra, Ian McEwan studia presso le Università del Sussex e dell'East Anglia. Inizia a scrivere nel 1970 ma è solo nel 1975 che pubblica la sua prima raccolta di racconti brevi dal titolo di *Primi Amori, Ultimi Riti* (*First Love, Last Rites*) che gli vale il premio Somerset Maugham Award nel 1976 e dove affronta le problematiche dell'iniziazione sessuale dei giovani. Proprio il sesso e le perversioni sono tematiche presenti in molti suoi scritti ed esse rappresentano la metafora di un mondo dove il vuoto esistenziale è tale che neanche ai bambini è permessa l'innocenza.

Proprio il tema dei bambini è centrale in molte opere dello scrittore inglese. McEwan descrive di bambini vittime di genitori violenti o di ambigui adolescenti che hanno perso l'innocenza dell'infanzia per entrare in una società violenta dove non c'è alcun posto per l'immaginazione o il silenzio. Dopo questa raccolta pubblicherà una seconda raccolta, *Fra le lenzuola* e altri racconti (*In Between the Sheets*, 1978), che fu seguita, nello stesso anno dal romanzo, *Il Giardino di Cemento* (*The Cement Garden*). Nel 1981 scrive per la BBC, *The Imitation Game*, la storia di una giovane donna che durante la guerra in Inghilterra, nel 1940, prova a sfidare ed entrare nel mondo degli uomini. L'opera non denuncia solo il modo in cui gli uomini opprimono le donne ma anche il modo in cui i sistemi escludono gli individui. Scriverà, poi, diversi romanzi tra i quali *Enduring Love* (*L'Amore Fatale*) e quello che è considerato il suo capolavoro, *Atonement* (*Espiazione*). Oltre a racconti e romanzi Mc Ewan ha scritto anche sceneggiature cinematografiche.

Diverse sono le trasposizioni sul grande schermo delle sue opere. È stato soprannominato "Ian Macrabe" per lo stile cupo e inquietante di molte sue narrazioni.

IL ROMANZO

Ne *L'Amore Fatale*, Ian McEwan rappresenta il tema dell'ossessione in molte forme diverse attraverso il protagonista, Joe Rose e i personaggi principali, Clarissa e Jed Parry.

Il romanzo inizia con un drammatico evento. Joe Rose, un giornalista scientifico, è con sua moglie Clarissa, ricercatrice universitaria. È uno splendido pomeriggio e i due stanno facendo un picnic per festeggiare il ritorno della donna dagli Stati Uniti. Il cielo è limpido e solo un leggero vento sembra disturbare questa scena bucolica e romantica. Improvvisamente l'attenzione dell'uomo viene catturata da una mongolfiera che, sfuggita al controllo di un uomo che tenta di trattenerla, s'innalza in volo con un bambino a bordo.

Istintivamente Joe corre in aiuto dell'uomo ed anche altri uomini hanno la sua stessa idea. Si aggrappano alla mongolfiera facendo da zavorra per impedirle di allontanarsi. A causa del vento che è diventato più forte, ad uno ad uno gli uomini lasciano la presa ad eccezione di uno, John Logan, un medico sposato e con figli, che resta aggrappato alla mongolfiera fino a quando, senza più forza per tenersi, lascia la presa e cade schiantandosi al suolo. Dopo questo terribile incidente, Joe Rose si ritrova a scambiare qualche parola con uno degli altri soccorritori, Jed Parry. È a questo punto che inizia la vera storia del romanzo.

Jed Parry è un fanatico religioso ed un omosessuale che individua in questo tragico evento un messaggio divino: lui e Joe erano destinati ad incontrarsi ed il loro è un incontro "fatale". Da questo momento in poi, Joe diventa l'oggetto della persecuzione amorosa di Jed che ben presto si scoprirà, essere affetto dalla sindrome di Clérambault, detta anche eroto- mania, che porta colui che ne soffre, di solito una donna, a credere, senza nessun fondamento ed in modo ossessivo, ad essere destinatario di sentimenti amorosi da parte di un personaggio pubblico o di una persona agita e crede di essere incoraggiato da messaggi subliminali. Questo è proprio quello che succede a Jed Parry.

La sindrome di de Clérambault prende il nome dallo psichiatra francese Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934) che pubblicò un articolo dal titolo *Les Psychoses Passionnelles* nel 1921.

Lo studio si basa su una sua paziente, una donna francese, che credeva di essere amata dal re d'Inghilterra Giorgio V. Lo stesso McEwan

riporta la storia all'interno del romanzo quando il protagonista scopre di cosa sia affetto l'uomo che lo perseguita: *“Mi tornò tutto in mente d'un colpo, e mi parve impossibile averlo scordato. Il castello era Buckingham Palace, il re, Giorgio V, la donna fuori del castello era una francese e il periodo era subito dopo la Grande Guerra. Era venuta in Inghilterra molte volte e chiedeva soltanto di poter stare ai cancelli del palazzo nella speranza di intravedere il Re di cui era innamorata... Quella donna era convinta che tutta Londra non facesse che parlare della sua relazione con il re, e che lui ne fosse profondamente turbato. Nel corso di una visita, non riuscendo a trovare una stanza d'albergo in cui soggiornare, si convinse che il sovrano avesse usato la propria influenza per impedirle di fermarsi a Londra. Di una sola cosa era certa: il Re l'amava... Lui l'allontanava ma non cessava di darle speranze. Le inviava dei messaggi che lei sola sapeva interpretare... Usava le tende delle finestre di Buckingham Palace per comunicare con lei. Quella donna passò tutta la vita prigioniera di tale illusione. Quella sua forma di amore avvelenato e inutile fu identificata dallo psichiatra francese che l'aveva in cura come una sindrome alla quale egli volle dare il proprio nome: de Clérambault”* (pp. 142-143).

Ricerche successive hanno dimostrato che a soffrire di questa patologia possono essere anche gli uomini e che quest'ultimi sono più invadenti e pericolosi. Nello scegliere un uomo con la sindrome di de Clérambault, Mc Ewan voleva inventare un raro caso di omosessualità e per dare maggiore autenticità scientifica al suo personaggio, lo scrittore inglese pone alla fine del romanzo due appendici. La seconda è costituita da una lettera che Jed Parry avrebbe scritto al protagonista del romanzo alla fine del terzo anno di internamento.

APPENDICE II

Lettera del signor J. Parry scritta verso la fine del terzo anno di internamento. L'originale è custodito nella cartella clinica del paziente. La presente fotocopia è stata inoltrata al dottor R. Wenn su sua richiesta (p. 279-280).

La prima appendice è intitolata “Un'ossessione Omoeotica A Sfondo religioso: Variante Clinica Della Sindrome Di De Clérambault” scritta da Robert Wenn e Antonio Camia e pubblicata nella “The British Review of Psychiatry”.

Di questo articolo non c'è traccia alcuna nella rivista scientifica inglese e come lo stesso McEwan affermerà in un'intervista al Guardian nel 1999, è un falso.

"I can confirm that Appendix I of Enduring Love is fictional, based on the novel that precedes it rather than the other way around... If the monograph had been published, it would have seemed that my novel was based on a genuine case, my characters would have acquired an extra sheen of plausibility" ("Posso confermare che l'Appendice I di *Enduring Love* è fittizia, basata sul romanzo che la precede e non sul contrario... Se la monografia fosse stata pubblicata, sarebbe sembrato che il mio romanzo fosse basato su un caso autentico, i miei personaggi avrebbero acquisito un'ulteriore splendore di plausibilità").

A testimoniare che l'Appendice I sia una creazione del romanziere sono i nomi degli autori del presunto articolo scientifico Dr. Wenn e Dr. Camia. Se si anagrammano i due cognomi il risultato è quello dello scrittore: McEwan.

Ritornando al romanzo, appare chiaro che l'ossessione di Jed Parry per Joe Rose è la più evidente del romanzo e non si indebolisce né cambia mai. Proprio il titolo originale del romanzo, *Enduring Love*, lo conferma. La traduzione italiana dell'aggettivo *enduring* è, infatti, "durevole, duraturo, permanente, resistente e tenace" (Dizionario Ragazzini, 2013). Essa è presentata in modo esplicito da McEwan oltre che attraverso telefonate e appostamenti anche con una serie di lettere che Jed invia a Joe e che potrebbero essere definite una sorta di soliloquio. Esse costituiscono l'elemento più disturbante dell'ossessione di Jed.

"Caro Joe... ringrazio Dio ad alta voce ... per aver permesso il verificarsi di questa strana avventura tra noi. Innalzo lode a Dio per averti mandato da me ... Hai riconosciuto nello sguardo fugace tra noi, là sulla collina, dopo che lui era caduto, tutta la carica e la forza e la felicità dell'amore ... Quando hai alzato il telefono ho sentito il sollievo nella tua voce ... io sanerò il tuo dissidio con Dio grazie al potere salvifico dell'amore. Joe, Joe, Joe ...Lo confesso, ho riempito cinque fogli di carta con il tuo nome... Tutto ciò che insieme facciamo, tutto ciò che siamo è nelle mani di Dio, e il nostro amore trae vita, forma e significato dal Suo amore Jed" (pp. 107-112).

Le parole di Jed che contengono continui riferimenti alla religione indicano come la sua crescente ossessione per Joe sia strettamente collegata alla sua ossessione per la religione: uno dei suoi scopi è proprio quello di convertire l'uomo che ama.

L'ossessione di Jed per Joe, causa l'ossessione dello stesso Joe per Jed. Nonostante il suo razionalismo e la consapevolezza dei pericoli dell'ossessione, Joe si comporta in modo ossessivo lui stesso. McEwan presenta questa ossessione attraverso Clarissa ed altri personaggi minori del romanzo. Clarissa, più volte, dimostra di avere seri dubbi riguardo ciò che suo marito le racconta ed è come se la donna pensasse che sia lo stesso Joe a creare Parry (*Clarissa dice: So di avvertelo già detto, perciò non ti arrabbiare. Non credi di esagerare con questo Parry. Forse non è poi quel gran problema... Lui non è la causa della tua agitazione, è solo il sintomo.* p. 97).

La telefonata che, poi, Joe fa alla Polizia rafforza il sospetto che sia piuttosto una sua ossessione poiché l'ufficiale di polizia non riesce a trovare alcun elemento incriminante. Perché la Polizia dovrebbe intervenire se l'uomo non lo ha mai aggredito ma gli rivolge solo parole d'amore? Ai tempi del romanzo, in Inghilterra, lo stalking non era ancora un reato. Lo stile di McEwan che passa dalla narrazione degli eventi alla narrazione scientifica quando scrive di Joe, sembra voler sottolineare che il protagonista che è, poi, anche il narratore della storia, sia un paranoico, convinto che Jed sia ossessionato da lui e che questa idea sia ricaduta nel suo lavoro.

L'ossessione riguardo Parry non è l'unica di Joe. Ex scienziato e adesso giornalista scientifico, frequentemente si riferisce a sé stesso come ad un parassita in quanto scrive delle ricerche degli altri piuttosto che farne alcune. Nonostante abbia una certa reputazione come scrittore, il protagonista pensa spesso alla possibilità di ritornare alla scienza e a come sarebbe stata la sua vita se avesse fatto un'altra scelta, se non avesse rinunciato alla carriera nella ricerca scientifica.

Clarissa non è libera da ossessioni. La donna, docente di letteratura all'Università, conduce delle ricerche sulla vita di John Keats e su alcune lettere mai pubblicate che il poeta inglese, presume, abbia scritto a Fanny Brawne. Ad affermarlo è lo stesso Joe: "*Clarissa Mellon amava anche un altro uomo, ma con l'approssimarsi del bicentenario dalla sua nascita, il fastidio che mi arrecava era in fondo modesto*" (p. 11).

L'ossessione per la letteratura è percepita anche quando la donna commenta la descrizione di come Joe aveva visto appeso in cielo John Logan prima di precipitare "*e lei mi disse di essere stata folgorata da un verso di Milton: lo gettò capofitto fiammeggiante dall'etereo cielo*" (p. 35).

Altra ossessione di Clarissa non è verso qualcuno ma riguarda la sua impossibilità ad avere figli in seguito ad un banale intervento chirurgico che, all'età di vent'anni, l'aveva resa sterile. Proprio come Joe è ossessionato dalla perdita di una carriera desiderata, Clarissa è vittima del senso di perdita per il bambino che non ha mai avuto. Prova di ciò è quando Joe riferisce che la perdita di un figlio di una sua amica, cinque anni prima dell'incidente della mongolfiera, era stata avvertita dalla donna come una propria perdita.

“Cinque anni prima dell'incidente del pallone, ..., Marjorie, una sua cara amica dei tempi dell'università, aveva perso un bambino di quattro settimane per una rara infezione batterica. Clarissa era andata a Manchester a vedere il piccolo cinque giorni dopo la nascita e si era trattenuta una settimana per aiutare l'amica. La notizia della morte del piccolo la stroncò. Non avevo mai visto nessuno soffrire in modo così devastante. Il nodo centrale del problema non era tanto la sorte del bambino, quanto la perdita di Marjorie che Clarissa viveva come propria. Ciò che affiorò fu il lutto di Clarissa per un bambino fantasma, frutto mancato dell'amore” (p. 38).

Questa ossessione di Clarissa spiegherebbe anche la reazione della donna all'incidente della mongolfiera: *“Ora in John Logan, Clarissa vedeva un uomo disposto a morire per evitare il tipo di perdita che lei stessa sentiva di aver vissuto. Il bambino non era suo, ma lui comunque era un padre e aveva capito. Quel genere di amore aveva fatto breccia nelle difese di Clarissa. Nel tono supplichevole con il quale aveva detto “era un brav'uomo”, lei stava chiedendo perdono al proprio passato, al fantasma del suo passato.* (pp. 38-39).

L'Amore Fatale, si potrebbe concludere, che è un romanzo non solo di ossessione amorosa (Jed-Joe), di ossessione religiosa (Jed), di ossessione letteraria (Clarissa) ma è anche un'ossessione per il passato (Joe e Clarissa). In questo libro, McEwan descrive l'ossessione come una forza che annienta la ragione, che può essere pericolosa e distruttiva e che bisogna imparare a controllare per poter ritrovare la felicità.

LE OSSESSIONI DELLO SCRITTORE

Molto spesso, dallo studio della vita di molti scrittori, emergono che alcuni di loro presentano dei piccoli rituali o manie. Eccone solo alcuni.

Truman Capote (1924-1984), scrittore, sceneggiatore e attore statunitense, ad esempio, non iniziava e non terminava mai un libro di venerdì. Inoltre, era talmente superstizioso che non lasciava mai più di tre mozziconi di sigarette nel posacenere, piuttosto preferiva infilarseli nel taschino della giacca.

James Joyce (1882-1941) scrittore irlandese, usava, per scrivere, una matita molto spesso, e lo faceva stando per lo più sdraiato a letto, indossando un cappotto bianco, per riflettere meglio la luce sul foglio. Queste sue abitudini erano dovute al fatto di avere una vista molto precaria.

Altra abitudine se non ossessione ci viene riferita da Goethe (1749-1832). Un giorno, entrando nello studio di Schiller (1759- 1805) avvertì una strana puzza. Pensando provenisse da un cassetto, lo scrittore tedesco lo aprì e vi trovò delle mele marce che, più tardi, la moglie di Schiller spiegò il marito era solito odorarle mentre scriveva perché riteneva che lo ispirassero.

Ancora possiamo riferire di Virginia Woolf che preferiva scrivere in piedi, su un'alta scrivania dal piano inclinato e usava solo tre tipi d'inchiostro: verde, blu e porpora. Usava quest'ultimo solo per scrivere le lettere. Inoltre, non scrisse mai più di due ore e mezza al giorno.

In conclusione, questi rituali, manie, abitudini o in qualsiasi modo li si vogliano chiamare, potrebbero essere riconducibili a disturbi di tipo ossessivo? *“Del resto non è così azzardato avvicinare letteratura e follia come molti critici letterari e scrittori hanno fatto. Foucault ha scritto: La nostra epoca ha scoperto – e in maniera quasi simultanea – che la letteratura, in fondo, era solo un fatto di linguaggio e che la follia, da parte sua, era un fenomeno di significazione.”* (Rossella Monaco, *La Letteratura una Normale Ossessione*, in Scrivo.me).

Bibliografia

- Austen J. Orgoglio e pregiudizio. Oscar Mondadori, 2010
Austen J. Pride and Prejudice. Wordsworth classics, 1992
Austen J. Emma. Garzanti, 1979
McEwan I. L'Amore Fatale. Einaudi, 1997
Shelley M. Frankenstein. Garzanti, 2015
Shakespeare W. Tutto il Teatro, Newton, 1990
Wilde O. Il Ritratto di Dorian Gray. Feltrinelli, 1992
Gambi MC, Pirazzoli PC. Literatour. Trinity White bridge, 2017

Medaglia C, Young BA. Visions and Perspectives, Loescher Editore, 2014
Spiazzi M, Tavella M. Only Connect... Zanichelli, 2001
Bertinetti P. (a cura di), Storia della letteratura inglese. Einaudi, 2000
Ford B. (edited by), The New Pelican Guide to English Literature. Penguin, 1982
Daiches D. A Critical History of English Literature, London Secker & Warburg, 1989
Childs P. Ian McEwan's Enduring Love. Routledge, 2007
Monaco R, La Letteratura una Normale Ossessione, in Scrivo.me, 2014
Rune M., A Theory of Love: De Clérambault syndrome in McEwan's Enduring Love, www.miriamrune.co.uk/a-theory-of-love-de-clerambaults-syndrome-in-mcewans-en-during-love
The Guardian, Fooled you, 16 Agosto 1999
UKEssays. Ian Mcewans Presentation And Obsession Of Love English Literature Essay. November 2013.

SUMMARY

The theme of obsession in English literature: Enduring Love.

If with the word obsession, we mean a persistent thought of concern for something or someone, which becomes not normal, English literature presents many works in which it is possible to identify the theme of obsession. In some Shakespeare's tragedies, obsession turns into simulated madness, as in Hamlet, or becomes a real pathology when one is the victim of uncontrolled jealousy (Othello) or because of the weight of his own wickedness (Macbeth). Other times, obsession consists in the repetition of the same theme in many works by a writer and this is the case of Jane Austen's novels where the theme of marriage gives voice to the concern of women of her age, in a society in which they did not have economic power. But obsession is also Dorian Gray's desire for youth and beauty or Dr. Frankenstein's ambition in creating a creature outside the natural creation. The novel where the obsession takes the forms of a true pathology is Ian McEwan's Enduring Love. In this book, the English writer presents different forms of obsession and tries to give it a scientific value by making one of his characters suffer from the De Clérambault syndrome. Finally, can the writers' small rituals or manias be called obsessions?

Keywords: *English literature, obsessions, De Clérambault syndrome*

Corrispondenza

Dott.ssa Sara Sofia
Docente di Lingua e Letteratura Inglese
Mail: sara.64@live.it

IL FASCINO IN-DISCRETO DEL RITO

Antropologia e psicopatologia in dialogo

Prof.ssa Marina Brancato

Antropologa

RIASSUNTO

L'articolo vuole fornire una lettura dei disturbi ossessivo impulsivi attraverso la prospettiva antropologica degli studi sulla ritualità. Non considerare i fattori socio-culturali del fenomeno patologico significa porre l'attenzione solo sul singolo sintomo e non su un intero mondo sociale che genera la sofferenza dell'individuo. Tutti ci ammaliamo e cerchiamo di curarci, ma proprio perché l'idea che ogni società ha del corpo (e della mente) è una costruzione culturale e pertanto non è assoluta, anche l'idea di male, di sofferenza e di terapia possono essere comprese solo nell'ambito di una specifica cornice culturale.

Parole chiave: *Rito/rituale; psicopatologia; antropologia; crisi della presenza*

«Non esistono atti psicopatologici in sé, ma gli stessi atti sono fisiologici se storicamente adeguati e quindi socialmente efficaci, patologici se storicamente inadeguati e quindi socialmente inutili e ingiustificati. Ciò che in Cristo è ideale del Regno oggi sarebbe, soltanto, monomania religiosa».

Archivio E. de Martino, 2, 19

PREMESSA

Come scrive l'antropologo Marco Aime: *“riprendendo il binomio emico/etico si inizia ad analizzare l'esperienza della malattia, individuando due chiavi di lettura. La prima si rifà al concetto espresso dal termine inglese disease, che indica un'alterazione nel funzionamento del nostro organismo, una disfunzione, una rottura, un danno; la seconda, rimanda invece a un punto di vista diverso, quello dell'ammalato, espresso con il termine illness, che potrebbe essere tradotto come l'esperienza del dolore e sofferenza che l'individuo vive in prima persona”* (Aime, 2008).

La sofferenza psichica e la cura sono prodotti sociali, che a loro volta si occupano di un altro prodotto sociale: il corpo umano. Esistono diversi approcci alla sofferenza, secondo i quali il corpo non viene considerato come un soggetto separato dalla mente e neppure dal contesto sociale e culturale in cui vive. Il disturbo ossessivo compulsivo, inteso in questo senso, cessa di essere un puro sintomo di una disfunzione psicofisica e diventa il prodotto di una serie di relazioni tra corpo, mente e condizioni sociali. In antropologia tale disturbo è interessante per quel fare magico e rituale che molti studiosi hanno accostato ai rituali di alcune società tradizionali.

SULLE TRACCE DEL RITO

Propriamente, “rito” è sostantivo, e “rituale” aggettivo, ma in italiano, così come in inglese, “rituale” viene comunemente usato sia come sostantivo che come aggettivo. Nello studio del rituale si possono individuare due orientamenti: il primo focalizza l'attenzione sulle funzioni e sugli effetti dei riti analizzati nel contesto sociale; il secondo privilegia il contenuto simbolico del rituale o la sua storia.

L'attenzione per le azioni o le osservanze prescritte portò a estendere la categoria del rito al campo più vasto delle usanze e dei comportamenti formalizzati. Una volta riconosciuto che il rituale non è legato necessariamente a idee o motivazioni specificamente religiose, il campo d'indagine si amplia notevolmente, includendo ogni attività caratterizzata dalla routine o dalla ripetizione e da regole esplicite che ne stabiliscono le modalità di svolgimento.

Il rito ha tracciato l'intero cammino della storia dell'antropologia: nel suo percorso è stata conferita una dimensione soprattutto religiosa, presente nelle varie definizioni per sottolinearne i caratteri ripetitivi e collettivi di procedure formali, atti di devozione religiosa e cerimonie di un culto, ma in un'accezione più ampia indica qualunque comportamento o attività formalizzata che si svolge secondo regole o procedure specificate dalla società: in questo senso si parla di 'usanze' oppure di «riti di passaggio» (matrimoni, cerimonie di insediamento, ecc.). Gli atti o i comportamenti rituali spesso hanno un carattere peculiare o straordinario che li distingue da altre attività sociali, e tuttavia i confini tra ciò che è rito e ciò che non lo è sono piuttosto incerti e indefiniti.

Gli atti rituali possono essere individuali e privati, oppure pubblici e sociali (Rito, 1997).

I due significati, sia quello specificamente religioso sia quello più ampio di «usanza» o «prescrizione», sono presenti entrambi nell'etimologia di «rito» derivante da *ritus* che in latino significa ordine prescritto. Tuttavia, numerosi sono i termini appartenenti alla stessa area semantica: cerimonia, parola la cui origine rimanda a solenni riti civili e perciò di origine profana; in italiano cerimonia, cerimoniale e rituale sono in sostanza intercambiabili.

Quanto al termine «festa» esso appartiene sia al registro profano sia a quello religioso, mentre «ritualismo» rimanda all'aspetto esasperato di un comportamento, all'eccesso di cerimonie. Secondo il sociologo francese E. Durkheim, *«i riti sono regole di condotta che prescrivono come l'uomo debba comportarsi con gli oggetti sacri»*. Il rituale riguarda sostanzialmente la sfera dell'azione: esso *«non si identifica con l'intero sistema religioso o magico, ma è, per così dire, il braccio esecutivo di tale sistema»* (Fortes, 1966).

Nel suo fondamentale studio sui riti di passaggio, Arnold Van Gennep (1909) identificò la forma comune di una classe generale di riti che hanno la funzione di sancire pubblicamente le transizioni sociali. Tale categoria comprende i riti che scandiscono le fasi del ciclo di vita (nascita, morte, pubertà e iniziazione), le cerimonie di ospitalità e quelle di insediamento, i riti legati al succedersi delle stagioni e al calendario.

Come ha ricordato Carla Pasquinelli (1989), dopo una breve crisi, negli anni Sessanta, in cui si prevedeva la sua scomparsa, il rito è tornato ad accompagnare e rimodellare i nostri comportamenti, carico di nuovi e diversi significati:

“Oggi le culture locali sembrano infatti tutt’altro che estinte – se si deve dar credito ai vari revivals etnici, religiosi e nazionali- nel senso che non solo non si sono fuse in un prodotto finale omogeneo ma al contrario rappresentano forme di vita che stanno dimostrando in grado di rinnovarsi e di trasformarsi.

In questo scenario che con un termine un po’ abusato possiamo definire post-moderno – nel senso di una coabitazione complessa di forme di vita e di cultura appartenenti a storie e stili tra loro assai diversi – sta facendo la sua comparsa un nuovo ospite: il rito, un’altra di quelle forme che si sta rivelando ancora oggi in grado di modellare i comportamenti delle persone. E in particolare quei riti di passaggio a cui le persone sentono di nuovo il bisogno di affidarsi per dare ordine e senso alla propria vita e trasformarla in una serie di tappe riconoscibili a cui riandare con la memoria o anticipare con il desiderio” (Rivière, 1998).

D’altra parte, Claude Rivière ha sottolineato come nelle società moderne, il rito si distacchi dal sacro, pur conservando la propria efficacia: la logica interna del rito profano è la sua stessa attuazione e il rituale si appaga della propria intensità emozionale.

Molte azioni cerimoniali, infatti, non si richiamano a un pensiero religioso o a un rapporto immanente al sacro, eppure, a causa delle pulsioni emotive che suscitano, delle forme in cui si esprimono e della capacità intrinseca di produrre simboli, meritano il nome e lo status di rituale, con tutte le conseguenze che ciò comporta. Rivière evidenzia quanto oggi risulti fragile la distinzione tra sacro e profano. Egli usa predilige l’analisi del profano per comprendere alcune forme di sacralità che si situano al di fuori della religione, alcune delle quali si iscrivono molti dei nostri riti quotidiani.

“In una modernità la cui religione orienta sempre meno le attività, tuttavia, alcuni settori della vita sociale sviluppano forme di fascino riguardo ad alcuni oggetti, ideali, personaggi o fenomeni – considerati più o meno misteriosi perché al di là delle performances abituali – come pure reazioni di timore, eventualmente tradotto o scongiurato per mezzo di riti, riguardo ai rischi che potrebbe comportare l’eccesso di vicinanza con il campo dell’autorità imperativa e preservativa (potere), del legittimo indubitabile (la scienza), della forza insospettata (il disco volante), del funzionamento logico straordinario (il computer), o dei problemi che ci tormentano (sesso e morte)”.(Rivière, 1998)

Altrove (1988) Rivière ha sostenuto che il rito, sia esso religioso o politico, dipende da un sistema di pensiero che si esprime generalmente nel linguaggio del mito o dell’ideologia.

Il suo senso non si chiude su se stesso ma rimanda a discorsi, gesti, sentimenti, non detti, con i quali si articola entro un processo esistenziale.

I RITI “PROFANI”

Ad un certo punto, gli antropologi si sono chiesti: i riti possono essere considerati un tipo speciale di comportamento?

Regole, routines, ripetizione e formalizzazione sono presenti in molte attività sociali: dalle formule convenzionali di convenienza a tutti i tipi di abilità pratiche, di giochi e di tecniche complesse di produzione.

J. Goody (1977) afferma che codificazione, regolarità e ripetizione improntano ogni aspetto della vita sociale mentre C. Geertz (1968) sottolinea come i riti rappresentino sia un *modello di* relazioni sociali, sia un *modello per* tali relazioni.

L'antropologa inglese Mary Douglas ha proposto una nuova dimensione euristica per indagare i rituali contemporanei. Mary Douglas appartiene alla schiera di coloro che si interessano ai problemi di contaminazione, un modo anche questo, di accostarsi alle nozioni di sacro, di religione e di rituali, passando da una società all'altra. In questa prospettiva analizza i divieti alimentari degli ebrei come altrettante categorizzazioni di cibi consumabili o vietati, più prosaicamente si interessa al sentimento di disagio che possiamo provare se vediamo un paio di scarpe sul tavolo da pranzo o dei tegami sul letto. In ogni caso si tratta di una classificazione in cui si distingue il pulito dallo sporco sia in senso proprio sia in senso figurato.

Pur rendendo omaggio a Durkheim, che ha dimostrato come ogni “io” sociale si manifesti attraverso la religione, e successivamente a Radcliffe – Brown, che ha riconosciuto il legame di continuità fra rito “sacro” e rito “magico”(suo è il rifiuto di separare il mago delle isole Tobriand dal patriota che brandisce il suo vessillo, e i cattolici che osservano i giorni di magro dai cinesi che depongono il riso sulle tombe dei morti), Mary Douglas nota tuttavia l'insufficienza di una definizione di “rito” che lo confini entro il campo puramente religioso.

Con la sua analisi sulla contaminazione, la Douglas ne allarga notevolmente la nozione.

La sua riflessione si rivolge all'effetto del rito sulla *“modificazione dell'esperienza: chiunque si accosti ai rituali di contaminazione dovrebbe cercare di intendere le idee di purezza di un popolo come fossero parte di un tutto più vasto”* (Douglas, 1975) ed inoltre: *“i riti della purezza e dell'impurità creano l'unificazione dell'esperienza ben lungi dal costituire delle aberrazioni dal disegno centrale della religione essi rappresentano dei contributi positivi all'espiazione. Per mezzo loro vengono elaborati e resi pubblici dei modelli simbolici, nei quali sono posti in relazione disparati elementi e disparate esperienze acquistano significato”* (Douglas, 1975).

Per Mary Douglas il termine “rito” è spesso sinonimo di “simbolo”; se lo assumiamo in questa accezione, potremo classificare i gesti del quotidiano, a patto che significhino altro da ciò che sono o fanno. Si ha rito laddove si produce senso. Ma può esservi senso senza rito? Per rispondere a questo interrogativo, Douglas riflette sulla lacerazione causata, nel XVI secolo, dalla Riforma luterana, che dichiara una guerra senza quartiere contro certi riti cattolici, visti come un vuoto formalismo e una struttura estranea all'esperienza umana.

La studiosa inglese contesta questa divisione fra adesione interiore e formalismo esteriore: *“Come animale sociale l'uomo è un animale rituale. Soppresso in una forma, il rituale riaffiora in altre, tanto più forte quanto più intensa è l'interazione sociale. Senza le lettere di condoglianze, i telegrammi di congratulazione, e persino senza le occasionali cartoline, l'amicizia di due amici lontani non è una realtà sociale: non può esistere senza i riti dell'amicizia. I riti sociali creano una realtà che sarebbe inesistente senza di loro. Non è un'esagerazione dire che il rituale rappresenta per la società più di quanto rappresentino le parole per il pensiero: infatti è possibile sapere una cosa e poi trovare delle parole per esprimerla, ma è impossibile avere delle relazioni sociali senza degli atti simbolici”* (Douglas, 1975).

L'APPROCCIO PSICOANALITICO: SIGMUND FREUD, THEODOR REIK E CARL GUSTAV JUNG

È necessario evidenziare l'originalità con cui la scuola psicoanalitica si è avvicinata alla spiegazione dei fenomeni rituali, nonostante ne tracci un profilo sostanzialmente patologico. Il rito rappresenta, secondo Sigmund Freud, un sentimento di colpevolezza ed un atto di difesa che

si identifica attraverso la sua motivazione di proteggere l'individuo o, attraverso il suo svolgimento nel timore di omettere un dettaglio o di essere disturbato nella sua esecuzione.

Freud pone, quindi, un esame comparativo tra atti ossessivi e riti religiosi, che vengono confrontati sotto alcuni aspetti. È soprattutto attraverso il senso peggiorativo del termine ritualismo che il rito viene considerato come un insieme di gesti stereotipati e ricorrenti svuotati di significato simbolico. Nella nevrosi ossessiva, al fine di lottare contro l'angoscia, il malato ricorre a procedure ritualizzate di esecuzione ripetitiva di un atto quotidiano (rituale del lavaggio, del coricarsi, della chiusura delle porte): *“È facile rendersi conto dove risieda la somiglianza del cerimoniale nevrotico con le azioni sacre del rito religioso: nell'angoscia morale dell'omissione, nel completo isolamento di ogni altra azione (divieto di interruzione) e nella scrupolosità dell'esecuzione dei particolari. Ma altrettanto evidenti sono le differenze, delle quali alcune sono tanto stridenti da far apparire sacrilego il confronto. La maggior varietà individuale delle azioni cerimoniali contrasta con la stereotipia dei riti (preghiera, adorazione ecc.) il carattere privato dei primi è in contrasto con il carattere pubblico e collettivo delle pratiche religiose; ma soprattutto la differenza è data dal fatto che i piccoli accessori del cerimoniale religioso sono concepiti come dotati di senso e simbolici, mentre quelli del cerimoniale nevrotico appaiono sciocchi e privi di senso. Sotto questo aspetto la nevrosi ossessiva non è che la caricatura, per metà comica e per metà tragica, di una religione privata”.*(1978)

Freud, quindi, non ignora la differenza tra gli atti ossessivi, *“piccoli atti senza senso”*, e il significato dei riti religiosi, oggetti del consenso collettivo. Ma gli atti ossessivi, così come gli esercizi religiosi hanno in comune il fatto di partecipare al processo di civilizzazione che consiste in una *“rinuncia all'esercizio d'istinti costituzionalmente dati”*. Freud sostiene che la nevrosi rappresenti una forma di religione individuale o privata, mentre la religione è una nevrosi ossessiva dell'umanità: *“Le azioni ossessive sono assolutamente e in tutti i particolari sensate, sono poste al servizio di importanti interessi della personalità ed esprimono esperienze ancora operanti e pensieri investiti di affetto.[...] I cerimoniali e le azioni ossessive sorgono in parte come difesa dalla tentazione, in parte come protezione dalla sciagura attesa. Le misure protettive appaiono presto insufficienti contro la tentazione; insorgono allora i divieti, che debbono mantenere lontano lo stato di fatto da cui scaturisce la tentazione. D'altra parte il cerimoniale adombra la somma delle condizioni sotto le quali è consentito qualche cosa d'altro, non ancora assolutamente vietato: proprio*

come la cerimonia del matrimonio religioso significa per il fedele, il permesso per quel godimento sessuale che è altrimenti peccaminoso.[...] Qualche cosa di simile può essere rintracciato anche nella sfera della vita religiosa. Sembra che anche alla base della formazione della religione stia la repressione, la rinuncia a certi moti pulsionali: essi però non sono, come nel caso della nevrosi. Componenti soltanto sessuali, ma pulsioni egoistiche socialmente dannose, alle quali generalmente non manca peraltro anche una componente sessuale. Il senso di colpa conseguente alla continua tentazione, l'angoscia d'attesa come paura della punizione divina, ci sono noti nel campo religioso ben prima che in quello della nevrosi.[...]. In base a queste coincidenze e analogie ci si potrebbe arrischiare a considerare la nevrosi ossessiva come un equivalente patologico della formazione religiosa, e a descrivere la nevrosi come una religiosità individuale e la religione come una nevrosi ossessiva universale” (Freud, 1978).

Le concezioni psicoanalitiche di Sigmund Freud rappresentano, inoltre, il punto di partenza dell'indagine sui problemi del rito religioso da parte di un suo illustre allievo: Theodor Reik. Tenendo presente la relazione fra 'uomo preistorico' e 'uomo primitivo odierno' e la connessione fra le attività culturali e le forme nevrotiche, Reik indaga su alcuni particolari della vita religiosa, e nella sua spiegazione tenta di chiarire i presupposti fondamentali e i fini supremi della religione.

“Non è nostra intenzione costruire un sistema di psicologia religiosa fondato sulla psicanalisi, bensì mostrare mediante alcuni esempi di portata e di valore rappresentativi ciò che la psicanalisi, coi mezzi a sua disposizione, può fare per la spiegazione di problemi religiosi difficili. La ricerca psicoanalitica non pretende di rendere superflui i lavori delle scienze particolari, bensì di renderli sotto certi aspetti più completi.[...] Noi non dovremo per un solo momento dimenticare, anche là dove non sia espressamente affermato, che ci sono altri aspetti dei problemi, che i fenomeni religiosi sono di natura complessa e che soltanto un'indagine fatta da punti di vista diversi può condurre alla loro piena valutazione” (Reik 1949).

Il rituale religioso è alla base delle ricerche di Reik, poiché rappresenta un punto di partenza per l'analisi scientifica della religione. Naturalmente l'allievo di Freud si riferisce agli studi compiuti in precedenza dal suo maestro sugli atti ossessivi e i cerimoniali religiosi. Lo studio analitico dei problemi religiosi, quindi considera il rituale non necessariamente un fenomeno religioso unico né il presupposto che ne accoglie dietro di sé processi mentali complicati.

“Esso deve venir considerato un mezzo d’espressione dei profondi impulsi psicologici che mediante altri mezzi si potrebbero scoprire soltanto con difficoltà. C’è inoltre un vantaggio in ciò che i costumi religiosi mostrano una resistenza notevole agli influssi esterni; è vero che essi vanno soggetti a certe alterazioni di natura assai estesa, ma l’avanzare della civiltà e le trasformazioni della società umana hanno minor effetto su di essi di quanto ne abbiano le credenze, sui dogmi e sugli altri prodotti mentali della religione” (Reik, 1949).

Tuttavia lo scopo di Reik è quello di ricostruire, seguendo la scia psicoanalitica, la natura degli impulsi originari del rituale, raccogliendo interessanti studi su riti primitivi e istituti della tradizione ebraica. Se Freud interpreta la religione come una nevrosi, C. G. Jung constata l’esistenza di analogie fra il materiale prodotto dai suoi pazienti e i temi della mitologia, e cerca di cogliere l’elemento profondamente esistenziale, ed in ultima analisi religioso dei disturbi psichici. Egli riconosce l’importanza dei riti (religiosi) che consentirebbero a tutti di vivere certi archetipi, d’altra parte Jung è fortemente critico nelle forme religiose istituzionalizzate, quando contrastano la realizzazione di tali archetipi.

L’esperienza religiosa è di natura psichica, una ierofania all’interno della psiche, di archetipi e di potenze esterne all’Io cosciente, e quindi intrapsichiche.

“La religione mi sembra un atteggiamento peculiare della mente umana che si potrebbe definire, in armonia con l’uso originario del termine «religio», come la considerazione e l’osservanza scrupolosa di certi fattori dinamici, riconosciuti come «potenze». [...] Vorrei fosse ben chiaro che quando uso l’espressione «religione» io non intendo una professione di fede. In realtà ogni confessione ha la sua origine da una parte nell’espressione del numinoso e dall’altra nella «pistis», nella fiducia, nella lealtà, nella fede in una determinata esperienza che ha azione numinosa e nel cambiamento di coscienza che ne deriva” (Jung, 1940).

Il tentativo di fondare il suo sistema sull’esperienza religiosa personale, indipendentemente da codificazioni teologiche corrisponde a certe esigenze esistenziali del nostro secolo.

CRISI E PERDITA DELLA PRESENZA IN ERNESTO DE MARTINO

Sull'importanza dell'approccio psicoanalitico nella prospettiva etnologica ed antropologica si è soffermato Ernesto de Martino, in occasione della pubblicazione della prima edizione italiana dell'opera di E. Jones, Vita e opere di Freud, nel 1962 da parte della casa editrice il Saggiatore. L'idea di De Martino è quella di unire psicoanalisi ed etnologia e psicoanalisi e storiografia religiosa in una profonda e utile alleanza. Nell'ampia argomentazione demartiniana vi è una questione necessaria ai fini della nostra ricostruzione, relativa al rapporto fra la storia delle religioni e la psicologia: *“La ricostruzione del processo ierogenetico comporta, come si è detto, una precisa analisi del rischio di non esserci nella storia durante i momenti critici ricorrenti di un determinato regime di esistenza: ora i modi della perdita della presenza, e le diverse in autenticità esistenziali che vi si collegano, possono essere analizzati soltanto mediante l'utilizzazione dei dati della psicopatologia»* (De Martino, 1963).

Vi è in ogni autore un pensiero chiave, un concetto fondamentale che corrisponde ad un'idea profonda e rivelatrice.

Già in precedenti lavori - il secondo capitolo del Mondo Magico e la monografia *Crisi della presenza e reintegrazione* - de Martino definisce quel fondamentale concetto di crisi della presenza che diverrà una costante della sua ricerca: il concetto di crisi di presenza che corre il rischio di perdersi, o di non esserci nella storia umana. L'idea di perdita o di crisi della presenza è legato a quella dei momenti critici dell'esistenza: *“Si tratta di momenti decisivi nei quali alla perentorietà del «far passare» una situazione secondo una regola umana si contrappone la potenza disumana (naturale) di ciò che passa da sé, senza e contro l'uomo: è in questi punti nodali del divenire che insorge il rischio di non poter oggettivare la situazione critica in nessuna forma di coerenza culturale. Ciò significa che la presenza, che “esiste” - cioè “sta fuori” o emerge dalla natura- nella misura che esercita la sua potenza oggettivante, si smarrisce avviandosi a diventare essa stessa un oggetto: sulla linea di questo oggettivarsi della stessa potenza oggettivante noi troviamo un gran numero di in autenticità esistenziali, ed in particolare quella esperienza di una alienazione radicale, di un tutt'altro (ganz Anderes) che schiaccia e paralizza”* (De Martino, 1956).

Secondo de Martino questo tutt'altro della crisi non è religiosità, ma rappresenta una crisi senza soluzione che è propria di una presenza malata: *“La vita religiosa nasce innanzitutto come ripresa che arresta la alienazione in una configurazione definita (mito) e in un orizzonte operativo che stabilisce un rapporto con l'alienazione così arrestata e configurata (rito). In quanto tutt'altro il mito è metastoria, ambito separato dal profano, ma in quanto alienazione arrestata e configurata e al tempo stesso trattenuta in un comportamento separato da quello profano, il mito è azione drammatica rituale, e si prolunga necessariamente in essa”*.

La dicotomia presenza/crisi della presenza converge su quella cultura/natura e su quella soggetto/oggetto. Il rischio radicale in cui può incorrere la presenza è di diventare natura, di essere sopraffatta dal divenire storico che incalza perdendo la possibilità di mantenersi nel processo storico-culturale. Il ritorno alla natura è una crisi di oggettivazione, l'incapacità di oltrepassare contenuti critici in un valore culturale. Se ciò avviene la presenza corre il rischio di ammalarsi, nel senso che i contenuti critici non oltrepassati possono ritornare in maniera incontrollata, manifestandosi come forza che agisce il soggetto dall'interno e lo costringe a vivere il presente in maniera “inautentica”.

A causa della crisi di oggettivazione il soggetto si sente “agitato da” perché non riesce più ad “agire su”: *“Il rischio di alienazione del dominio oggettivo comporta l'esperienza di una disposizione maligna delle cose e degli eventi, di un “essere agito da” che si sostituisce all’“agire su” della oggettivazione[.] Il rischio radicale della perdita della presenza è segnalato- almeno sin quando la presenza resiste- da una reazione totale che è l'angoscia[.] L'angoscia segnala l'attentato alle radici stesse della presenza denuncia l'alienazione di sé a sé, il precipitare della vita culturale nella vitalità senza orizzonte formale”* (De Martino E., 1956).

Il soggetto avverte, quindi, un immotivato senso di colpa che lo angoscia e che è il riflesso della sua incapacità. Il passato non oltrepassato rende l'esserci nella storia inattuale e nelle sue estreme conseguenze può portare alla totale alienazione di sé da sé, cioè alla radicale perdita della presenza. Alla perdita della capacità oggettivante s'accompagna la perdita del mondo come frutto dell'oggettivazione. Le cose perdono il loro senso e appaiono indifferenti, inautentiche, perché il soggetto è destoricato, ossia alienato dalla storia culturale in cui era inserito.

Il rischio della perdita della presenza è dunque segnalato dal senso di colpa della mancata oggettivazione. L'angoscia che ne deriva presenta i

caratteri dell'ambivalenza: è angoscia di stare nella storia, che obbliga ad un continuo trascendere spesso faticoso, ma anche angoscia di essere fuori dalla storia, ossia di esporsi al nulla.

Per occultare la storicità di un divenire che angoscia perché obbliga a delle scelte laceranti, la presenza utilizza sistemi protettivi spesso inefficaci. È il caso delle difese orientate verso la maniacalità del fare, o, più specificatamente, dei tentativi di stare nella storia come se non ci si stesse, tentativi destoricanti. Tutti questi tentativi di ripresa della presenza di fronte al rischio di non esserci nel mondo sono destinati al fallimento perché chiusi nello spazio angusto della sfera personale, non supportati da alcun tipo di orizzonte culturale.

“Nei manierismi e nelle stereotipie dell’agire la presenza in crisi si chiude in un miserabile regime di risparmio vuoto di valore: chiusa nelle rigide barriere protettive del ritualismo in quanto tale, essa «sta nell’esistenza senza starvi», poiché qualunque cosa accada essa contrappone all’accadere lo stare immobile nelle proprie iterazioni. Il rapporto col momento rituale della magia e della religione è soltanto apparente, perché nella magia e nella religione la ritualità dell’agire media, attraverso l’orizzonte mitico, una piena reintegrazione culturale, mentre le stereotipie, e i cerimonialismi della presenza malata, sostanzialmente chiusi nella loro vicenda privata si esauriscono in un vuoto tecnicismo dell’assenza, e perciò non si sollevano dalla crisi di oggettivazione, ma la ribadiscono e la aggravano” (E. De Martino, 1948).

CONCLUSIONI

Questa breve panoramica di alcuni studi sulla ritualità in chiave antropologica ci fa comprendere quanto il disturbo ossessivo compulsivo rappresenti un fenomeno che tocca tutti gli ambiti: intellettuale, emotivo, lavorativo, familiare e religioso. Sappiamo bene che le caratteristiche dell’ossessivo sono esasperazioni sia di comportamenti che di attitudini. Alcuni antropologi hanno affermato che tali esasperazioni emergevano più diffusamente nelle società cosiddette occidentali: sintomi di un modello comportamentale plasmato sotto le spinte normalizzanti delle forze sociali e delle ideologie dominanti nell’ Occidente industrializzato. Dalle prospettive antropologiche sui rituali presentate in questo lavoro emergono due

necessità: la prima è quella di considerare l'individuo afflitto da disturbi ossessivo-compulsivi una specie di "ribelle" che intende liberarsi dallo schiacciante senso di colpa attraverso il quale l'ordine sociale promuove il proprio standard normativo. Così all'ordine costituito egli oppone il proprio universo: la sua ossessione; al controllo dei corpi ed alla socializzazione delle funzioni corporee egli oppone il proprio controllo sul corpo: basti vedere l'anoressia, la bulimia, i lavaggi; ad una religione collettiva ne oppone una privata; al tempo lineare oppone il proprio tempo circolare fatto di azioni rituali; al primato della razionalità occidentale oppone il proprio pensiero magico ed onnipotente (Ascoli, 2002).

La seconda necessità rimanda alla postura scientifica di Ernesto De Martino, il cui merito è l'aver introdotto l'istanza storiografica nella psichiatria, facendo nascere la possibilità della utilizzazione del metodo psicoanalitico nell'etnologia e nella storia delle religioni: ponendo le basi di un dialogo e di un'intesa sempre più rilevanti e che oggi vanno con urgenza recuperati.

Bibliografia

- Aime M. Il primo libro di antropologia, Einaudi, Torino, 2008
- Ascoli S. Il disturbo ossessivo compulsivo. Riflessioni antropologiche sulla medicalizzazione del senso di colpa, Tesi di laurea in Antropologia non pubblicata, Università degli studi di Roma "La Sapienza", Facoltà di Lettere e Filosofia, anno accademico 2001/02
- Cazeneuve J. La sociologia del rito: il rito nella vita quotidiana, Il Saggiatore ed., Milano, 1974 (ed. or. 1971)
- De Martino E. Il mondo magico, Prolegomeni a una storia del magismo, Bollati Boringhieri, Torino 1973 (ed. or. 1948)
- De Martino E. La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali, Einaudi, Torino, 1977.
- De Martino E.: Scritti minori su religione marxismo e psicanalisi, a cura di R. Altamura e P. Ferretti, Nuove Edizioni Romane, Roma, 1993.
- Douglas M. Purezza e pericolo, Il Mulino, Bologna, 1975 (ed. or. 1966)
- Douglas M. I simboli naturali, Einaudi ed., Torino, 1979(ed. or. 1970).
- Durkheim E. Le forme elementari della vita religiosa, Edizioni di Comunità, Torino 1997 (ed. or. 1912).

- Eliade M. Il sacro e il profano, Bollati Boringhieri, Torino, 1984 (ed. or. 1965).
- Fabietti U & Remotti F (a cura di): Dizionario di Antropologia, Zanichelli ed., Bologna 1997.
- Freud S. Azioni ossessive e pratiche religiose, in: Ossessione, paranoia, perversione, Bollati Boringhieri, Torino 1978.
- Geertz C. Interpretazione di culture, Il Mulino, Bologna, 1987 (ed. or. 1973)
- Jervis G. Manuale di psichiatria, Jung CG. Psicologia e religione, Edizioni di Comunità, Milano 1977 (ed. or. 1940) Mauss M. Manuale di etnografia, Jaca Book, Milano, 1969 (ed. Or. 1947).
- Pasquinelli C. : Il ritorno del rito, in “ Problemi del socialismo”, 2, settembre – dicembre 1989.
- Reik T. Il rito religioso, Einaudi ed.,Torino 1949. Rivière C. I riti profani, Armando ed., Roma 1998. Rivière C. Liturgie politiche, RED ed., Como 1998.
- Turner V. Il processo rituale, Morcelliana, Brescia 2001(ed. or. 1969).
- Turner V. Simboli e momenti della comunità, Morcelliana, Brescia 1975 (ed. or. 1972).
- Van Gennep A. I riti di passaggio, Bollati Boringhieri, Torino 1988 (ed. or. 1909). Zadra D. Il tempo simbolico: la Liturgia della vita, Morcelliana, Brescia, 1985.

The in-discrete charm of the ritual. Anthropology and psychopathology in dialogue.

Abstract

The aim of this paper is to give a reading of impulsive obsessive disorders through an anthropological perspective of ritual studies.

Not considering the socio-cultural factors of the pathological phenomenon means placing the attention on the single symptom and not on a social and cultural world that generates the suffering of the individual. We all get sick and try to cure ourselves, but precisely because the idea that every society has the body and the idea of male, suffering and therapy can be understood in terms of a specific cultural framework.

Keywords: *Ritual / ritual; psychopathology; Anthropology; crisis of presence*

Corrispondenza

Prof.ssa Marina Brancato

Antropologa

Docente Giornalismo internazionale - Università L'Orientale degli
Studi di Napoli

Membro del direttivo EASA Media Anthropology Network

Mail: mbrancato@unior.it

Esperienze cliniche

DOC, UNA SOLA MALATTIA, PIÙ REALTÀ ESISTENZIALI:

DA “MICHAEL KOHLHAAS” A “LA MIGLIORE OFFERTA”, UN SECOLO DI CAMBIAMENTI PSICOPATOLOGICI

Dott.ssa Immacolata d’Errico

Psichiatra e Psicoterapeuta

RIASSUNTO

Questo lavoro è la traduzione della versione in lingua inglese del mio articolo: “OCD, one disorder, various existential realities: from “Michael Kohlhaas” to “La Migliore offerta”, psychopathological changes over a century” (Immacolata d’Errico, Psichiatria Danubina, 2014, supplemento 1, vol. 26, 66-70).

In quest’articolo vengono analizzati i cambiamenti psicopatologici occorsi in circa due secoli nell’ambito degli elementi psicopatologici che caratterizzano gli “ossessivi e le ossessioni” attraverso la caratterizzazione di vari personaggi in letteratura e in filmografia.

Heinrich von Kleist (inizi ‘800) ci presenta il personaggio di Michael Kohlhaas, tremendo e rigoroso ossessivo del ‘700; Franz Kafka (1919) ci presenta se stesso nel suo rapporto ambivalente con un padre rigido e sconcertante e una nuova modalità di essere “ossessivi”, la compiacenza logica.

Il regista Tornatore nel 2013 traccia le caratteristiche del personaggio Virgil Oldman dove il senso di incertezza legato al fallimento del proprio sistema di previsione/anticipazione dell’azione lo porta verso una depressione in quanto non in

grado di corrispondere al proprio sistema regolatore vissuto in termini di emozioni valutative.

Parole chiave: *DOC, Von Kleist, Kafka, Tornatore, psicopatologia degli ossessivi.*

La caratterizzazione dei personaggi in letteratura e in filmografia ci offre interessanti spunti di analisi psicopatologica. In “Michael Kohlhaas”, Heinrich von Kleist (nasce a Francoforte nel 1777, muore suicida il 21 novembre 1811) ci offre, attraverso le vicissitudini del protagonista, un’interessante descrizione dello stile di personalità tendente ai disturbi ossessivo-compulsivi (tDOC), stile che può tipicamente scompensare in Disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)(Arciero & Bondolfi, 2009).

In questo stile di personalità, il senso di sé è determinato dal mantenersi ancorato ad un sistema esterno di riferimento, che fornisce certezza e quindi stabilità. Il sistema è costitutivo e rappresenta la lente attraverso cui vedere se stesso, l’Altro, il Mondo. *“L’esser se stesso, cioè, corrisponde a un modo di sentirsi che si genera attraverso la conformità dell’esperienza in corso a un complesso di riferimenti impersonale. Che sia la legge oppure la religione, la morale oppure il metodo scientifico, il senso comune oppure la matematica, la composizione musicale o la struttura burocratica, l’analisi filosofica o la gerarchia militare, le convenzioni sociali o la biologia molecolare, la stabilità strutturale di questi sistemi di riferimento fornisce una singolare alterità...a cui conformarsi per sentirsi stabilmente situati”.* (Arciero & Bondolfi, 2009). In questa modalità di codeterminazione del sé centrata sull’aderenza continua a un ordine dato, l’Altro non ha valore in quanto tale, ma solo se inserito nel sistema. L’alterità di riferimento non è un’altra persona, è il sistema; è un’alterità impersonale. La relazione col mondo è sempre una relazione mediata (e imprescindibile) dal sistema.

Il funzionamento di questo stile di personalità è garantito dall’aderenza al sistema di riferimento. Ne deriva che l’alterazione del senso di sé e della stabilità personale è il risultato non dell’esperienza perturbante in

sé, ma della non coincidenza dell'esperienza col sistema. Lo vediamo molto bene nel protagonista del romanzo di Heinrich von Kleist.

“Sulle rive della Havel, intorno alla metà del sedicesimo secolo, viveva un mercante di cavalli, di nome Michael Kohlhaas, figlio di un maestro di scuola: uno degli uomini più probi e insieme più terribili del proprio tempo...ma il senso di giustizia lo trasformò in brigante ed assassino” (Von Kleist, 2003). Così l'autore ci introduce all'escalation di eventi che trasformeranno irrimediabilmente la tranquilla esistenza di quest'uomo. Un evento, un furto di cavalli da parte di un nobile, viene considerato da Kohlhaas un ignobile sopruso e accende in lui sete di giustizia e vendetta. Inizia un lungo percorso attraverso tutti i gradi di istanza legale; querele e procedimenti legislativi sono ormai l'unico suo interesse: *“aveva ormai perduto ogni interesse tanto per l'allevamento dei cavalli quanto per la casa e la fattoria e quasi quasi fin per la moglie e i figli”* (Von Kleist, 2003). Tutto da quel momento in poi entra in secondo piano nella sua vita, il resto non esiste più. Da bravo cittadino si trasformerà in un uomo sconsiderato e violento, giustificando le sue azioni secondo un suo criterio di “giustezza”, mentre sarà proprio il suo comportamento violento e criminale a violare quel senso di giustizia condiviso che tanto rivendica. Il suo percorso sarà accompagnato da lutti e devastazioni che si concluderanno solo con la sua pubblica esecuzione e morte. Ma la morte di Kohlhaas, in una piazza gremita che attende invano il miracolo della salvezza, non sembra un'esecuzione capitale, bensì un atto trionfale di un uomo che ha voluto sino in fondo la riaffermazione della giustizia, giustizia che gli verrà resa ma a prezzo della sua stessa vita.

L'evento del furto dei cavalli, che visto in sé potrebbe sembrare gestibile e ridimensionabile, diventa drammatico perché mette in discussione uno dei temi centrali della vita di questo personaggio: il senso di giustizia. Tutta la vita di Kohlhaas ruota intorno a questo sistema di riferimento che determina e regola tutta la sua condotta, il suo lavoro, l'educazione dei figli, la vita sociale. Questo evento, entrando in collisione con il sistema, determina una importante rottura nella vita di Michael. Nel momento in cui la certezza in questo suo sistema di riferimento viene messa in discussione, egli vi si aggrappa ancora di più, irrigidendosi sempre di più in questo modo di essere; con la conseguenza che rimarrà bloccato dall'incapacità di vedere altre possibilità di azione.

Avrebbe potuto riprendersi i cavalli, rimmetterli in sesto e ricominciare a lavorare. E invece si troverà a fare scelte sempre più sconsiderate: venderà le sue terre, metterà a rischio la vita della moglie, che morrà, e infine inizierà una vendetta fatta non più di querele, ma di armi, fuoco e violenza inaudita. Tante volte le circostanze lo hanno messo di fronte ad un bivio: fermarsi, accettare lo stato delle cose e continuare la propria vita oppure perseverare in quella lotta; lui ha sempre effettuato la seconda scelta, con una sorta di *“compiacenza interiore nel vedere che, nel proprio intimo l'ordine si era definitivamente fatto”* (Von Kleist, 2003).

Di primaria importanza, infatti, per Kohlhaas diventa, non la messa in discussione del sistema, ma il riacquistare la certezza di quel sistema, perché questo gli garantisce il controllo; la sua condotta, il suo accesso al mondo era sempre avvenuto attraverso l'ancoraggio a quel sistema di norme e valori. Senza, non riesce a gestire tra sé e sé la situazione, poiché senza quell'ancoraggio, l'esperienza gli diventa estranea: ed ecco che in questo rapporto non più mediato dal sistema di riferimento, l'Alterità, il Mondo lo mettono in scacco.

A causare scompenso quindi non è di per sé il fatto di avere un sistema di riferimento al quale conformarsi, ma la mancanza di flessibilità del sistema, l'incapacità di questo sistema rigido di integrare al suo interno le sfumature, incertezze e imperfezioni che la realtà necessariamente presenta; la pretesa di far rientrare la variabilità dell'esperienza umana in quel sistema (ordinato e impersonale), senza modificarlo né adeguarlo alla realtà.

È evidente dunque come sia il sistema a orientare la vita e non il contrario. Ma cosa permette di accedere al sistema e coordinare l'azione? Il pensiero: attraverso il pensiero viene garantita la corrispondenza tra sistema e azione; l'intelletto crea certezza. È nel dominio cognitivo - laddove si va a valutare la corrispondenza o meno dell'esperienza al sistema di riferimento - che si gioca il dominio emotivo: se l'atto viene spiegato in relazione al sistema (che ne coordina il senso), viene esperito un senso di affidabilità personale e di controllo e quindi di stabilità. La non corrispondenza tra la propria esperienza e il proprio sistema di senso, invece, disancora il sentire e l'agire, producendo incertezza, insicurezza e un sentimento di incompletezza.

Partendo da questi temi, analizziamo il film *“La migliore offerta”*, di Giuseppe Tornatore uscito nelle sale cinematografiche italiane nel 2013.

Virgil Oldman è un battitore d'aste algido e severo, di indiscussa fama, colto, elegante, eccentrico, che rifiuta qualsiasi contatto umano, indossa sempre un paio di guanti e non incrocia mai lo sguardo delle donne. Collezionista egli stesso, nel corso degli anni ha raccolto, con la complicità dell'amico Billy, un'imponente quantità di capolavori, ritratti femminili, che tiene stipati sulle pareti di una stanza blindata nell'ampia e solitaria abitazione. La sua esistenza procede lussuosa e ritirata fino a quando la telefonata di una giovane donna, Claire, che desidera una valutazione della proprietà ereditata dai genitori, ne sconvolge il precario equilibrio. A fronte di false promesse e scuse inconsistenti, la misteriosa ragazza fugge tutti gli appuntamenti, suscitando il dispetto e la curiosità dell'antiquario. Neppure il fedele custode della villa sembra averla mai vista; perché questa disperata ostinazione nel celarsi? La donna si svelerà poco a poco, attraverso una porta chiusa, dirà della propria vita e dell'agorafobia, patologia di cui è afflitta. Rivela di non uscire dalla villa da dodici anni. Oldman, deciso a fare chiarezza comincia a intrattenere con la giovane un rapporto sempre più intimo che diventerà in breve tempo un'ossessione. Ogni nuovo particolare incuriosisce e affascina Virgil, la cui unica esperienza in campo femminile e sentimentale è rappresentato dal possesso di costosissimi ritratti femminili; diventa sempre più malleabile e scomposto, spogliandosi pezzo dopo pezzo di quella corazza che sembra separarlo dal resto del mondo.

La valutazione delle opere d'arte della villa procede, ma ciò che continua ad affannare Oldman è l'identità nascosta della giovane abbiente. Dopo un acceso scambio di battute tra i due, Claire esce allo scoperto e si mostra a lui. Da quel momento Virgil non riesce più a gestire il rapporto gelidamente come aveva fatto fino ad allora e si libera confessandole il suo amore, un amore che sembra poi contraccambiato e si tramuta in una relazione segreta all'interno e poi anche al di fuori delle mura della casa. L'unico che è al corrente della vicenda è Robert, un giovane restauratore al quale Virgil si era affidato. Robert sembra preso dai racconti della coppia e mano a mano che il rapporto si solidifica, diventa amico fidato di Oldman, dandogli consigli su come approcciarsi a Claire. La storia decolla e Virgil comincia a trascurare i suoi importanti impegni di lavoro per dedicarsi interamente alla ragazza. Tutto sembra procedere come sperato, ma al ritorno da Londra, da

quella che sarà la sua ultima asta, ultimo traguardo verso il coronamento di una lunga e fortunata carriera, Oldman si scoprirà derubato. Tutta la sua collezione personale di dipinti originali, un patrimonio dal valore inestimabile, è sparita. Di Claire più nessuna notizia, del giovane Robert nemmeno e neanche del custode. Anche il suo vecchio amico Billy, fa parte del complotto.

Si reca nel locale antistante alla villa, per chiedere notizie della giovane donna, e vi trova una nana, idiot savant autistica e costretta su una sedia a rotelle, che gli rivela la propria identità: è lei la vera Claire, l'autentica proprietaria della villa, che gli dice di affittare sovente a quelli che crede produttori cinematografici. Virgil, sconvolto da tutti questi eventi, cade in un torpore dei sensi. Rimane molte settimane in uno stato catatonico, sdraiato su un letto o sprofondato in una poltrona dell'Istituto di neurologia dove i suoi assistenti lo ricoverano. Niente e nessuno riesce a destare la sua attenzione, completamente assorto in immagini che non lo avrebbero mai abbandonato. Il desiderio fortissimo di rivedere Claire, tuttavia, riesce a risollevarlo lentamente il battitore d'asta da quella sorta di pietrificazione della coscienza. Quando viene dimesso dalla clinica, cerca di dirigersi verso il commissariato di polizia, ma non entra, si ferma lì e ritorna sui suoi passi. Dopo aver passato molte giornate a casa chiamando ripetutamente al telefono la donna amata, prende una decisione. Scommettendo sulla possibile realtà della propria tipica asserzione "*in ogni falso si nasconde sempre un elemento di verità*", sulla frase della ragazza "*qualunque cosa succeda il mio amore è vero*" e dunque sulla veridicità del legame di Claire con un certo caffè a Praga, Virgil parte per Praga, dove affitta un appartamento nella piazza dell'orologio descritta da lei. Nonostante tutto, Virgil ha conosciuto il vero amore e resterà ad aspettarlo al Night and Day, il locale di cui lei gli aveva parlato come una cosa per lei speciale, forse il frammento di verità sfuggito nella finzione.

Per comprendere questo film bisogna partire dal concetto che la personalità ossessiva è centrata sull'azione, e questo spiega un modo di emozionarsi, di essere e scompensarsi. Dietro un'azione (comportamento ecc.) esiste, come già detto, tutto un sistema di riferimento che determina quell'azione e la correttezza di quell'azione. Un'azione è corretta solo se risponde perfettamente ai criteri che

l'hanno generata, altrimenti se non c'è più coerenza nel sistema avviene lo scompenso.

L'azione ha due caratteristiche: deve essere anticipabile e spiegabile. Il non riuscire ad anticipare le sequele d'azioni e il non riuscire a spiegarsi gli accadimenti attivano un sistema valutativo di sé in relazione solo a sé; il non essere stati in grado di corrispondere al proprio sistema regolatore viene vissuto in termini di emozioni valutative: colpa, vergogna, fallimento, inadeguatezza, inaffidabilità e in totale assunzione di responsabilità di quell'atto. Da qui l'uscita psicopatologica della depressione maggiore come in Virgil. Depressione non solo legata alla perdita dell'oggetto d'amore (Claire) ma soprattutto all'assunzione di responsabilità di quanto accaduto. Virgil non è stato in grado di vedere, prevedere, anticipare la sequela di azioni che ha portato al furto dei ritratti e di questo se ne assume la responsabilità. Infatti staziona davanti il commissariato di polizia ma non vi entra. Non avrebbe senso entrarci, perché non è distrutto dalla perdita dei ritratti ma dal senso di totale inaffidabilità personale. Come dicevamo prima per Michael Kohlhaas, ad essere impattante non è l'esperienza in sé, ma il senso di incertezza, che in questo caso deriva dal fallimento del proprio sistema di previsione/anticipazione dell'azione e quindi di tutte le possibilità.

Abbiamo quindi posto l'accento su due aspetti tipici dello stile di personalità ossessivo: l'impersonalità del sistema di coordinate cui autori-ferirsi e il senso di responsabilità e di attribuzione a sé.

Ora attraverso l'analisi di un altro testo letterario, scritto nel 1919, Lettera al padre di Franz Kafka scopriamo un nuovo aspetto, che la letteratura scientifica attuale definisce "compiacenza logica", in cui la faccenda del sistema di riferimento è contemporanea alla faccenda della relazione con l'altro che incarna, personifica quel sistema di riferimento. Facciamo una premessa: a partire dalla fine del XIX secolo avvengono una serie di cambiamenti tecnologici (ferrovie, telegrafo, telefono, cinema, ecc.) che hanno impattato fortemente l'esperienza umana di essere sé e che hanno segnato la differenza tra modernità e post-modernità. Cambiamenti che, imprimendo al mondo una velocità nuova, hanno modificato il senso del tempo e dello spazio con conseguente variazione del modo con cui l'individuo costruisce la sua esperienza. La necessità di adeguarsi alla velocità del mondo, per cogliere subito il

sensu degli eventi e rispondervi tempestivamente, costringe l'uomo post-moderno a rivolgere lo sguardo verso l'esterno. La velocità ha frantumato il modo in cui l'uomo moderno era abituato a darsi senso e ha costretto l'uomo post-moderno a ristrutturarsi e adattarsi. La velocità con la quale si è chiamati ad agganciarsi ai diversi riferimenti esterni ha reso l'identità discontinua, cosa caratterizzante la post-modernità. In realtà l'etero-direzione nel rapporto tra l'uomo e la società di riferimento è sempre esistita. Non è una novità che l'uomo sia sempre immerso nella relazione con l'altro; la differenza è che prima il contesto esterno di riferimento era più fisso ed ancorato a salde relazioni intrecciate storicamente, da cui l'identità con aspetti di permanenza.

Negli anni '50 David Riesman comprese per primo questo cambiamento che portò nell'Occidente allo sviluppo di un nuovo "carattere sociale" che definì etero-diretto (other-directed type): un individuo che modella il proprio sentire e agire sui mutevoli segnali esterni, come fosse orientato da un radar. L'elemento distintivo di questo nuovo modo di conformarsi alla società è la sensibilità a cogliere i segnali provenienti dall'esterno.

Solo all'interno di questa cornice socio-culturale possiamo comprendere i racconti di Kafka e la maggior parte degli ossessivi attuali. Lettera al padre ripercorre la storia di un rapporto squilibrato tra un padre troppo forte, quasi tirannico, che incarna l'autorità assoluta, e un figlio debole, in cui il senso di colpa, di vergogna e d'incertezza e inadeguatezza diventano dei tratti stabili di un modo di essere. Un modo d'essere in cui il personaggio/figlio non riesce a liberarsi dell'Altro/padre, che incarna stabilmente un sistema di valori attraverso cui il figlio si co-definisce. *"Carissimo padre, di recente mi hai domandato perché mai sostengo di aver paura di te. Come al solito, non ho saputo risponderti niente, in parte proprio per la paura che ho di te, in parte perché questa paura si fonda su una quantità tale di dettagli che parlando non saprei coordinarli neppure passabilmente. E se anche tento di risponderti per iscritto, il mio tentativo sarà necessariamente assai incompleto, sia perché anche nello scrivere mi sono d'ostacolo la paura che ho di te e le conseguenze, sia perché la vastità del materiale supera di gran lunga la mia memoria e il mio intelletto."...* *"Quando poi uscivamo tra la gente e tu mi tenevi per mano, uno scheletrino, malsicuro, a piedi nudi sul tavolato, impaurito di fronte all'acqua, incapace di imitare i movimenti di nuoto che*

tu insistevi a illustrarmi con le migliori intenzioni, ma in realtà facendomi vergognare sempre di più, allora cadevo in preda alla disperazione e in quegli istanti tutte le mie esperienze negative in tutti i campi trovavano una spaventosa conferma. Il sollievo maggiore lo provavo quando a volte ti spogliavi per primo e io potevo restare solo in cabina e differire la vergogna della mia comparsa in pubblico, fin quando venivi a vedere dove mi fossi cacciato e mi trascinavi fuori.”(Kafka, 2014).

Ogni volta che Franz è entusiasta di un’esperienza e cerca di condividerla, la reazione del genitore è sempre la stessa: sufficienza (*ho visto di meglio*), sarcasmo (*se i tuoi pensieri son tutti qui*) fastidio (*ho altro per la testa io*).

È sufficiente che Franz esprima simpatia, ammirazione o anche semplice interesse per qualcuno ed ecco che il padre è già pronto a caricare quella persona di insulti, calunnie e denigrazioni senza alcun rispetto per il giudizio del figlio.

“Tutte le idee apparentemente sottratte alla tua dipendenza erano fin da principio gravate dal tuo giudizio negativo; e reggere questa situazione fino a manifestare un pensiero in maniera completa e compiuta era quasi impossibile. Non parlo di pensieri particolarmente elevati, ma di una qualsiasi piccola iniziativa infantile. Bastava essere felici per una cosa qualunque, esserne presi, tornare a casa, raccontarla, e la risposta era un sospiro ironico, un crollare la testa, un tambureggiare con le dita sul tavolo: «Ho visto di meglio», oppure «Se i tuoi pensieri sono tutti qui», oppure «Ho ben altro per la testa, io», a anche «E che te ne fai?», o infine «Senti un po’ che avvenimento!».” ... “Naturalmente nessuno pretendeva che ti entusiasmassi per ogni sciocchezza infantile quando avevi le tue preoccupazioni. Non si tratta di questo. Si trattava della delusione che tu infliggevi al bambino sempre e per principio, spinto dal tuo carattere contraddittorio, e inoltre questo spirito di contraddizione si rafforzava incessantemente con l’accumularsi dei motivi che lo provocavano, cosicché alla fine si imponeva come qualcosa di abituale, anche quando, per una volta, eri della mia stessa idea; inoltre le delusioni patite dal bambino non erano delusioni qualsiasi, ma colpivano in profondità giacché provenivano da te, l’autorità suprema. Il coraggio, la decisione, la fiducia, la gioia per questo o per quello non resistevano fino in fondo se tu eri contrario o anche solo se la tua contrarietà era prevedibile; e del resto era prevedibile per la quasi totalità delle mie azioni.” (Kafka, 2014)

Schiacciato dalla personalità del padre, Kafka finisce per diventare insicuro: *“ probabilmente sarei diventato un uomo poco socievole e ansioso, ma da*

questo al punto in cui sono arrivato il percorso è ben più lungo e oscuro...avevo perso la fiducia in me stesso sostituendola con un immenso senso di colpa?

Il matrimonio diventa per Kafka lo strumento con il quale tentare di conquistare l'indipendenza.

“Una garanzia di liberazione assoluta, di indipendenza”, il simbolo della parità raggiunta con il padre: “Io avrei una famiglia, vale a dire la meta più alta che a mio avviso si possa raggiungere, una meta che tu hai raggiunto, e quindi saremmo alla pari” (Kafka, 2014). Matrimonio che non avverrà mai, come pure il suo affrancarsi dal supremo giudizio paterno.

Come possiamo ben vedere dai numerosi brani tratti dal testo, l'Altro, il padre, viene visto come una fonte di autorevolezza che incarna una serie di sistemi di valori con cui coincidere e a cui corrispondere, ma anche, contemporaneamente, come un centro da cui demarcarsi per definirsi, per distinguersi, per non sentirsi schiacciato. Tanto l'autonomia da, tanto la vicinanza a questo padre diventano impossibili. E qui, in questa condizione kafkiana, la demarcazione per la troppa invasività dell'Altro avviene per opposizione, induce senso di colpa o vergogna (connesse alla valutazione morale di sé), indegnità (legata all'oppositività) poiché l'Altro è anche un sistema di consenso a cui aderire. Ed ogni condizione che non coincide con quei principi, genera un senso di incertezza che può prendere la forma di dubbio (e quindi indecisione), ma anche di autocommiserazione. Ne deriva un'immobilità che può portare ad una focalizzazione sul corpo (sul quale tentano di ricentrarsi), dando luogo a disturbi alimentari, ma anche ipocondriaci, dismorfofobici, tricotillomanici o altri comportamenti auto lesivi (grattarsi la pelle, graffiarsi, ferirsi, ecc). Ma di tutto questo qui non ci occuperemo!

Bibliografia

- Arciero G. & Bondolfi G. *Selfhood, Identity and Personality Styles*. Blackwell Pub, 2010
- Arciero G.& Bondolfi G.: *Sé, Identità e Stili di Personalità*, Bollati Boringhieri, 2012
- Kafka F. *Lettera al padre*, Giulio Einaudi Editore, Torino, 2014
- Kern S. *The culture of Time and Space*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 1983.

Riesman D. *The Lonely Crowd*, Yale University Press, New Haven and London, 1961

Riesman D. *La folla solitaria*, Società Editrice Il Mulino, 2009

Von Kleist H. *Michael Kohlhaas (bilingual edition)*, Marsilio Editori, 2003

OCD, one disorder, various existential realities: from “Michael Kohlhaas” to “La Migliore offerta”, psychopathological changes over a century.

Abstract

This article analyzes the psychopathological changes through two centuries within the psychopathological elements that characterize the “obsessives and obsessions” through the characterization of various characters in literature and filmography. Heinrich von Kleist (early ‘800) presents the character of Michael Kohlhaas, tremendous and rigorous obsessive of the ‘700; Franz Kafka (1919) presents himself in his ambivalent relationship with a rigid and defiant father and a new way of being “obsessive”, the logical complacency. The director Tornatore in 2013 traces the characteristics of Virgil Oldman where the sense of uncertainty related to the failure of his system of forecasting/ anticipation of the action leads him to a depression as not able to correspond to his regulatory system lived in terms of evaluative emotions.

Keywords: OCD, Von Kleist, Kafka, Tornatore

Corrispondenza

Dott.ssa Immacolata d’Errico

Psichiatra, psicoterapeuta costruttivista post-razionalista, in libera professione, Bari

Mail: immalibera@gmail.com

LE PRIGIONI DELLA MENTE

Dott.ssa Maria Rosaria Juli

Psicologa Psicoterapeuta

È preferibile un cibo anche un po' nocivo ma gradevole, a un cibo indiscutibilmente sano ma sgradevole. (Ippocrate)

RIASSUNTO

Riconosciuta in ambito psicologico – psichiatrico ed identificata negli anni novanta dal medico statunitense Steve Bratman, l'Ortoressia, letteralmente ossessione per i cibi sani, è un disturbo che fotografa la nostra epoca. Gli esperti ritengono che si sia diffusa notevolmente a causa delle strategie di marketing che si sono sviluppate intorno ai cibi considerati biologici e i blog che propongono consigli alimentari.

Chi è affetto da Ortoressia spesso si presenta come un esperto di nutrizione, ma in realtà spesso le informazioni che ha sono confuse ed erranee.

La giornata di un ortoressico è completamente concentrata sulla scelta dei cibi, ogni pasto è progettato in modo dettagliato; non si è più liberi di uscire perché si ha paura di ricevere contaminazione, non si condividono momenti sociali, l'ansia per quello che si sceglie è forte.

L'ortoressico può arrivare ad una vera e propria esaltazione mistica dell'alimentazione, e il fatto di sentirsi puro e pulito dentro gli fa credere di essere superiore a coloro che mangiano di tutto (Donnini et al., 2004).

L'ortoressia in sé rappresenta un disturbo secondario, in realtà alla radice ci sono altri problemi di natura relazionale e multifattoriale che si manifestano in questo modo.

È importante capire i segnali, riconoscerli ed affidarsi a professionisti esperti.

Parole chiave: *Ortoressia, Disturbi alimentari, mangiare sano*

Oggi il cibo è oggetto di interesse sociale su cui possiamo trovare le più svariate informazioni, ma queste non sono sempre vere, da ciò si può creare una propria idea sull'alimentazione su cosa è meglio o no mangiare. Le persone si interessano, fotografano, gareggiano con il cibo e questo permette alle nuove generazioni di entrare in contatto con il cibo in maniera differente, soprattutto i giovani sono succubi perché rischiano di credere che una notizia postata on line ha più probabilità di essere vera. L'attenzione al mangiar sano infatti può trasformarsi in una patologia nervosa, che spinge le persone ad adottare diete sempre più rigide e restrittive, sino a eliminare intere categorie di cibi, anche quelli essenziali per una alimentazione equilibrata. L'ossessione per il cibo può manifestarsi anche in forme e modalità ancora poco conosciute. Il problema di mangiar sano non è di per sé negativo, ma quando l'idea è portata all'eccesso e di conseguenza assistiamo a comportamenti eccessivi nei riguardi dell'alimentazione, li dobbiamo attenzionarci.

Ortoressia nervosa significa, letteralmente ossessione per i cibi sani dal greco "orthos" sano, giusto, "orexis" appetito e nervosa nel senso di patologica. E' una patologia riconosciuta dai clinici ma non ancora inserita come categoria diagnostica nel manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSMV), su tre milioni di italiani che oggi sono ammalati circa il 15% di essi, ha un quadro diagnostico con caratteristiche tipiche dell'ortoressia: perdita di peso, fobie sui cibi, ritiro sociale. Questa nuova forma ossessiva sta raggiungendo una diffusione tale che rischia di diventare l'ultima arrivata tra le molteplici declinazioni dei Disturbi Alimentari.

Una grossa difficoltà è il riconoscimento, le persone che soffrono non si sentono affatto malate, sono le persone che stanno a fianco che notano i cambiamenti; la sana alimentazione è un obiettivo di tutti, vale come fattore di prevenzione per i disturbi della condotta alimentare, ma quando si vive in una forte tensione ansiosa per programmare i pasti e soprattutto nella scelta degli alimenti questo può diventare una vera e propria compulsione invasiva su più fronti. Non ci sono ricerche onnicomprensive in merito con criteri diagnostici stabiliti, ma i clinici sono d'accordo nel considerare l'Ortoressia un disturbo evitante-restrittivo, spesso secondario a problemi familiari o ad altre difficoltà, l'eziologia è multifattoriale.

Steve Bratman, in un libro pubblicato qualche anno fa dal titolo "Health Food Junkies" in cui l'autore ha evidenziato questa nuova dipendenza da cibo, scrive: *"Tutti sanno che mangiare sano fa bene, ma un numero sorprendente di persone ha cominciato a farlo in modo ossessivo. Ed è qui che comincia la malattia"*.

Il libro di Bratman che contiene cenni autobiografici, ci racconta che il medico, specializzato in medicina alternativa, era diventato egli stesso ortoressico, al punto da imporsi pratiche e rituali eccentrici consumava infatti i pasti in assoluto silenzio, non ingeriva verdure che fossero state colte più di quindici minuti prima, masticava il boccone più di cinquanta volte prima di ingerirlo, si alzava da tavola sempre prima che il suo stomaco fosse sazio. Mangiare cibi non controllati o secondo modalità diverse da quelle che si era imposto poteva scatenare in lui vere e proprie fobie, come quella di contrarre malattie mortali. Si tratta di pensieri di controllo serrato (una vera e propria compulsione) invasiva sulla libertà della vita quotidiana che limitano la possibilità di scelta dei cibi e le relazioni con gli altri. Le caratteristiche principali di un soggetto ortoressico sono: vivere lo stato di ansia nello scegliere gli alimenti, (è un inquinamento informativo che porta ad un condizionamento nella scelta dei cibi); pensare al cibo per più di tre ore al giorno, pianificare nel dettaglio anche i menù del giorno successivo, mangiare ciò che è ritenuto sano indipendentemente dal suo sapore, assistere a una riduzione della qualità della propria vita a mano a mano che aumenta la qualità della dieta, diventare più rigidi verso sé stessi, sovrastimarsi grazie a ciò che si mangia, disprezzare le persone che non seguono un regime alimentare simile al proprio, rinunciare al cibo che si preferisce per mangiare quello

più giusto, attenersi ad una dieta che rende difficile consumare pasti fuori casa, sentirsi in colpa e disprezzarsi se si mangiano cibi che non rientrano nei canoni della dieta abituale e infine, avere il controllo di sé stessi soltanto se si mangia nel modo ritenuto corretto.

Tutte le preoccupazioni dell'ortoressia riguardano la qualità del cibo, cioè la preoccupazione che il cibo non sia abbastanza sano, che sia sporco, contaminato o addirittura impuro; la persona ortoressica, pur non sviluppando un Disturbo alimentare, sviluppa alcuni concetti che fanno pensare a difficoltà alimentari classiche (anoressia e bulimia) come ad esempio: evitare pranzi e cene sociali, sensi di colpa quando si trasgredisce la dieta, necessità di programmare ogni pasto, paura di contaminare il proprio corpo, disgusto nel riempire il proprio corpo con sostanze ritenute non naturali, difficoltà di confronto con chi non condivide le proprie idee sul cibo, pensare che il cibo non sia fonte di piacere, necessità di conoscere ogni singolo alimento che si ingerisce. Altro aspetto è la privazione del piacere del cibo sia la difficoltà ad esplorarne nuovi a differenza di altri disturbi è maggiormente presente nei soggetti maschili ed è diffuso nelle grandi città. Le conseguenze a cui un soggetto ortoressico è esposto a seguito di una drastica riduzione di vitamine e Sali minerali, può essere l'avitaminosi, l'aterosclerosi, associato spesso a stress psicologico, con sensi di colpa, ansia depressione e fobie, è facilmente comprensibile che tutto questo comporta un ritiro sociale importante. Inoltre potrebbero verificarsi complicanze osservabili anche nell'anoressia nervosa.

Restrizioni dietetiche e mode alimentari che promettono lunga vita e promesse di bellezza, possono essere dei fattori predisponenti all'insorgere di un disturbo della condotta alimentare. È consigliabile nei casi più gravi rivolgersi a clinici specializzati, nei casi meno gravi se una persona è consapevole di ciò che le sta accadendo potrebbe essere utile introdurre violazioni giornaliere (alimenti diversi da quelli stabiliti), accettare piccole novità, scegliere un ristorante diverso ed avvicinarsi ad uno stile di vita corretto raggiungendo il peso naturale senza doverlo manipolare. Bratman ha ideato un test costituito da 10 domande di cui il clinico potrebbe servirsi per accertare la presenza di un disturbo ortoressico, da considerarsi positivo in presenza di almeno quattro risposte.

È doveroso sottolineare che oggi grazie all'esistenza di centri specializzati sparsi per l'Italia ed il lavoro di rete tra clinici dai disturbi alimentari si può guarire; è fondamentale chiedere aiuto alle persone vicine, ricordo l'esistenza del numero verde del ministero della Salute che dà informazioni in merito ai centri di cura e fornisce supporto telefonico h24 dal lunedì al venerdì (tel. 800180969).

Ringraziamenti: Traduzione a cura di Amy Lucinda Jones, BA Hons in Languages, University of Reading, UK

Bibliografia

American Psychiatric Association, Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali, DSM V, Raffaello Cortina Editore, 2014.

Bratman S, Knight D. Health food junkies. Orthorexia Nervosa: overcoming the obsession with healthful heating. New York, NY: Broadway Books, 2001.

Donnini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorder*, 2004.

Gordon RA Anorexia e Bulimia: anatomia di un'epidemia sociale. Trad.it. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1991.

Hellas Cena. Filosofie e mode alimentari come induttori di patologia alimentare. Atti del convegno "Nuove frontiere della competenza nutrizionale. Razionale terapeutico e integrazione interdisciplinare nei disturbi dell'alimentazione e del peso". Bologna, 2006.

The prisons of the mind.

Abstract

Recognised in the psychological-psychiatric field and identified in the 1990s by American doctor Steve Bratman, 'Orthorexia', (literally an obsession with healthy food), is a disorder which reflects our era. Experts believe that it spread notably due to marketing strategies that developed around food which is considered organic, as

well as blogs which offer nutritional advice. Often, those affected by orthorexia present themselves as a nutrition expert, but in reality, the information he or she has is often confused and incorrect. A typical day of an orthorexic is completely focused on food choices; every meal is planned in detail; they are no longer free to go out due to fear of contamination, they don't socialize and the anxiety regarding the choices they make is strong. The orthorexic can reach a true mystical elation regarding their diet, and the idea of feeling pure and clean inside can make the subject think they are superior to those who simply eat as they wish. (Donnini et al., 2004). Orthorexia itself represents a secondary disorder; in reality, at the root of this there are other problems, which could be multifactorial and which could concern relationships, and they present themselves in this particular way. It is important to understand and recognize the signals and trust in professional experts.

Keywords: *orthorexia, eating disorders, healthy eating*

Corrispondenza

Dott.ssa Maria Rosaria Juli
Psicologa Psicoterapeuta

CIBOMANIA: PASSIONI ED OSSESSIONI ALIMENTARI CONTEMPORANEE

Dott.ssa Barbara Felisio
Psicologa -Psicoterapeuta

“Mangiare è indubbiamente un’attività biologica, ma anche un atto simbolico, un atto comunicativo, un comportamento culturale, un’affermazione d’identità.”
(C. Fischeler)

RIASSUNTO

Nella società contemporanea il cibo è “sulla bocca di tutti”, ma mentre alcuni la spalancano ad esso, altri invece la serrano e altri ancora, la aprono e la chiudono a seconda del regime alimentare a cui aderiscono. Tra filosofie, salutismi, scelte etiche, mode e regimi alimentari, il cibo è diventato un mito moderno, inducendo molti a scegliere una tendenza alimentare specifica e ad identificarsi in essa.

Quali sono i vantaggi di tale scelta? Quali sono i rischi? Quali sono le opportunità? Quando e quanto queste nuove tendenze alimentari ignorano i reali bisogni organici e quando invece li nutrono? Quando e quanto queste scelte alimentari sono frutto di una scelta consapevole, libera e responsabile? Quando invece rappresentano l’epifenomeno di bisogni psicologici e sociali inappagati o “mal

nutriti”? Possiamo considerare la passione per una sana alimentazione come sintomatica di tratti dello spettro ossessivo-compulsivo?

Parole chiave: *Ortoressia, disturbo ossessivo, mode alimentari*

NUOVI MITI E RITI ALIMENTARI DEL NOSTRO TEMPO

Nella società contemporanea il cibo è “sulla bocca di tutti”, ma mentre alcuni la spalancano ad esso, altri invece la serrano e altri ancora, la aprono e la chiudono a seconda del regime alimentare a cui aderiscono. Tra filosofie, salutismi, scelte etiche, mode e regimi alimentari, il cibo è diventato un mito moderno, inducendo molti a scegliere una tendenza alimentare specifica e ad identificarsi in essa.

Quali sono i vantaggi di tale scelta? Quali sono i rischi? Quali sono le opportunità? Quando e quanto queste nuove tendenze alimentari ignorano i reali bisogni organici e quando invece li nutrono? Quando e quanto queste scelte alimentari sono frutto di una scelta consapevole, libera e responsabile? Quando invece rappresentano l’epifenomeno di bisogni psicologici e sociali inappagati o “mal nutriti”?

Attualmente, definire onnivoro un essere umano risulta esatto solo per la comunità scientifica, mentre è ritenuta una definizione sacrilega per i discepoli delle più svariate credenze alimentari in auge nel nostro momento storico. A tale definizione, infatti, si oppongono strenuamente i vegetariani, i vegani, i macrobiotici, i lattofobi, i crudisti, i sushisti, i no gluten, i fruttivori, i carnivori ecc., ovvero tutti coloro che dell’esclusione di alcuni alimenti dalla loro dieta o della esaltazione di uno in particolare o di alcuni di essi, ne fanno una ragion d’essere e non solo di benessere.

Il pensiero del cibo è dunque dominante nella società contemporanea, è una sorta di passione/ossessione collettiva che culmina nella ritualità del conteggio delle calorie o della esclusione/inclusione dell’alimento ideale, in quanto pratica salvifica, dalla propria dieta, laddove per dieta si intende divieto, proibizione, rinuncia, col risultato di sottrarre al cibo la

sua dimensione di piacere, il suo valore di convivialità e di scambio. La parola *dieta*, dal greco *diaita* “arte di vivere” o, come diremmo oggi, “stile di vita”, è dunque privata del suo significato etimologico poiché essa non contempla più l’armonia del vivere, la ricerca dell’equilibrio tra l’opulenza e la sobrietà come nella vita così nel cibo.

È proprio “l’arte di vivere” che la contemporaneità ha smarrito e tali filosofie, ideologie, regimi sono il frutto di un tempo in cui l’equilibrio è perduto e ad esso si sostituisce il caos a cui, per alcuni, si può sopravvivere attraverso un rigido controllo di sé e di ciò che li circonda. Vigilando inflessibilmente su ciò che ingeriscono, hanno, insomma, l’illusione di gestire anche il resto ovvero la complessità sfuggente della realtà. Il controllo ossessivo degli alimenti diviene dunque il surrogato consolatorio del controllo della evanescente realtà dentro e fuori di noi. In fondo è più semplice cambiare dieta che cambiare se stessi o il mondo! In un tempo di profonda incertezza sociale, culturale ed individuale, ricominciare dal cibo, significa ripartire dalle origini, esprime il bisogno di ricominciare da sé, da ciò che di sé si può, più o meno illusoriamente, controllare. E’ indice di un forte bisogno di riappropriarsi di sé, di definire o ridefinire la propria identità smarrita tra le maglie assai sgranate del tessuto sociale, familiare, culturale. Se l’identità è caotica, dissolta o mai costituitasi, se la società è avara di relazioni “nutrienti” da cui ne deriva un’amara solitudine, non resta che investire sul corpo. Esso va costantemente preservato attraverso un’alimentazione salutare allo scopo di sottrarlo il più possibile al suo destino mortale. Privare ossessivamente l’alimentazione da nutrienti ritenuti nocivi o arricchirla, anche in modo eccessivo, di quelli ritenuti “miracolosi”, rappresenta, per i seguaci delle filosofie alimentari salutiste, il “passe partout” per la salvezza del corpo, ovvero di sé stessi, o meglio, il modo per fugare il terrore della morte e dell’incertezza di vivere in un mondo “liquido” nel quale si è esposti costantemente al rischio della inesistenza.

Il corpo, quindi, è trattato come un simulacro da venerare il cui appassionato culto salutista, non di rado, rasenta l’ossessività. Il corpo è contemporaneamente accudito e negato. Ci si prende cura di esso attraverso un’attenzione quasi sacrale all’alimentazione, e al contempo lo si ignora, lo si anestetizza, al fine più o meno inconsapevole, di negarne i bisogni reali, come del resto accade quando lo si sottopone a

regimi alimentari rigidamente selettivi o restrittivi altrimenti insostenibili.

AL DI LÀ DEI MITI E RITI ALIMENTARI

Possiamo considerare questa passione per una sana alimentazione come sintomatica di tratti dello spettro ossessivo-compulsivo?

Possiamo considerare queste identificazioni con le filosofie alimentari come forme di compensazione di problematiche proprie di strutture di personalità ossessive-compulsive o tendenzialmente tali? Molti segni, molti simboli, molte dinamiche intrapsichiche ed intersoggettive tipiche dei salutisti fanno propendere per una risposta affermativa a tali domande. Pensare frequentemente al cibo salutare può rasentare la meccanicità, la persistenza del pensiero ossessivo. Pesare i cibi, verificarne costantemente le eventuali origini “bio”, comporta un impiego di energie tali da allontanare lo “sguardo” da sé per porlo al di fuori di sé, su qualcosa di più governabile appagando così il bisogno di controllo, tipico dell’ossessivo, e di scarica proprio dell’azione compulsiva. Indugiare nel disquisire meticolosamente circa l’affidabilità di un alimento rispetto ad un altro, solleva dall’angoscia di definire se fidarsi o meno di se stessi, tratto di senso più profondo di una struttura ossessiva-compulsiva o tendente ad essa. Decidere di mangiare solo frutta, di escludere la carne dai propri pasti o di includere integratori vegetali nella propria dieta ecc..., fa sentire disciplinati e capaci di scegliere laddove invece si è in preda alla sospensione del libero arbitrio propria di un soggetto ossessivo-compulsivo o tendenzialmente tale, che attraverso la ruminazione del pensiero e la ritualità della compulsione, rinuncia a ogni atto di scelta responsabile. Preparare costantemente cibo salutare da mangiare può “nutrire” il bisogno di sentirsi concreti che nella vita non si riesce a realizzare, anche questo, tratto disperante della prigione “abitata” dai pazienti ossessivi-compulsivi.

Possiamo dunque ritenere che le “comunità” vegane, no gluten, crudiste, fruttariane ecc.. siano popolate da persone i cui comportamenti, le cui rigidità di pensiero, le cui difficoltà emotivo-corporee trovano rifugio e accoglienza nell’adesione a tali filosofie? Ovviamente fatta eccezione per gli autentici, equilibrati e sani

appassionati, la risposta a tale domanda è spesso affermativa e non di rado tali soggetti incorrono in derive patologiche slatentizzate proprio dalla estremizzazione dell'osservanza ai principi delle filosofie/ideologie alimentari di cui sono adepti.

Inoltre, spesso, la natura integralista di tali regimi alimentari non risparmia neanche coloro che, avvicinandosi ad essi col desiderio di approcciare a norme alimentari più salutari, smarriscono il senso dell'equilibrio, sconfinando nella patologia.

POSSIBILI EFFETTI COLLATERALI: L' ORTORESSIA

La fissazione insana del mangiar sano si definisce ortoressia (dal greco, *orthos: corretto; orexis: appetito*). Ovvero l'ossessione del mangiar corretto, ortodosso.

Questa patologia determina un grande paradosso: ci si ammala a furia di mangiar sano! È la passione per la sana alimentazione sfociata in una forma di integralismo/fanatismo alimentare. Ci si ammala quando il controllo di ciò che si mangia, diviene talmente rigido che il cibo, non più scelto in base al reale bisogno nutrizionale dell'organismo, ma in base alle credenze ossessive, alle conoscenze superficiali circa le corrette regole alimentari, non nutre più, bensì "avvelena". La mente, non più riflessiva, impoverita della sua capacità critica, risponde solo all'imperativo ossessivo del mangiar sano, puro, incontaminato. L'ossessione, a questo punto è tale da governare le azioni del soggetto, da sovrastarne la volontà e da comportare conseguenze nella sfera della salute fisica, psicologica e sociale.

Secondo i dati diffusi dal Ministero Italiano della Salute per i disturbi alimentari, attualmente, le persone affette da ortoressia sarebbero 300 mila in Italia con una prevalenza maggiore tra gli uomini piuttosto che tra le donne. La maggior diffusione nel sesso maschile può spiegarsi con il proliferare di stereotipi culturali legati alla forma fisica maschile, e trova un interessante parallelismo nella corrispondente diffusione della vigoressia, o preoccupazione cronica di non avere un corpo sufficientemente muscoloso, prevalente tra i maschi.

Secondo Steven Bratman, il primo, nel 1997, a coniare il termine, tra i comportamenti tipici presenti nel disturbo, vi sono: lo spendere più di

tre ore al giorno a pensare al cibo, selezionandolo per i benefici sulla salute, il sentirsi in colpa qualora non si segua la dieta abituale, il sentirsi padroni di se stessi solo se si mangia nel modo ritenuto corretto.

Tutti fattori che permettono di collocare l'ortoressia nella categoria delle nuove dipendenze a carattere ossessivo-compulsivo e distinguerla da altre patologie poiché la fissazione dell'ortoressico è relativa alla qualità, più che alla quantità del cibo ingerito, così come accade nell'anoressia/bulimia, di cui l'ortoressia è "parente stretta". Inoltre esse differiscono per lo scopo iniziale, nell'anoressia/bulimia l'obiettivo è la perdita di peso, il dimagrimento, non la salute del corpo, al contrario, una persona con ortoressia è ossessionata dal definire e mantenere la dieta perfetta, piuttosto che dal perseguire un peso ideale. Ortoressia e anoressia, invece, condividono tratti perfezionistici e di ipercontrollo, la tendenza a valutare l'aderenza alla loro dieta come sinonimo di autodisciplina e l'interpretazione della trasgressione come un fallimento del proprio autocontrollo sebbene quest'ultimo sia molto più inflessibile negli ortoressici infatti, tra questi, sono assai più rari gli episodi di trasgressione che non tra gli anoressici/bulimici. Ritengo che ciò sia indice di un'altra differenza tra le due categorie che risiede nella forza di negazione del corpo e delle sensazioni, ed emozioni che in esso risiedono. Il corpo di una persona ortoressica è molto più negato, anestetizzato di quello di un anoressico con viraggi bulimici ovvero che indulge in comportamenti di abbuffate compulsive. In tal caso a governare sono proprio gli impulsi, indice di un corpo responsivo, che non ha reciso il contatto con i suoi bisogni, come quello della fame, e che sanno irrompere con violenza interrompendo le restrizioni a cui viene barbaramente sottoposto.

INSANE ABITUDINI: CARATTERISTICHE COMPORAMENTALI DEL SOGGETTO ORTORESSICO

Gli ortoressici impiegano un tempo considerevole a pensare al cibo (3/4 ore al dì) e ad esaminarne l'origine, ad esempio, indagano sul trattamento della coltivazione delle verdure cioè se sono state esposte a pesticidi, ne verificano la lavorazione, dunque controllano se il contenuto nutritivo potrebbe essere andato perso durante la cottura, ne

studiano il confezionamento ovvero verificano se le etichette forniscono sufficiente informazione per giudicare la qualità di specifici ingredienti.

L'ossessione sulla qualità del cibo, in termini di valore nutritivo dei cibi e della loro "purezza", che nasce dal desiderio di ottimizzare la propria salute fisica e il proprio benessere, può innescare la rigida costruzione di regole interne, basate su conoscenze scientifiche superficiali e confuse se non, talvolta, completamente scorrette. Ad esempio molti si soffermano a selezionare cibi che ritengono possano essere assunti insieme a ogni pasto o in specifici momenti del giorno, oppure sono schiavi di credenze in base alle quali la digestione ottimale di un certo cibo debba richiedere una specifica quantità di tempo dopo l'assunzione di un altro tipo di cibo. Ed ancora, una considerevole quantità di tempo viene spesa nella pianificazione e nella realizzazione dei pasti quotidiani al fine di riuscire a prestare attenzione ai pensieri rispetto a ciò che sarà mangiato, alla raccolta di informazioni nei confronti di ciascun ingrediente, alla preparazione degli ingredienti, e infine all'assunzione del cibo.

ESITI DELL'ORTORESSIA SULL'ORGANISMO E SULLA SFERA SOCIALE

Dal momento che l'attenzione è rivolta a cibi puri e salutari, i soggetti con ortoressia nervosa tendono a evitare cibi che potrebbero contenere ingredienti geneticamente modificati, come pure quelli che contengono significative quantità di grassi, zuccheri, sale o altri componenti indesiderati (coloranti, conservanti, pesticidi...). Tali restrizioni alimentari comportano solitamente l'omissione di nutrienti essenziali nel fabbisogno energetico quotidiano, con la conseguenza di diete sbilanciate e insufficienti. Dal punto di vista psicologico, i soggetti ortoressici provano intensa frustrazione quando i loro rituali alimentari sono impediti o interrotti in qualche modo, provano disgusto quando la purezza del cibo sembra essere violata, oltre a un'emozione di colpa e a un disgusto verso se stessi a seconda del grado di aderenza al sistema di regole interno che ruota attorno alla percezione di ciò che è giusto o sbagliato. È proprio la rigidità delle

regole e delle credenze legate all'alimentazione che possono produrre un'altra conseguenza negativa: l'isolamento sociale. La condivisione di un pasto rappresenta uno dei modi chiave con cui socializziamo e costruiamo relazioni interpersonali. Ma per le persone che soffrono di ortoressia, l'occasione di un pasto può trasformarsi in un vero e proprio incubo. Mangiare cibo che non è considerato puro o cibo che qualcun altro ha preparato, genera una notevole ansia. Ecco che il pasto non rappresenta più un'opportunità di gioia e di serena convivialità, ma diventa terreno fertile per tutta una serie di pensieri e di stati emotivi negativi, tali da non permettere di trarre godimento dal cibo. I soggetti ortoressici credono fermamente di riuscire a mantenere un'alimentazione sana fintantoché vivono soli e in pieno controllo di tutto ciò che li circonda. Si reputano persone rette perché mangiano cibi che loro considerano come salutari e questo li spinge ad assumere un atteggiamento di superiorità morale in conseguenza del quale non desiderano interagire con altri che hanno abitudini alimentari diverse dalle proprie. La qualità dei cibi prevale sui propri valori personali, morali, sulle relazioni sociali, lavorative e affettive, arrivando a compromettere il funzionamento globale e il benessere dell'individuo.

CONCLUSIONI

Il passo dalla passione all'ossessione può essere subdolo e breve. I discepoli dei più svariati regimi alimentari possono transitare da uno stato di controllo circa la propria alimentazione ad uno stato in cui invece divengono prigionieri di essa, virando da una condizione in cui governano le proprie abitudini alimentari ad una in cui ne sono schiavi, innescando, così, un' insidiosa e pervicace dipendenza patologica.

Bibliografia

Berrino F, I cibi dell'uomo. La via della salute tra conoscenza scientifica ed antiche saggezze. Franco Angeli, 2016

- Camporesi, P. La terra e la luna. Alimentazione folklore società. Garzanti, Milano, 1995
- Cecchetti & Serra. La cucina del buon senso. Una nuova filosofia alimentare. Ultra, 2016
- Cottino, G., Il peso del corpo. Un'analisi antropologica dell'obesità a Tonga. Unicipoli, Milano, 2013
- Kaplan M. Nutrizione cosciente. Scelte alimentari consapevoli per la salute del corpo ed il benessere della mente. Il punto di incontro, 2015
- Niola M., Homo dieteticus. Viaggio nelle tribù alimentari. Il Mulino, 2015
- Niola M. Si fa presto a dire cotto. Un antropologo in cucina. Il Mulino, 2009
- Pergover F. V. Anoressia, bulimia, ortorexia e obesità. Cause e conseguenze. Editoriale Programma, 2012
- Recalcati M. Anoressia, Bulimia e Obesità. Bollati Boringhieri, 2006
- Rigotti, Manifesto del cibo liscio. Per una nuova filosofia in cucina. Interlinea, 2015.
- Scarpi, P., Il senso del cibo. Mondo antico e riflessi contemporanei. Sellerio, Palermo, 2005
- Ticca M. Miraggi alimentari. 99 idee sbagliate su cosa e come mangiamo. Laterza, 201

Abstract

Cibomania. Contemporary food passions and obsessions.

In contemporary society, food is “on everyone’s lips”, but while some open it to it, others instead tighten it, and others, open it and close it according to the diet they adhere to. Among philosophies, salutism, ethical choices, fashions and food regimes, food has become a modern myth, inducing many to choose a specific food trend and identify with it. What are the advantages of this choice? What are the risks? What are the opportunities? When and how much do these new food trends ignore the real organic needs and when do they feed them? When and how much do these food choices come from a conscious, free and responsible choice? When, on the contrary, they represent the epiphenomenon of “badly nourished” psychological and social needs? Can we consider the passion for healthy eating as symptomatic of obsessive-compulsive spectrum traits?

Keywords: *Ortoressia, disturbo ossessivo, mode alimentari*

Corrispondenza

Dott.ssa Barbara Felisio
Psicologa, psicoterapeuta
Mail: barbarafelisio@virgilio.it

OSSESSIONI, COMPULSIONI E DINTORNI. VIVERE PRIGIONIERI DI SÉ STESSI

IL TRATTAMENTO PSICOANALITICO DEI BAMBINI CON DISABILITÀ. LE NUOVE TECNOLOGIE COME STRUMENTI DI ACCESSO AL LORO MONDO INTERNO

Dott.ssa Adelia Lucattini

Psichiatra e Psicoanalista

RIASSUNTO

L'utilizzo di strumenti elettronici e delle nuove tecnologie fa ormai parte integrante della vita quotidiana degli adolescenti e dei giovani. L'età di utilizzo di questi strumenti si abbassa sempre di più e anche i bambini ne fanno uso irrinunciabile e continuativo, assumendo caratteristiche talvolta ossessive e/o compulsive. Come illustrato nel caso della piccola Carla, tuttavia, può rappresentare uno strumento necessario per poter entrare nel suo mondo, nei suoi "luoghi" interni e reali, vissuti quotidianamente. Il tablet, ad esempio, ha permesso a Carla di fidarsi del terapeuta ed entrare nel mondo dell'alterità, utilizzando la stanza d'analisi per drammatizzare e rappresentare il suo mondo interno, poi per accedere ad una relazione personale con il terapeuta, i genitori, i fratellini, i compagni di scuola, le insegnanti.

Parole chiave: *strumenti elettronici, psicoanalisi, bambini*

INTRODUZIONE

Le nuove tecnologie e gli strumenti elettronici mettono costantemente alla prova la tenuta degli analisti poiché accade spesso che “appaiano” o siano portati nella stanza d’analisi e in seduta dai piccoli pazienti, bambini e anche con adolescenti ma con uso diverso.

L’utilizzo dei mezzi elettronici, ormai universalmente diffusi anche tra i giovanissimi, è uno strumento importante perché lo psicoterapeuta e l’analista possano addentrarsi nello spazio psichico di Carla bambini e che vivono gli strumenti elettronici come “giochi come gli altri”, oggetti transizionali” (Winnicott, 1941) ma che senza una guida adeguata possono diventare una prigione, una dipendenza ed un ostacolo allo sviluppo psichico ed emotivo, ostacolare le relazioni familiari e sociali, arrestare lo sviluppo essere una via regia per la devianza, se non intercettati per tempo e trattati.

Senza gli strumenti elettronici in alcuni casi di trattamenti di piccoli pazienti con patologie importanti, Disturbi del Neurosviluppo primari e secondari, Disabilità, Disturbi Specifici dell’Apprendimenti di vario livello di gravità, Depressione e Mutismo Elettivo, etc., (APA, 2013 e DSM V, 2014) è indispensabile potersi avvalere degli strumenti elettronici come mezzo di comunicazione e come strumento per poter entrare nello spazio psichico, mentale ed emotivo, dei bambini che arrivano alla consultazione analitica.

IL METODO E LA TECNICA PSICOANALITICA

Il metodo psicoanalitico deriva dall’esistenza dell’inconscio, è caratterizzato dall’attenzione, dall’interpretazione dei sogni, dalle libere associazioni, liberamente fluttuante, dall’interpretazione del transfert e del controtransfert (Freud S., 1910). La tecnica psicoanalitica nel lavoro con i bambini, con gli adolescenti e con gli adulti è diversa, poiché dipende dall’età anagrafica ed evolutiva del soggetto, e dal suo grado di maturazione. In questo lavoro ci occuperemo della terapia dei bambini. Innanzitutto, c’è il gioco, ogni bambino in analisi ha la sua personale scatola dei giochi con materiale per disegnare, costruire, plasmare, creare, esprimersi che può essere arricchita su richiesta del paziente o

quando il paziente porta qualcosa di suo per giocare. Negli ultimi anni anche gli strumenti elettronici sono entrati a far parte della scatola dei giochi nei casi in l'analista lo ritenga necessario o il bambino lo porti. L'interpretazione che è fatta "giocando" e parlando insieme permette di dare un significato ed un senso alle emozioni, impulsi e sensazioni che il bambino ma anche l'adolescente sente e a cui non sa dare un nome. Giocando con l'analista impara a conoscere sé stesso. Il bambino gioca e l'analista parla, fa ipotesi, risponde, interpreta mentre gioca col bambino o lo guarda giocare; l'osservare e guardare è un altro aspetto tecnico importante che fa sentire il bambino al centro dell'attenzione dell'adulto accanto lui che cerca di capire e di tradurre poi in un linguaggio comprensibile quello che il gioco rappresenta simbolicamente, insegnando così col tempo al bambino a comprendere se stesso e il funzionamento della propria mente, con un linguaggio semplice e accessibile al bambino.

Hanna Segal (Segal, 1981), che citerò anche in seguito, racconta della bambina che si è rivolta a lei dicendole: "*Tu parli buffo, ma continua a parlare*", parla la lingua analitica che capisce i bambini.

Lo strumento elettronico ed il suo utilizzo guidato dal metodo analitico, è stata la finestra che mi ha permesso di osservare "dall'interno" lo spazio/luogo della mente di alcuni bambini chiusi in se stessi, prigionieri del proprio "funzionamento autistico", di poterli immaginare e comprenderli nel loro mondo. E' stato quindi necessario che io entrassi nel loro mondo utilizzando gli strumenti che i piccoli pazienti utilizzava- no per consolarsi isolandosi e trasformarli in strumenti per comunicare prima con l'analista, poi con i genitori e i coetanei per poi arrivare a utilizzarli come un gioco da fare insieme agli amici, come strumento per la socializzazione.

Anche nella vita di un adulto c'è spazio per la tecnologia come area di gioco (Winnicott, 1971); nell'analisi dei bambini questa utilizzazione è però alle condizioni che il terapeuta stabilisce, definisce e di cui si fa garante senza trasgredire o concedere deroghe di fronte all'aggressività o alla seduttività del suo piccolo paziente, ovvero le condizioni di un adulto che scende nell'arena con lui ma che tiene le briglie in mano. Infatti, non lascio mai il mio tablet nelle sue mani ma gli chiedo di parlare e descrivere, di guidarmi nel suo mondo ma utilizzando la mia "attrezzatura" mentale e non le sue modalità

CASO CLINICO

Carla ha quattro anni e otto mesi quando mi viene inviata per un trattamento psicoanalitico dal Servizio di Neuropsichiatria Infantile territoriale, con Disturbo del Neurosviluppo (Vicari e Caselli, 2010) caratterizzato da, secondo la relazione neuropsichiatrica: linguaggio scarsamente comprensibile da un punto di vista fonetico ed utilizzo poco comunicativo, tendenza a ripetere le parole di cartoni animati, una certa goffaggine motoria, soprattutto per le capacità motorio fini, assenza del gioco immaginativo e condiviso: accanto a questi elementi di fragilità, la bambina, alla valutazione Neuropsichiatrica Infantile, aveva riportato eccellenti abilità intellettive, con QI di 127 con “decalage” significativi tra competenze verbali e competenze non-verbali e notevoli competenze mnesiche.

Il profilo di sviluppo si caratterizzava quindi per delle funzioni neuropsicologiche di forza ed altre di debolezza: il lavoro terapeutico da farsi era quindi cercare di armonizzare il profilo di sviluppo, sostenendo l'acquisizione e il miglioramento delle competenze carenti, consolidamento delle competenze acquisite, armonizzazione del profilo di sviluppo. L'analisi delle iperabilità permette di cogliere gli strumenti congeniali al lavoro: in una bimba con notevole memoria visiva e capacità nell'uso del tablet, il ricorso a strumenti tecnologici, di grande impatto visivo, può costituire il ‘canale di accesso’ per avviare un lavoro terapeutico. È ovvio che, ruolo dell'analista, in questo contesto, non è eliminare strumentalmente gli errori fonologici o le fragilità motorio fini, ma creare un contesto favorente la relazione e quindi la costruzione delle competenze relazionali e l'integrazione dei processi di sviluppo all'interno del percorso di sviluppo. Tal lavoro di significazione delle competenze acquisite e poi potenziate all'interno della relazione terapeutica permette al bambino di scoprire “cosa può farci” col linguaggio, la matita, il tablet, etc., e cioè trasformarlo da competenza funzionale a competenza creativa. Carla era è già inserita in un progetto riabilitativo di logopedia e psicomotricità dall'età di due anni e mezzo. Quando incontro i genitori per il primo colloquio, questi riferiscono che Carla non risponde quando i genitori la chiamano, sembra vivere in un mondo tutto suo, non mostra capacità di espressione affettiva o emotiva. L'unico interesse che

manifesta è per il cartone animato “Masha e Orso” che guarda con molta attenzione cercando tutte le nuove puntate, di cui memorizza velocemente i dialoghi.

I genitori precisano che già nei primi sei mesi di logopedia Carla aveva rapidamente recuperato le capacità linguistiche e che ha una memoria spiccata.

Da questo primo colloquio emerge che Carla è una bambina che parla poco, ascolta poco, gioca da sola e per questo è stata molto lasciata a sé stessa, ed ha una capacità straordinaria d’imparare tutto a memoria, “a prima vista”, in particolare canzoncine e filastrocche. I genitori non riuscivano a capire perché Carla pur non avendo problemi d’intelligenza, mostrasse una totale incapacità di relazionarsi con bambini e adulti. Dall’anamnesi della bambina emerge un problema di Distress Respiratorio Perinatale (ICD 9-CM), Carla era nata con l’ausilio del forcipe era stata portata subito in terapia intensiva neonatale dove era rimasta per alcune settimane.

Poco dopo la nascita della bambina, al padre della signora era stato diagnosticato un cancro “con cui combatteva ancora”. Il padre riferisce che poiché la moglie è figlia unica, “*è sempre molto impegnata durante i cicli di radioterapia*” dovendo lasciare la bambina ad una baby-sitter mentre lui si trova al lavoro.

Carla è una bella bambina, graziosa, dai lineamenti armoniosi, con un vestitino elegante. Arriverà spesso “elegante” agli incontri con me, all’inizio per un desiderio dei genitori, in seguito avverrà anche su sua richiesta, come se l’analisi costituisse per lei un momento “speciale”, come “una festa” di cui lei col tempo si è sentita diventare la protagonista. Le sorrido presentandomi e chiedendole come si chiami, Carla non mi guarda e non risponde. Trascorrerà tutto il primo incontro di consultazione a tracciare segni (Lupinacci, 1996) con un acquarello nero su tutti i fogli che le ho fornito. Alla mia richiesta di che cosa si tratti mirisponde alla fine dell’ora: “*è una bambina non lo vedi?*”

Le dico che mi sembra che ci siano tante cose scure dentro di lei, che forse si sente triste e anche un po’ arrabbiata. Carla, per tutta risposta, rovescia tutto il contenuto della scatola sul pavimento. Guardandola le dico che può essere arrabbiata e anche mettere tutto in disordine, che poi tutte queste cose le rimettiamo a posto insieme.

Al secondo incontro di consultazione la saluto chiamandola per nome e le chiedo se si ricordi come mi chiamo. Carla rimane in silenzio, senza guardarmi. Risponde il papà, che l'accompagnerà regolarmente, dicendo che Carla non ha fatto che parlare di me, che si ricorda anche la via dello studio e il piano. Rivolgendomi a lei, le dico: *“Allora ti ricordi come mi chiamo?”*.

Carla si toglie le scarpe in sala d'attesa, il papà la redarguisce dicendole di comportarsi bene, di rimettersi le scarpe e di non lasciare le cose in mezzo. Carla, come se non avesse sentito, entra nella stanza e rovescia la scatola con tutto il suo contenuto sul pavimento. Le dico che mi sembra che sia tanto arrabbiata, per tutte queste cose confuse che ci sono dentro di lei.

Durante tutta la seduta dipinge ancora fogli con l'acquarello nero su cui mette però alcune strisce di verde o di rosa. Mentre scarabocchia ripete frasi che a me sembrano brani citati a memoria da qualche cartone animato, ad un certo punto dice: *“Massa oggi dipinge tanti fiori”*.

Le dico che forse anche se si sente ancora un po' triste mi sembra un pochino contenta di essere venuta da me.

Mi risponde: *“A Massa piacciono tanto i fiori del giardino”*.

Le chiedo chi sia Massa, Carla si arrabbia: *“No Massa. Massa! Massa e osso, Massa e osso”* grida, lasciandomi disorientata.

Al terzo incontro di consultazione il padre, in sala d'attesa sollecita di nuovo Carla a “comportarsi bene”. Questa volta la bambina entra direttamente nella stanza dove si toglie le scarpe. Rovescia subito la scatola, prende gli acquarelli e disegna alcuni fogli col nero, altri verdi, altri rosa. Ripete l'ultima frase dell'incontro precedente. Le chiedo chi sia Massa, Carla spazientita e sbuffando dice: *“Massa e osso”*.

Le chiedo dove lo veda: *“Sul tablet di papà”* *“Sai usare il tablet?”* *“Anche sul telefono di papà”*.

Decido allora di prendere il mio tablet, la lascio per pochi minuti da sola nella stanza, la ritrovo che sta disegnando come se fosse abituata ad essere lasciato sola. Appena vede il tablet, salta sulla seggiolina, strillando e ridendo dice: *“Sì, sì! Massa, Massa e osso!”*

Appoggiato il tablet sul tavolino, Carla mi chiede di digitar *“Massa e osso”*.

Scopro che si tratta di “Masha e Orso”. Carla esultante mi indica la puntata da guardare, quella in cui Masha sta disegnando.

Rimango interdetta: scritte e dialoghi sono in russo, i personaggi parlano e cantano in russo. Con difficoltà cerco d'intuire dalla mimica e dai gesti cosa accada. Carla, a suo agio e contenta, sembra comprendere; io invece mi sento immersa come in un'esperienza "psicotica" e la immagino nel suo isolamento a dialogare in una lingua idiosincratica con Masha e Orso.

Mentre la osservo mi torna in mente all'improvviso, per la prima volta dopo 25 anni, la storia del piccolo Michael "il bambino-gru" che non parlava ma riproduceva i suoni delle gru di un vicino cantiere edile, descritto da David Leavitt (1986) in "La lingua perduta delle gru" e alla borsista che si appassionò alla sua storia.

Il bambino abbandonato a sé stesso, da una madre adolescente molto disturbata, si era aggrappato alle gru che vedeva dalla finestra mentre era solo nel suo lettino, identificandosi con esse e cercando così, bene o male, di sopravvivere all'assenza della madre. (Nota 1, p. 7).

Ripresami, guardo Carla e le ripeto ad alta voce, in modo corretto, le due parole "*Masha*", "*Orso*".

Noto che Carla è dispiaciuta di non riuscire a pronunciarle bene, glielo dico e aggiungo che forse è per questo che va da Sandra (la logopedista) due volte a settimana così può imparare a pronunciare bene tutte le paroline che le piacerebbe dire e che penso che lei parli poco perché crede che nessuno la capisca o l'ascolti.

Dopo i tre incontri di consultazione con la bambina, durante l'incontro con i genitori confermo l'indicazione ad un'analisi mentre la Neuropsichiatra Infantile prevede che Carla concluda la logopedia e prosegua con la psicomotricità a causa del suo ritardo nelle abilità grafiche. Carla inizia l'analisi; dopo due mesi ha recuperato i difetti di dizione presenti nella consultazione, mentre si esprime ancora esclusivamente citando frasi del cartone animato. Mi chiede più volte di utilizzare il tablet ma le dico che adesso non c'è più bisogno di usarlo e che può raccontarmi lei di "Masha e Orso". Carla oppone resistenza a parole, ma di fatto raccoglie l'invito.

Tutte le attività che noi svolgeremo dentro l'analisi saranno accompagnate da commenti, assolutamente appropriati, alle azioni che stiamo svolgendo, attraverso frasi del cartone animato, utilizzate da Carla per descrivere la realtà che stiamo vivendo, mentre io rispondo al significato, trascurando l'apparente ecolalia (Alvarez, 2014). Dopo sei

mesi di analisi mi accorgo di un cambiamento nel gioco di Carla; lei è Masha e io sono Orso.

Lei parlava come Masha ed io dovevo rispondere con versi e grugniti, che ogni volta accompagnavo con una frase che intercettava il significato della frase di Carla e spiegava un mio gesto o grugnito, significandoli. Divenivo per entrambe la dottoressa che sa parlare l'“orsese”.

Carla non è più sola dentro il cartone animato; la stanza d'analisi è diventata la casa di Masha mentre noi siamo i personaggi principali.

Per più di un mese dovrò grugnire e gesticolare in risposta alle sue frasi, come Orso nel cartone, di cui nel frattempo ho visto alcune puntate per riuscire ad orientarmi rispetto ai personaggi.

Questa fase del gioco è il primo passaggio necessario per muoversi dal funzionamento idiosincratico di Carla a un funzionamento più relazionale. Carla comincia poi a giocare con i miei libri mostrando una predilezione per i libri con la copertina blu. Passa poi ad usare tutti i libri blu, ripetendo in più sedute, la puntata in cui “Masha mette a posto la biblioteca”; pulisce gli scaffali lasciando a me/cugina di Masha, il compito di rimetterli a posto.

In una seduta di marzo la stanza è rapidamente, completamente invasa da tutti i miei libri e riviste che Carla aveva riversato sul pavimento.

La porta non si apre e non possiamo muoverci, se non camminandoci sopra. Stanca della ripetitività del gioco che anche materialmente ci aveva “bloccato”, le dico: *“Ora io inizierò a rimettere a posto tutti i libri dentro i ripiani della libreria”*.

Carla mi corregge: *“La biblioteca”* e io: *“Carla, questa non si chiama biblioteca, si chiama libreria e questi sono i miei libri, che tu hai messo sul pavimento, facendo il gioco di ‘Masha e Orso’*.

Aggiungo: *“Così non è possibile giocare se non rimetto a posto i libri nella libreria”*.

Carla si siede al tavolino e mi guarda rassettare.

Mentre mi trovo e mi sento a “metà dell'opera” (nota 2, p.8), Carla avvicinandosi con un libro in mano, mi chiede: *“Posso mettere anch'io un libro nella tua libreria?”*

“Certo Carla, facciamolo insieme”, rispondo sorridendo e guardandola in viso.

All'inizio le rimane difficile, più volte dice: *“Non sono capace”*.

Le mostro come si fa, quindi le dico di provare da sola e se non riesce, di chiedermelo.

Alla sua richiesta, faccio spazio tra due libri in modo che lei dopo alcuni tentativi riesca a mettere a posto il suo libro.

Da questo momento in poi Carla userà sempre “io” e “tu” per parlare, non parlerà più in terza persona, né nella stanza d’analisi né fuori, come mi confermeranno i genitori, e il gioco sarà sempre il “nostro” gioco.

Rimettere apposto i libri, dopo l’accoglienza materna attraverso l’“orsese”, ha svolto una funzione di “stop”, di distinzione (funzione paterna) e Carla si è affidata a me, come se avessimo creato rapidamente “qualcosa” per cui Carla inizia a imparare da me.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

L’uso del tablet dentro l’analisi era stato uno strumento necessario per poter entrare nel mondo di Carla, nel “luogo” in cui viveva le sue giornate, fuori dall’ambiente scolastico, in compagnia dei cartoni animati e mi aveva permesso di entrare in contatto con lei. C’è stata un’evoluzione nel corso del tempo: Carla viveva chiusa nel suo isolamento dentro il cartone animato, si sentiva ed era parte del cartone animato, poteva esprimere i suoi pensieri e sentimenti esclusivamente attraverso l’identificazione con Masha e Orso da cui traeva le parole e i gesti, con una modalità simil-autistica di funzionamento.

Con l’analisi, attraverso un’attenta lettura del controtransfert (Lupinacci et al., 2015) e di quello che stava accadendo, il mio cogliere il senso delle frasi, traducendolo dall’“orsese” all’italiano, il lavoro interpretativo, hanno piano piano aperto una possibilità per la creazione di uno spazio transizionale.

All’interno della relazione la stanza d’analisi è diventata il “luogo”, prima fisico e poi mentale, dove Carla ha potuto drammatizzare il suo mondo interno: io sono diventata Orso che “fa solo i versi”, quella parte di Carla che ancora non aveva trovato un linguaggio, parole proprie e che poteva esprimersi esclusivamente attraverso gesti, azioni, esclamazioni e i suoni non articolati, “versi” incomprensibili agli altri, comprensibili soltanto a Carla-Masha, ora alla dottoressa-Orso.

Hanna Segal, (Segal, 1984) racconta di una sua bambina-paziente che durante una seduta, si rivolge a lei e le dice: *“Tu parli buffo, ma continua a parlare”*. Come la dottoressa Segal parlava la lingua analitica che capisce i bambini, così Adelia-Orso parla la lingua che capisce Carla-Masha.

Quando la scatola/mente di Carla ha trovato uno spazio nella relazione analitica la stanza stessa è diventata una grande scatola dei giochi, in cui i libri hanno sostituito fogli, pennarelli, costruzioni e sono stati utilizzati sia nella drammatizzazione che nell’espressione di pensieri ed emozioni. L’azione interpretativa della “biblioteca di Masha/libreria della dottoressa” seguita dall’identificazione con una parola specifica “libreria” hanno permesso a Carla di trovare una nuova modalità di simbolizzazione e l’inizio di una faticosa uscita dal funzionamento idiosincratico che l’aveva connotata fino a quel momento. La stanza d’analisi è diventata così il luogo dove parlare, disegnare, costruire la sua “casa” utilizzando la scatola dei giochi svuotata del suo contenuto.

Carla, con un disturbo importante dello sviluppo, presumibilmente correlato alla sofferenza perinatale ma anche a difficoltà relazionali nei primi anni di vita e per la depressione della madre e per la nascita dei fratelli gemelli, lasciata a sé stessa, era scivolata in un “funzionamento di tipo autistico” che se non trattato, nel tempo avrebbe potuto avviarsi verso un consolidamento.

Con l’analisi le sue “stranezze” si sono andate modificando. Il mio entrare in “Masha e Orso”, animando uno spazio transazionale di gioco condiviso, ha portato Carla dentro “il significato” e verso l’uso del simbolo.

Adesso Carla parla in prima persona, è capace di utilizzare diversamente i giochi e ha meno timore di “disegnare” utilizzando tutti i colori e mi “scrive” su dei bigliettini, tante onde del mare in movimento, che io leggo insieme a lei, attribuendo di volta in volta ai quei “segni” in movimento, un significato.

Anche l’uso dei dispositivi elettronici è cambiato: dapprima Masha non distinta da se stessa, le consentiva di alleviare la solitudine e le angosce d’abbandono e di crollo, fungendo da “avatar che non crolla mai” (Tisseron, 2008), dal quale si sentiva rappresentata e da cui fusionalmente traeva un linguaggio con cui esprimersi; poi ha iniziato ad “utilizzarli” uscendo così dalla precedente dimensione magico-onnipotente: guarda “Masha e Orso” sul tablet solo quando è fuori,

mentre a casa lo vede in tivù coi fratellini; infine ha scelto di installare un gioco (“Pou”) sul telefonino con l’aiuto del padre e che modifica “creativamente” di partita in partita, utilizzando lo strumento elettronico per “disegnare”, come con carta e pennelli o come “plastilina” in un contesto spazio-temporale definito.

L’aver consentito al tablet, carico di significato per Carla, di entrare dentro la stanza d’analisi, accettando di giocare al suo gioco, mi ha permesso di capire e orientare la mia posizione analitica nella stanza e all’interno della relazione, mantenendo fermo l’assetto. Il suo ingresso ha permesso a Carla di fidarsi e entrare nel mondo dell’alterità, di utilizzare la stanza d’analisi prima per drammatizzare e rappresentare il suo mondo interno e poi per accedere ad una relazione personale con me, passando infine dal racconto in terza persona a parlare di se stessa come individuo, “io”, in relazione con un’altra persona, “tu”, e iniziare così il suo processo di individuazione.

Lo strumento elettronico utilizzato come un libro, interattivo, vivace, usato per vedere, sentire, comprendere, in circostanze particolari o estreme, è diventato un oggetto da aggiungere, se necessario, allo strumentario dello psicoanalista infantile con una solida formazione, all’interno del metodo analitico e purché se ne faccia sempre buon uso. Anche Carla all’inizio appariva ai genitori e ai compagni di scuola una bambina “bizzarra”, poiché rispondeva sempre citando frasi di Masha. All’inizio dell’analisi, come la stagista, anch’io ho sentito la necessità di conoscere, capire e “sentire” il mondo di Carla; sono andata a cercare alcuni episodi di “Masha e Orso” che Carla amava particolarmente e mi sono affidata ad una puntuale e attenta lettura del controtransfert, “sentendo” e decodificando dentro di me che cosa stesse accadendo in seduta e a Carla, al di là delle parole che aveva imparato a pronunciare bene, ma che nei momenti di maggiore difficoltà emotiva, sofferenza, rabbia, dolore, abbandonava “giocandole” (M. Klein, 1921) quello che mi voleva comunicare. Carla ha iniziato a frequentare le scuole elementari usufruendo dell’insegnante sostegno per le difficoltà nella motricità fine, ha imparato a socializzare e fare le prime amicizie con i suoi compagni, gioca allegramente ai giardinetti con gli amici e fratellini, va alle feste di compleanno.

Il percorso sarà ancora lungo, i bambini con gravi disturbi del neurosviluppo richiedono un accompagnamento durante tutta la loro

crescita, anche una volta ultimato il percorso riabilitativo (logopedia, psicomotricità, etc.) poiché vivere con una disabilità non è semplice e perché sviluppare capacità di pensiero simbolico aiutano ad acquisire sempre maggiori autonomie. Anche il supporto ai genitori si rende necessario con incontri periodici, che vanno da una volta al mese a quattro volte l'anno a seconda dell'età, dell'andamento e della diagnosi dei piccoli pazienti.

Il coinvolgimento e la partecipazione dei genitori sono uno degli elementi essenziali per un buon esito della psicoterapia e dell'analisi come nella co-costruzione della vita futura dei loro bambini.

Nota 1.

Da **“La lingua perduta delle gru”**, pp. 173-175.

‘Jerene -la borsista- lo scopri per caso mentre stava lavorando in biblioteca un pomeriggio ... scorrendo gli indici di riviste e periodici psicoanalitici. L'articolo parlava di un bambino piccolo, di nome Michael. Fino all'età di quasi due anni, aveva vissuto con sua madre in un casamento popolare vicino un cantiere edilizio. Ogni giorno la madre -un'adolescente- vagava dentro, intorno e fuori all'appartamento, persa nella sua follia. Si accorgeva appena della presenza del bambino, non sapeva nemmeno come nutrirlo o come occuparsi di lui. I vicini erano allarmati per le grida di Michael, ma quando andavano a bussare la porta per chiederle di tranquillizzarlo, spesso lei non c'era. Usciva a tutte le ore, lasciando il bambino da solo incustodito. Poi un bel giorno quasi improvvisamente i pianti s'interruppero. Il bambino non gridava più, e non gridò neanche la notte seguente. Per giorni, non si sentì neanche il rumore. Vennero chiamati la polizia e gli assistenti sociali. Trovarono il bambino sdraiato sul suo lettino accanto alla finestra. Era vivo e straordinariamente in buona salute, considerando quanto era stato trascurato. In silenzio, giocava sul suo squallido lettino, fermandosi ogni qualche secondo per guardare fuori dalla finestra. Il suo gioco era diverso da qualsiasi altro gioco avessero mai visto. Guardando fuori dalla finestra, sollevava le braccia, poi le bloccava bruscamente, si raddrizzava in piedi sulle gambe scarnie, poi cadeva; si piegava e si alzava. Faceva strani rumori, una specie di scricchiolio con la gola. Cosa stava facendo? si chiesero gli assistenti sociali. Che razza di gioco poteva essere questo? Poi guardarono fuori dalla finestra, dove erano in funzione alcune gru, che sollevavano travi maestre e travetti, o allungavano palle di demolizione sul loro unico braccio. Il bambino stava osservando la gru più vicina alla finestra. Quando questa

si sollevava, lui si sollevava; quando si piegava, lui si piegava; quando le sue marce stridevano, e il motore ronzava, il bambino produceva uno stridio con i denti, un ronzio con la lingua.

Lo portarono via. Lui gridò istericamente, e non si riuscì a calmarlo, tanta era la sua desolazione per essere separato dalla sua adorata gru.

Anni dopo, Michael era un adolescente che viveva in un istituto speciale per handicappati. Si muoveva con una gru, faceva i rumori di una gru, e benché i dottori gli mostrassero molte fotografie e giocattoli, reagiva soltanto alle fotografie delle gru, giocava soltanto con delle gru giocattolo. Soltanto le gru lo rendevano felice. Divenne famoso come “il bambino-gru”. E la domanda contro cui Jerene continuava a sbattere, leggendo l’articolo, era questa: che suono aveva? Che effetto faceva? ... Dopo aver fotocopiato l’articolo, uscì dalla biblioteca. Nelle vicinanze erano in corso lavori edili. ... Incantata, Jerene si avvicinò alla staccionata di legno provvisoria che circondava il cantiere.

Osservò l’ampia voragine dalla quale sarebbe sorto l’edificio, guardò le gru affondare e allungarsi. Rimase lì nel fragore assordante delle gru. Nel macinio, nelle vibrazioni, negli stridii, nell’universo delle gru, nel grembo delle gru, rimase lì, a occhi spalancati, e ascoltò”.

Nota 2.

“A metà dell’opera”, citazione da Orazio (Epist., I, 2, 40): “Dimidium facti, qui coepit, habet”. La frase, tradotta letteralmente, significa: “Chi comincia, è a metà del lavoro”.

Bibliografia

Alvarez A. Il compagno vivo, astrolabio, Roma 2014

APA. Diagnostic and Statistical Manual, 6th ed., American Psychiatric Association, Washington, 2013

Freud S. Five Lectures on Psycho-Analysis, Leonardo and Other Works, The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, London, Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, vol. 11, 1953-1974, 1910

Klein M. Lo sviluppo di un bambino, in Scritti 1921-1958, Bollati Boringhieri, Torino, 1978

- International Classification of Disease (ICD 9-CM), Organizzazione Mondiale della Sanità; Versione Italiana del Manuale, Ministero della Salute, 2002
- Leavitt D. La lingua perduta delle gru. Arnoldo Mondadori, Milano, 173-175, 1987
- Lupinacci M.A., (1996). Il primo apparire del segno nell'analisi di un bambino autistico. In Segno, disegno e sogno. Quaderni di Psicoterapia Infantile. N.34. 1996
- Lupinacci M.A., Biondo D., Galeota M., Lucattini A., Accetti L.: Il dolore dell'analista. Dolore psichico e metodo psicoanalitico. Astrolabio, 2015, Roma.
- Manuale Diagnostico e Statistico Dei Disturbi Mentali V (DSM V). Edizione Italiana, Raffaello Cortina Editore, 2014
- Segal H. Scritti psicoanalitici. Astrolabio, Roma, 1984 Tisseron S. Virtuel, mon amour. Albin Michel, Paris 2008
- Vicari S, Caselli MC. Neuropsicologia dello sviluppo. Ed. Il Mulino, Bologna, 2010
- Winnicott DW. The observation of infants in a set situation [1941], in International Journal of Psychoanalysis, 1941; 22:229-249
- Winnicott DW. Gioco e realtà. Armando, Roma 1974

Compulsions, obsessions and surroundings. Living prisoners of himself.

Abstract

Electronic devices and new technologies are now an integral part of the daily life of adolescents and young people, generally. The age of use of these tools is lowered and even children use them as indispensable and continuous instrument, assuming sometimes obsessive and/or compulsive characteristics. As in the case of Carla, however, it can be a necessary tool to be able to enter its world, in her "places" experienced daily. The tablet allowed Carla to trust and enter the world of otherness using the analysis room to dramatize and represent her internal world and then to access a personal relationship with the therapist, with her parents and brothers, with mats and school teachers.

Keywords: *electronic tools, psychoanalysis, children*

Corrispondenza

Adelia Lucattini

Cell.: +39 329 3766099

Mail: adelia.lucattini1@gmail.com

“...VORREI MA NON POSSO” IL CASO CLINICO DI MARIA

Dott.ssa Barbara Solomita

Psicologa, psicoterapeuta

RIASSUNTO

Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) si manifesta con una prevalenza compresa tra il 1,1% e il 1,6% in tutto il mondo. Il disturbo ossessivo-compulsivo è stato considerato fino alla metà degli anni '60 resistente a diverse tipologie di trattamento. Il primo significativo passo in avanti nella gestione terapeutica del DOC è arrivato sotto forma di esposizione e di prevenzione dei rituali, con l'introduzione di alcune forme di terapia cognitivo comportamentale (CBT) e di farmaci di nuova generazione.

Nel trattamento del DOC è fondamentale distinguere sia i quattro cluster psicopatologici (Dèttore, 1998) (washers; checkers; pure obsessive; hoarding) sia identificare le differenze fra pensieri ossessivi e pensieri negativi automatici (Salkovskis, 1985). L'ambiente esterno presenta una serie di potenziali stimoli in grado di indurre pensieri ossessivi, intrusivi, egodistonici, irrazionali.

A seconda del significato che la persona attribuisce agli eventi esterni, possono innescarsi pensieri automatici intrusivi. I pensieri automatici possono indurre a risposte neutralizzanti in grado di produrre sollievo.

Gli studi di neuroimaging funzionale hanno documentato una iperattività (metabolismo o perfusione aumentati) nei circuiti CSTC nei pazienti affetti da DOC rispetto ai gruppi di controllo, con una successiva riduzione di tale iperattività dopo trattamenti farmacologici e psicoterapeutici.

Lo studio ENIGMA, inoltre, ha confermato il ridotto spessore della corteccia parietale inferiore nei pazienti adulti affetti da DOC rispetto ai controlli; l'importanza di questi dati è da mettere in correlazione con gli studi cognitivi che

suggeriscono che la corteccia parietale gioca un ruolo significativo nella gestione dei deficit cognitivi dei pazienti con DOC.

Parole chiave: DOC; CBT; neurocircuiti

INTRODUZIONE

La diagnosi è il primo passo imprescindibile per iniziare il percorso terapeutico. Come altre malattie, i disturbi mentali sono diagnosticati sulla base della descrizione sintomatologica attraverso un procedimento di intervista e di identificazione sulla base di criteri classificativi standardizzati (ad es., DSM e ICD). Ad esempio, comportamenti ripetitivi o rituali comportamentali e pensieri ossessivi possono essere associati al disturbo ossessivo-compulsivo, che si manifesta con prevalenza compresa tra il 1,1% e il 1,6% in tutto il mondo (Weissman et al., 1994). Si stima che più di 80 milioni di persone soffrono di DOC in tutto il mondo, e la maggior parte di questi individui non trova sollievo dalle terapie attualmente disponibili (Pauls 2010). È associato ad una aumentata mortalità e può avere un grave impatto sulla qualità della vita del paziente e dei familiari (Skapinakis et al., 2016). In questo articolo è illustrato il caso clinico di una paziente la cui sintomatologia può presentare difficoltà diagnostiche iniziali ma che può portare alla formulazione di ipotesi diagnostiche confluenti e favorire l'integrazione terapeutica definitiva.

CASO CLINICO

Maria è una giovane ragazza di 31 anni, nubile, che lavora come commercialista in una azienda con molti dipendenti. Riferisce che da circa sette mesi, ha paura di essere contaminata da agenti esterni e di ammalarsi. Quotidianamente trascorre molto tempo mettendo in atto comportamenti riguardanti la pulizia “estrema” del proprio corpo e di

tutti gli oggetti con i quali viene a contatto. Maria riferisce di non riuscire *“a tollerare l’idea di poter toccare qualcosa che possa essere contaminato”*, specificando che *“le persone sono continuamente in contatto con germi o batteri e non si curano di provvedere a disinfettare le mani prima di poter toccare la maniglia della porta, la scrivania in ufficio, il pulsante dell’ascensore, la sedia al ristorante”*. Maria mette in atto, quindi, comportamenti e rituali compulsivi. Afferma *“Io lavo e disinfetto le mani ed il corpo di continuo, una buona igiene previene la probabilità di essere infettata”*. Maria manifesta apertamente l’angoscia della mancanza di controllo interno ed esterno. *“Il problema è che non riesco più a tenere a bada questi pensieri di contaminazione, ad esempio non tollero che qualcuno per strada camminando mi possa casualmente sfiorare il giubbotto; se ciò dovesse succedere, devo sfilarlo immediatamente, portarlo in lavanderia, lavare più e più volte le mani e dopo che inevitabilmente rientro a casa per strofinare anche il mio corpo. Mi sento costretta a disinfettare tutto ciò che è venuto a contatto con me”*. Per tali motivi riferisce di essere costretta a mettere in atto comportamenti di evitamento: *“Ultimamente evito di andare al lavoro in autobus, evito di incontrare gli amici in locali affollati, evito rapporti sessuali con il mio compagno. Purtroppo non posso evitare tutto, andare al lavoro o recarmi al super-mercato sono circostanze ineluttabili che mi creano paura ed ansia”*.

Maria, tuttavia, non è capace di ricordare chiaramente quando sono iniziati questi sintomi, evidenziando alcune delle difficoltà riscontrate dalle procedure di valutazione degli studi epidemiologici ma soprattutto la difficoltà da parte dei medici a cui si era rivolta inizialmente di identificare correttamente il quadro sintomatologico iniziale. I pensieri intrusivi iniziali, larvati e pervasivi, erano stati etichettati come la *“cattiva volontà”* di Maria di non affrontare le problematiche della vita quotidiana. Poiché si ritiene che il DOC si manifesti più frequentemente nelle donne, soprattutto nei periodi vitali di maggior esperienza stressante, quali la gravidanza e il menarca, la presenza degli iniziali pensieri ossessivi avrebbe dovuto allertare i clinici ed evitare così il fenomeno di mantenimento e di incistamento della sintomatologia ossessiva.

Maria trova la soluzione alle manifestazioni sintomatologiche mettendo in atto strategie *“difensive terapeutiche”*. *“Trovo, però, le giuste strategie per affrontare le situazioni, per pulirmi; nella mia borsa ho sempre il gel disinfettante,*

al lavoro non prendo l'ascensore, cerco di arrivare prima di tutti per poter pulire la scrivania ed il pc".

"Circa otto mesi fa, mio padre si ammalò; trascorsi molti mesi in ospedale con lui e in quel periodo iniziai a notare con particolare attenzione le procedure messe in atto dagli infermieri senza alcun tipo di precauzioni. Ricordo, un giorno il sangue fuoriuscire dal braccio di mio padre; mi sentii paralizzata, ebbi paura di non saper far nulla per aiutarlo, ebbi paura di toccarlo ed infettarmi, quel ricordo mi causa grandi sensi di colpa. Quando sono da sola, dopo aver messo in atto le rigide e abitudinarie procedure di lavaggio, provo momenti di sollievo, fin quando i pensieri, la paura, i rituali che devo compiere non ritornano ad assalire la mia mente. È come se una forza estranea mi obbligasse a comportarmi in questo modo, io vorrei sentirmi libera...vorrei ma non posso".

DIMENSIONI SINTOMATOLOGICHE

Nella descrizione del caso clinico di Maria è evidentemente la rappresentazione del sottotipo del DOC definito come washer, secondo la classificazione nei quattro cluster psicopatologici principali, descritti successivamente. Studi recenti, tuttavia, hanno iniziato ad evidenziare i potenziali rischi diagnostici, i limiti e la confusione diagnostica generata dall'utilizzo e dalla etichettatura dei diversi cluster, soprattutto per la intercorrelazione, la fluttuazione e la sovrapposizione descrittiva in altre forme categoriali. La confusione aumenta per i dati contrastanti provenienti dalla stabilizzazione sintomatologica nei diversi sottotipi diagnostici. Infatti, mentre è risaputo che sintomi del DOC fluttuano durante il decorso della vita dell'individuo, diversi studi preliminari recenti sembrano indicare che i sintomi principali dei pazienti rimangono nelle loro rispettive dimensioni. Altri studi, invece, mostrano l'assenza della fluttuazione sintomatologica da un sottotipo ad un altro. Fin dalle prime descrizioni del DOC, i clinici hanno cercato di dividerlo in differenti sottocategorie. Già nel 1869, lo psichiatra francese Jean-Pierre Falret differenziava la "folie du doute" (follia del dubbio) e il "delire du toucher" (delirio del tatto). Altre classificazioni distinguevano le ossessioni in autogene, quando le ossessioni tendevano ad essere pensieri consci automatici, o reattive, quando queste ossessioni erano evocate da stimoli esterni. nel 1980, il DSM-III definiva semplicemente

il DOC senza indicare specifici sintomi o sottotipi. Lo sviluppo della ricerca e l'inclusione di dati provenienti dalla ricerca genetica, della neurobiologia e di neuroimaging, hanno sviluppato modelli multidimensionali. Le differenti dimensioni del DOC possono orientare e indicare differenti risposte a differenti interventi terapeutici.

Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) è stato considerato fino alla metà degli anni '60 resistente al trattamento sia con la psicoterapia psicodinamica che con farmaci. Il primo significativo passo avanti nella gestione terapeutiche del disturbo è arrivato sotto forma di esposizione e di prevenzione dei rituali, con l'introduzione di alcune forme di terapia cognitivo comportamentale (CBT) e di farmaci di nuova generazione.

CLUSTER PSICOPATOLOGICI

È ampiamente riconosciuto che il DOC è un disturbo eterogeneo e diverse indagini analitiche hanno portato all'identificazione di numerosi domini sintomatici replicabili. Riassumendo i risultati di otto analisi fattoriali e dei cluster dei sintomi del DOC, Calamari et al. (2004) hanno rilevato che il washing, harming/checking, e hoarding sono universalmente rappresentati. Pertanto classicamente nel DOC si distinguono quattro cluster psicopatologici (Dèttore, 1998):

- washers: il disturbo è caratterizzato da rituali di lavaggio con ossessioni fobiche di contaminazione, si riscontra maggiormente nel sesso femminile. Le ossessioni fobiche riguardano per lo più il timore dello sporco, dei germi, degli agenti cancerogeni, delle radiazioni. I rituali di pulizia (neutralizzazione) costringono la persona ad attività ripetitive di lavaggio e disinfezione;
- checkers: il disturbo è caratterizzato da ossessioni dubitative e di indecisione con compulsioni di controllo, è maggiormente presente nel sesso maschile. Le ossessioni dubitative riguardano il timore di non aver eseguito correttamente incombenze quotidiane, di aver recato danni a sé o ad altri. I rituali di controllo costringono la persona a continue ricapitolazioni di quanto è stato fatto;
- pure obsessive: il disturbo è caratterizzato dalla presenza di ossessioni in assenza di compulsioni. Le idee ossessive sono

prevalentemente di tipo aggressivo, sessuale o religioso; Lentezza primaria: il disturbo è caratterizzato dall'assenza di ossessioni, compulsioni e stati di ansia. Ogni azione è pervasa da un'estrema lentezza. Inoltre, vi sono forme cliniche relative ai ruminativi in cui la persona trascorre la maggior parte del tempo rimuginando su questioni generiche, irrisolvibili a carattere filosofico o religioso;

- hording: la persona accumula oggetti senza riuscire a gettare via nulla; simmetria e ripetitività: il soggetto presenta ossessioni e rituali generalmente numerici associati alla necessità di simmetria ordine e ripetitività; modalità delirante in cui il soggetto può presentare una totale mancanza di insight rispetto alle ossessioni tale da assumere una modalità delirante.

Il modello cognitivo presuppone la conoscenza dei processi cognitivi a quattro livelli coinvolti nella produzione della risposta ritenuta come conseguenza di un errore di valutazione. Il pensiero ossessivo ovvero il pensiero palese; i pensieri automatici che riguardano il dialogo interno; le credenze e le convinzioni che rappresentano tacite conoscenze di cui il soggetto non ha consapevolezza e lo schema che riguarda il livello cognitivo profondo, creato su credenze e regole basilari.

MODELLO DI SALVOSKIS

Numerosi autori hanno proposto modelli teorici per cercare di spiegare come le ossessioni e le compulsioni emergono dai vissuti psicopatologici degli individui affetti. Tra questi modelli, interessante è il modello dell'approccio cognitivo-comportamentale di Paul Salkovskis della University of Bath, UK (1985, 1996). Salkovskis identifica le differenze fra pensieri ossessivi e pensieri negativi automatici. L'ambiente esterno presenta una serie di stimoli potenziali in grado di indurre pensieri ossessivi, intrusivi, egodistonici, irrazionali. A seconda del significato che la persona attribuisce agli eventi esterni, possono innescarsi pensieri automatici intrusivi. I pensieri automatici possono indurre a risposte neutralizzanti in grado di produrre sollievo. Tutti gli individui sperimentano pensieri intrusivi durante la propria vita, solo alcuni subiscono pensieri ossessivi intrusivi significativi dal punto di

vista clinico (cioè intrusioni indesiderate, angosianti e difficili da rimuovere).

Salkovskis sosteneva che i pensieri intrusivi – desiderati o indesiderati – riflettono le preoccupazioni della persona che nascono nel cervello da “una idea generatrice”. Le preoccupazioni sono scatenate automaticamente da sollecitazioni interne o esterne. Secondo questo modello i pensieri intrusivi si sviluppano in ossessioni solo quando l’individuo valuta le intrusioni come una minaccia di cui è direttamente responsabile. La maggior parte delle persone considera tale intrusione come un evento privo di significato, senza correlazione con eventuali proprie responsabilità, definita da Salkovski come “mental flotsam (detriti galleggianti mentali)”. La comparsa di questi pensieri intrusivi può evocare uno stato di angoscia che vengono soppressi con strategie cognitive alternative, attraverso risposte neutralizzanti.

Così come per i pensieri intrusivi, il modello di Salkovski spiega il significato patologico delle compulsioni. Le compulsioni sono, infatti, considerate come sforzi per rimuovere i pensieri intrusivi e pervenire ogni conseguenza pericolosa percepita della persona, attraverso risposte neutralizzanti. Il modello evidenzia tre principali motivi sulla persistenza e sulla gravità di questi comportamenti. Il primo motivo è che essi sono rinforzati dalla riduzione rapida, immediata dello stress e dalla temporanea rimozione del pensiero non voluto (rinforzo negativo). Secondo, impediscono alla persona di apprendere che il loro significato non è realistico (la persona non riesce a capire che i pensieri indesiderati legati al danno non portano a danni) le compulsioni influenzano la frequenza delle intrusioni utilizzando le sollecitazioni delle intrusioni, innescando in questo modo le ripetizioni comportamentali (ad esempio, il lavaggio delle mani compulsivo può ricordare alla persona che potrebbe essere stata contaminata).

I tentativi di distrarsi dai pensieri intrusivi indesiderati possono paradossalmente aumentare la frequenza delle intrusioni, probabilmente perché le sollecitazioni interne o esterne diventano richiami (segnali di recupero) delle intrusioni. Le compulsioni, quindi, mantengono le intrusioni e impediscono alla persona di valutare l’esattezza delle sue valutazioni, in una sorta di corto circuito. Le risposte neutralizzanti producono tre principali effetti. Il primo è caratterizzato da una riduzione del disagio (rinforzo negativo); il secondo è l’assenza di una

punizione (schema di pensiero auto rinforzante); ed infine, il terzo effetto è il comportamento neutralizzante che costituisce di per sé uno stimolo innescante ad ulteriori sequenze di pensieri automatici ed ulteriori sequenze di controllo (Taylor et al., 2009).

NEUROBIOLOGIA, NEUROCIRCUITI E NEUROIMAGING

I modelli neuroanatomici del DOC e dei disturbi correlati evidenziano l'importanza del circuito cerebrale cortico-striato-talamo-corticale (CSTS). Nell'ormai classico articolo, Alexander e colleghi introdussero e rivisitarono i dati riguardanti l'organizzazione di circuiti multipli, paralleli e segregati del CSTC (Alexander et al., 1986). Ciascun circuito è costituito da una varietà di proiezioni di diverse zone corticali per specifiche gruppi cellulari dello striato, che a sua volta invia proiezioni attraverso i gangli della base al talamo. Questi circuiti si chiudono con proiezioni che dal talamo terminano a specifiche aree corticali. L'importanza di questi circuiti del DOC è dovuta alla correlazione che circuiti affettivi, sensomotori, cognitivi ventrali e dorsali. Le tecniche di neuroimaging supportano un ruolo centrale per uno specifico circuito CSTC, il circuito cognitivo ventrale nella patofisiologia del DOC. Recenti indagini hanno evidenziato anche il coinvolgimento delle regioni cerebrali fronto-limbiche e fronto-parietali nel DOC. numerose evidenze delle neuroimaging, quindi, supportano il ruolo della disfunzione di questi circuiti nella patofisiologia del disturbo.

Fin dai primi studi condotti sugli animali di laboratorio si è potuto osservare da un punto di vista neuroanatomico che in questi animali le lesioni bilaterali dell'ippocampo sono in grado di evocare comportamenti ripetitivi e stereotipati. (Delius et al, 1970). I dati ottenuti mediante le tecniche di "brain imaging funzionale" (PET) hanno mostrato un aumento dell'attività metabolica corticale nelle regioni prefrontali destra e sinistra, nella corteccia premotoria e nel giro del cingolo anteriore. Questi reperti e alcune evidenze cliniche (maggiore prevalenza in soggetti mancini, difficoltà di percezione dello spazio e coesistenza frequente di manifestazioni neurologiche nell'emisfero sinistro) hanno portato all'ipotesi che nel disturbo

ossessivo-compulsivo sia presente una disfunzione del lobo frontale non dominante, conseguenza della sua mancata inibizione per una alterazione a livello del giro cingolato.

Gli studi di imaging funzionale hanno documentato una iperattività (metabolismo o perfusione aumentati) nei circuiti CSTC nei pazienti affetti da DOC rispetto ai gruppi di controllo, con una successiva riduzione di tale iperattività dopo trattamenti farmacologici e psicoterapeutici (Zhao et al., 2017).

Un gruppo di ricerca internazionale il Enhancing Neuro-Imaging Genetics Through Meta-Analysis (ENIGMA) (Boedhoe et al., 2017) ha unito le proprie forze per studiare le alterazioni cerebrali nel DOC. I pazienti adulti affetti da DOC hanno volumi ippocampali più piccoli e volumi del pallido più grandi. Il volume più piccolo dell'ippocampo sembra essere associato ad una maggiore comorbidità con la depressione maggiore e con i casi ad insorgenza in età adulta. I bambini affetti da DOC hanno, inoltre, un volume talamico più grande rispetto ai ragazzi sani di pari età. Per quanto riguarda la corteccia cerebrale, numerosi studi di neuroimaging (RMI) hanno costantemente mostrato anomalie nella corteccia dorsomediale prefrontale e cingolata anteriore (de Wit et al., 2014). Sono state segnalate anomalie anche nelle regioni fronto-parietale e temporo-parietale (Fouche J-P et al., 2017). Lo studio ENIGMA è stato effettuato attraverso scansioni cerebrali MRI una popolazione di pazienti adulti (1498 DOC versus 1436 controlli) e bambini (407 DOC versus 324 controlli). I risultati ottenuti hanno evidenziato che la corteccia parietale è fortemente implicata nel DOC negli adulti e nei bambini. Questo studio ha confermato il ridotto spessore della corteccia parietale inferiore nei pazienti adulti affetti da DOC rispetto ai controlli, mentre per la prima volta ha evidenziato tale alterazione anche nei pazienti in età pediatrica.

L'importanza di questi dati è da mettere in correlazione con gli studi cognitivi che suggeriscono che la corteccia parietale gioca un ruolo significativo nella gestione dei deficit cognitivi dei pazienti con DOC. L'attivazione del lobo parietale può essere correlata all'attenzione, alla modificazione degli obiettivi alla pianificazione e all'inibizione della risposta, che sono compromessi nei pazienti con DOC (Graybiel, Rauch 2000) e riflettono una mancanza di flessibilità cognitiva che può essere correlata alla natura ripetitiva dei sintomi e dei comportamenti

del DOC. La fenomenologia del disturbo è coerente con l'idea di una relazione interrotta tra il pensiero interno e le informazioni esterne, in quanto i pazienti spesso si concentrano eccessivamente su paure generate internamente che sono incoerenti con le evidenti prove presenti nell'ambiente esterno (O' Connor, Aardema, 2003).

RIFLESSIONI TERAPEUTICHE

L'evidenza clinica dell'efficacia antiossessiva di molecole in grado di inibire selettivamente il reuptake della serotonina quali clomipramina, fluoxetina e fluvoxamina ha indotto a considerare che i pazienti affetti da disturbo ossessivo-compulsivo abbiano un'azione di up-regulation dei recettori serotoninergici. Questa formulazione dell'ipotesi serotoninergica trova conferme cliniche nel lungo periodo di latenza nell'azione degli inibitori selettivi del reuptake della serotonina e nel peggioramento dei sintomi che solitamente si osservano nelle prime fasi del trattamento poiché queste sostanze inducono inizialmente un aumento del contenuto di serotonina nella fessura sinaptica (Wheaton et al., 2016; Foa et al., 1980). Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) è una delle condizioni psicopatologiche più complesse da trattare. Gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) hanno mostrato un certo grado di efficacia, soprattutto se utilizzati per tempi prolungati e a dosaggi elevati. Ciononostante, la sola terapia con SSRI spesso non è sufficiente ad ottenere miglioramenti clinici significativi. Sono state quindi proposte varie strategie di "augmentation" di quest'ultima, inserite nelle linee guida, in particolare con antipsicotici atipici quali il risperidone. Uno studio randomizzato e controllato, pubblicato su *JAMA Psychiatry*, tuttavia, ha messo a confronto l'augmentation con risperidone (per 8 settimane, fino a 4mg/die) e quella con terapia comportamentale, basata essenzialmente su protocolli di esposizione e prevenzione della risposta (17 sedute, con cadenza bisettimanale). Lo studio, condotto su 100 pazienti DOC randomizzati, ha mostrato una netta prevalenza dell'efficacia della terapia comportamentale, che ha ottenuto una riduzione di almeno il 25% dei punteggi alla Y-BOCS nell'80% dei pazienti (contro il 23% del risperidone e il 15% del placebo (Simpson et al., 2013).

Uno dei problemi emergente dalla letteratura sul DOC è la significativa percentuale (dal 40 al 60%) di pazienti che non risponde (diminuzione del punteggio alla Y-BOCS del 30-50%) ai classici protocolli con SSRI. Dati di letteratura (Mataix-Cols et al., 1999) e quelli ricavati dallo studio presentato da Erzegovesi (2001) identificano numerose caratteristiche cliniche associate ad una risposta negativa agli SSRI: esordio precoce, comorbilità con disturbo da tic, comorbilità con fobia sociale, comorbilità con disturbi di personalità (schizotipico ed ossessivo-compulsivo), presenza di ossessioni di accumulo, pattern decisionali peggiori, scarsa familiarità e “poor insight” (insight score alla Y-BOCS).

Bibliografia

- Alexander GE, DeLong MR, Strick PL. Parallel organization of functionally segregated circuits linking basal ganglia and cortex. *Annu Rev Neurosci* 1986; 9:357-81.
- Boedhoe PSW et al.. ENIGMA OCD Working Group. Cortical Abnormalities Associated With Pediatric and Adult Obsessive-Compulsive Disorder: Findings From the ENIGMA Obsessive-Compulsive Disorder Working Group. *Am J Psychiatry*. 2017 Dec 15.
- Calamari JE, Wiegartz PS, Riemann BC, Cohen RJ, Greer A, Jacobi DM, Carmin C. Obsessive-compulsive disorder subtypes: An attempted replication and extension of a symptom-based taxonomy. *Behav Res Ther* 2004; 42:647-670
- Delius JD. “Irrelevant behaviour, information processing and arousal homeostasis”. *Psychologische Forschung* 1970; 33:165-188
- de Wit SJ, Alonso P, Schweren L, et al: Multicenter voxel-based morphometry mega-analysis of structural brain scans in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2014; 171:340-349
- Dèttore D. Il disturbo ossessivo-compulsivo. Caratteristiche cliniche e tecniche di intervento. Mc Graw Hill, 1998.
- Erzegovesi S, Cavallini MC, Cavedini P, Diaferia G, Locatelli M, Bellodi L. Clinical predictors of drug response in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2001; 21:488-92.
- Foa EB, Steketee GS, Milby J. Differential effects of exposure and response prevention in obsessive-compulsive washers. *J Consult Clin Psychology* 1980; 48:71-79.

- Fouche J-P, du Plessis S, Hattingh C, et al: Cortical thickness in obsessive-compulsive disorder: multisite mega-analysis of 780 brain scans from six centres. *Br J Psychiatry* 2017; 210:67-7
- Graybiel AM, Rauch SL: Toward a neurobiology of obsessive-compulsive disorder. *Neuron* 2000; 28:343-347
- Mataix-Cols D, Rauch SL, Manzo PA, Jenike MA, Baer L. Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1409-16.
- O'Connor K, Aardema F: Fusion or confusion in obsessive compulsive disorder. *Psychol Rep* 2003; 93:227-23
- Pauls DL. The genetics of obsessive-compulsive disorder: a review. *Dialogues Clin Neurosci* 2010; 12:149-163
- Salkovskis PM. Problemi ossessivo-compulsivi: un'analisi cognitivo-comportamentale. *Terapia del comportamento* 1985;12: 53-75
- Salkovskis PM. Cognitive-behavioral approaches to the understanding of obsessional problems. In: Current controversies in the anxiety disorders. Rapee RM (ed.). Guilford Press, New York, pp. 103-134, 1996.
- Skapinakis P, Caldwell DM, Hollingworth W, Bryden P, Fineberg NA, Salkovskis P, Welton NJ, Baxter H, Kessler D, Churchill R5, Lewis G. Pharmacological and psycho-therapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2016; 3:730-739.
- Simpson HB, Foa EB, Liebowitz MR, Huppert JD, Cahill S, Maher MJ, et al. Cognitive-behavioral therapy vs risperidone for augmenting serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2013; 70:1190-9
- Taylor S, Abramowitz JS, McKay D. Obsessive-compulsive disorder. *Lancet* 2009; 374:491-9.
- Wheaton MG, Galfalvy H, Steinman SA, Wall MM, Foa EB, Simpson HB. Patient adherence and treatment outcome with exposure and response prevention for OCD: Which components of adherence matter and who becomes well? *Behav Res Ther* 2016;85:6-12
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al: The cross-national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *J Clin Psychiatry* 55(suppl):5-10, 1994.
- Zhao HZ, Wang CH, Gao ZZ, Ma JD, Huang P et al.. Effectiveness of cognitive-coping therapy and alteration of resting-state brain function in obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 2017; 208:184-190.

SUMMARY

The obsessive-compulsive disorder manifests with a prevalence of between 1.1% and 1.6% worldwide. The Obsessive-Compulsive Disorder (DOC) was considered until the mid-years '60 resistant to different types of treatment. The first significant breakthrough in the therapeutic management of the disorder has come in the form of exposure and prevention of rituals, with the introduction of some forms of cognitive behavioral therapy (CBT) and new-generation medications. In the treatment of DOC it is essential to distinguish four pathological clusters (Dèttore, 1998) such as: washers; checkers; pure obsessive; hoarding, to identify the differences between obsessive thoughts and automatic negative thoughts (Salkovskis, 1985). The external environment presents several potential stimuli able to induce obsessive, intrusive, irrational thoughts. Depending on the meaning that the person attaches to external events, automatic intrusive thoughts can trigger. Automatic thoughts can lead to neutralizing responses that can produce relief. Functional imaging studies have documented hyperactivity (increased metabolism or perfusion) in CSTC circuits in DOC patients compared to control groups, with subsequent reduction of this hyperactivity after pharmacological treatments and psycho-therapeutic. The ENIGMA study also confirmed the reduced thickness of the inferior parietal cortex in adult DOC patients compared to controls, the importance of this data is to be correlated with cognitive studies that suggest that the cortex plays a significant role in the management of cognitive deficits of patients with DOC.

Keywords: OCD, CBT, neurocircuits

Corrispondenza

Dott.ssa Barbara Solomita
Psicologa
Mail: barbarasolomita@alice.it
cell: +39 327010376

I FENOMENI OSSESSIVI, PRECURSORI EVOLUTIVI DEL PENSIERO CONSCIO VOLONTARIO

Dott. Francesco Franza
Psichiatra

RIASSUNTO

Gli sforzi continui della psicologia e della psichiatria di comprendere le funzioni cerebrali e le loro implicazioni sui comportamenti umani e sulla psicopatologia ha spinto i ricercatori a guardare a nuovi orizzonti diagnostici e terapeutici. Dal punto di vista evuzionistico alcuni sintomi e sindromi psichiatrici possono rappresentare strategie adattative maladattative oppure manifestazioni patologiche e accentuate di strategie che possono essere causate da una serie di fattori. Una nuova ipotesi viene presentata nell'ambito della psicologia evolutiva che tenta di spiegare le origini del disordine ossessivo-compulsivo, secondo la quale le ossessioni e le compulsioni derivino dall'iperattività di un modulo mentale che la maggior parte degli esseri umani possiede e ha la funzione di generare scenari di rischio senza l'intervento volontario.

I fenomeni ossessivi, quindi, sono processi di evitamento di possibili rischi ed eludere così rischi immediati e futuri che possono mettere a rischio la sopravvivenza dell'individuo. Il Disturbo Ossessivo Compulsivo, quindi, secondo il modello evuzionistico, può essere considerato come il mantenimento o l'evoluzione di una versione accentuata di una strategia adattativa che ha migliorato la capacità riproduttiva di queglii umani che possedevano questo tratto rispetto a quelli che non facevano parte del loro ambiente primordiale.

Questi comportamenti aumentano il fitness riproduttivo degli uomini che posseggono questo tratto proveniente da un comportamento innato.

Parole chiave: *evuzionismo, DOC, ossessioni, compulsioni.*

INTRODUZIONE

Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) è una patologia diffusa ed invalidante, i cui meccanismi psicopatologici ed eziologici non sono conosciuti completamente. Sebbene negli ultimi anni siano stati fatti molti passi in avanti nella ricerca di strategie terapeutiche, con un significativo contributo nella cura di tale sofferenza, ancora non sono disponibili cure definitive. Negli ultimi 30 anni il cambiamento nella percezione e nel trattamento del DOC da parte dei ricercatori e dei professionisti della salute mentale è stato notevole. Questo processo, ancora in corso, si muove verso un modello multidimensionale (Hudak R, 2011) che ha l'obiettivo di sviluppare approcci diagnostici e terapeutici in grado di eliminare o di ridurre il grave corredo sintomatologico che impedisce un adeguato inserimento nella vita quotidiana sociale, familiare con marcata compromissione della qualità della vita della persona affetta. In questo quadro di ricerca affannosa delle cause e delle cure del DOC è interessante evidenziare la prospettiva evoluzionistica che tenta di spiegarne le origini (Abed RT, de Pauw KW, 1998; Feygin et al., 2006). Il modello evoluzionistico analizza il DOC da un punto di vista individuale e sociale (di gruppo) in quanto i suoi sintomi sono basati su comportamenti considerati evolutivamente vantaggiosi non solo per la sopravvivenza e per la capacità riproduttiva individuale ma anche per vantaggi che l'intera collettività sociale può beneficiare, proiettandosi verso la selezione naturale (Gonda X et al., 2008). I teorici dell'evoluzionismo ritengono che una totale spiegazione biologica di ciascun tratto sintomatologico e/o di personalità può essere indirizzata non solo verso meccanismi prossimali (per esempio, il sottostante substrato neurobiologico del disturbo ossessivo-compulsivo) ma anche verso meccanismi distali (che considerano come si sono sviluppati tali meccanismi biologici) (Stein et al, 2016). In questo articolo abbiamo cercato di sintetizzare le attuali conoscenze e considerazioni nella intercorrelazione tra la medicina evolutiva e il DOC, enfatizzando alcuni aspetti associati ai vantaggi e alle potenzialità diagnostiche e terapeutiche dell'applicazione della teoria evoluzionistica in questa patologia.

VULNERABILITÀ AI DISTURBI MENTALI NELLA TEORIA EVOLUZIONISTICA

Quando nel 1872 fu pubblicato il volume *The Expression of Emotions in man and Animals*, (Trad. it., 2012), Darwin spalancò la porta alla spiegazione evoluzionistica del comportamento umano. L'analisi di Darwin è incentrata sull'idea che le variazioni e le diversità tra gli individui di una popolazione forniscono le basi per la competizione e la selezione naturale dei più adatti, che quindi, in quanto tali, si riproducono più facilmente. Questo processo opera sulla continua generazione di diversità nell'ambito di una popolazione (Denton D, 2009). Ma solo negli anni Trenta del secolo scorso autori come Fisher (1930), Haldane (1932) e Wright (1930) hanno iniziato ad integrare le crescenti scoperte genetiche alla selezione naturale, creando il filone di ricerca e di sperimentazione denominato "neo-darwinismo". Una successiva spinta nella descrizione dei fenomeni evolutivi della mente umana è stata data da Edward O Wilson con la pubblicazione nel 1975 del volume "Sociobiology" (ultima edizione 2000). In questo testo, sebbene con definizioni spesso ambigue, venivano descritti i diversi comportamenti umani dal punto di vista evoluzionistico (ad es., l'aggressività, il comportamento sociale, la comunicazione nel gruppo, il comportamento sociale, l'altruismo etc.). *"L'evoluzionismo sociale"*, afferma Wilson, *"è l'outcome della risposta genetica alla pressione ecologica nei limiti imposti dall'inerzia filogenetica. Tipicamente l'adattamento definito dalla pressione è di entità limitata"*. Nonostante i limiti e le contraddizioni di Wilson, i suoi lavori diedero la spinta all'interesse della psichiatria delle idee teoretiche evoluzionistiche parallelamente a quello delle scienze sociali. Lo studio dei comportamenti umani e delle alterazioni di tali comportamenti ha iniziato ad indicare possibili interpretazioni evoluzionistiche sulla nascita, sulla "utilità", e sul mantenimento delle patologie psichiatriche (McGuire MI, Troisi, 2003). Un balzo in avanti, tuttavia, alla ricerca dei meccanismi cerebrali e dei suoi fenotipi è stato dato dallo sviluppo delle neuroscienze. Questo sviluppo ha contribuito alla evidenziazione di correlati anatomici e psichici nella genesi delle patologie psichiatriche. Edelman nella definizione di "darwinismo neurale" (1995) ha sottolineato che la selezione somatica si sviluppa durante la crescita degli individui attraverso la connettività delle sinapsi già nei primi stadi dello sviluppo embrionale. Nel corso

della vita, quindi, nell'ambito delle popolazioni di neuroni ha luogo un processo di selezione sinaptica frutto dell'esperienza comportamentale. Si propone, questa teoria, di unificare diverse aree di studio nell'ambito delle neuroscienze, spaziando dallo sviluppo alla funzione sinaptica e dalla neuroanatomia all'evoluzione del fenotipo, per culminare al rapporto tra psicologia e struttura del cervello.

Sulla base di queste riflessioni teoriche evolucionistiche, alcuni autori (Williams, Nesse 1991; Nesse, Williams, 1997) si sono posti la domanda del paradosso della vulnerabilità alle malattie nell'uomo e perché la selezione naturale non ne ha decretato l'eliminazione, ipotizzando possibili vantaggi secondari alla persistenza delle patologie psichiatriche. Hanno delineato sei possibili ragioni evolutive: difesa; coevoluzione, nuovi ambienti, meccanismi di difesa avversi ma utili, incompatibilità, vantaggio riproduttivo a scapito del individuo e compromessi. Tutti questi meccanismi possono portare alla considerazione che *“molti geni che predispongono alle malattie portano vantaggi in termini di fitness, che spesso a causare le malattie mentali siano i nuovi aspetti della vita moderna e che i molti uni deboli della psicologia umana non siano errori ma compromessi di progettazione (Nesse & Williams, 1997)”*.

I sistemi neurobiologici si sono evoluti per generare strategie psicologiche e comportamentali adattative e non per produrre stati psicopatologici (Gilbert, 1993). Ne consegue che le disfunzioni non possono essere chiaramente concettualizzate fino a quando non è stata correttamente identificata la funzione corretta di quel sistema biologico (Bolton & Hill, 2004).

I teorici darwiniani hanno suggerito, quindi, che alcuni sintomi e sindromi psichiatriche possono essere rappresentate da strategie adattative errate o versioni accentuate di strategie originarie che possono essere state provocate da fattori esterni. McGuire e Troisi, nel loro libro *Psichiatria Darwiniana*, considerato eretico da una corrente “filosofica” psichiatrica, sostengono *“la necessità di adottare la teoria evolucionistica come quadro di riferimento teorico per l'interpretazione dei disturbi psichiatrici”*. Secondo tale modello, malattie come la depressione, la depressione, i disturbi d'ansia, i disturbi di personalità, così come le emozioni, o piuttosto il legame di attaccamento possono essere spiegate così dal punto di vista evolucionistico.

UN MODELLO EVOLUZIONISTICO PER IL DOC

Il Disturbo Ossessivo Compulsivo, secondo il modello evolucionistico, può essere considerato come il mantenimento o l'evoluzione di una versione accentuata di una strategia adattativa che ha migliorato la capacità riproduttiva di quegli umani che possedevano questo tratto rispetto a quelli che non facevano parte del loro ambiente primordiale. Questi comportamenti aumentano il fitness riproduttivo degli uomini che posseggono questo tratto proveniente da un comportamento innato.

È opinione diffusa dei ricercatori evolucionisti che le ossessioni e le compulsioni possano originare da una iperattività del modulo mentale, presente nella maggior parte degli uomini, che ha la funzione di prevedere possibili scenari critici e rischiosi per la sopravvivenza senza attendersi un intervento, un comportamento o una azione volontaria. L'ipotesi evolucionistica prevede che i fenomeni ossessivi funzionino come un interruttore off-line per i processi di evitamento dei rischi, disegnato con lo scopo di determinare un comportamento di evitamento del rischio di un evento futuro, differenziandosi dalle strategie utilizzate dall'ansia e dai fenomeni ad essa associati, che agiscono come un interruttore on-line dei fenomeni emotivi, disegnato, invece, per consentire l'evitamento di rischi diretti ed immediati.

Quest'ipotesi tenta di dare un contributo alla individuazione delle cause ultime del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC). Essa si basa sulla visione darwiniana secondo la quale i sistemi biologici, incluse le funzioni psicologiche, si sono evolute attraverso una selezione naturale a causa del loro contributo al benessere complessivo del sistema individuo/ambiente. L'ipotesi tenta di dare un resoconto al normale funzionamento (adattativo) del sistema neurologico responsabile dei fenomeni ossessivi, un'area che sta ricevendo una grande attenzione dalla letteratura psichiatrica e psicologica. Le teorie darwiniane hanno suggerito che alcuni sintomi ed alcune sindromi psichiatriche idiomatiche possono rappresentare strategie di adattamento errate o versioni accentuate di strategie originali che possono essere state causate da un numero di fattori prossimali (Abed & de Pauw 1998; Nesse & Williams, 1997; McGuire & Troisi, 2003; Stevens & Price, 2000).

La considerazione che l'esperienza di un pensiero intrusivo non desiderato e di rituali compulsivi sia un fenomeno universale transculturale rafforza questa osservazione (Rapoport & Fiske, 1998). Inoltre, la relativa alta percentuale lifetime del DOC in circa il 2,5% della popolazione general e la prevalenza ad un anno di 1.1%–1.8%

(Weissman et al., 1994) può contraddire l'etiopatogenesi di una mutazione genetica potendo, invece, essere sostenuta dalla possibile comparsa di una forma accentuata e patologica di un potenziale tratto adattativo (Wilson, 1998).

IL VANTAGGIO “SOCIALE” DEL DOC

I comportamenti compulsivi associati al DOC riguardano tipicamente l'igiene, il mettere in ordine, la continua verifica, il continuo lavarsi mentre le ossessioni comprendono pensieri intrusivi e indesiderati, pensieri per evitare danni e proibizioni, ad esempio. Dal punto di vista evolutivo sembra, quindi, possibile attribuire questi segni e sintomi ad amplificazioni ed esagerazioni dei processi adattativi sviluppati per aggirare ostacoli ed evitare rischi pericolosi per la salute e la sopravvivenza dell'individuo (Woody & Szechtman, 2011). L'interpretazione etologica enfatizza le similitudini del comportamento compulsivo con i movimenti stereotipati negli animali, così come i rituali umani e i comportamenti ritualizzati. Il gruppo di Nurnberg (1997) considera che le stereotipie animali, che spesso si manifestano in condizioni associate a restrizioni fisiche (ad es., alloggio in gabbie piccole e strette), condividono con le compulsioni umane gli aspetti, i fattori e i comportamenti di una performance eccessiva ed inappropriata rispetto al contesto. I comportamenti compulsivi nel DOC somigliano, inoltre, ai rituali sociali umani legati alla cultura e che spesso si manifestano in forme altamente stereotipate ed esagerate. Molti rituali, tuttavia, hanno scopi sociali legati al contenimento della paura, dell'angoscia o della percezione delle minacce percepite. Contrariamente alle compulsioni i rituali sociali sono, invece, accettati come pattern culturalmente implementati di comportamenti e che spesso hanno lo scopo di rendere coeso il gruppo e di condividere l'identità e l'apparenza al gruppo

stesso (Polimeni et al, 2005). Secondo questi autori il DOC può, quindi, riflettere una antica forma di specializzazione comportamentale. Stesse osservazioni sono state effettuate da Abed e de Pauw (1998) secondo i quali i fenomeni ossessivi sono processi ideativi arcaici, involontari, ripetitivi che stimolano forti stati emotivi contrastanti (ad es., paura, disgusto) e sono responsabili di un aumentato rischio di comportamento di evitamento. Ipotizzano che il sistema neurobiologico che genera questi fenomeni abbia la funzione di immaginare scenari di rischio senza intervento cosciente e questa funzione agisce come un “sistema involontario di generazione dei scenari di rischio ‘Involuntary Risk Scenario Generating System’ (IRSGS)”.

I rituali compulsivi, gli altri componenti del DOC sono considerati come primitivi danni comportamentali che sono sotto controllo semivolontario (Bradshaw, 1997). Si ritiene che gli IRSGS operino primariamente come un sistema di condizionamento autogenerato mentre l'individuo può sviluppare strategie comportamentali di evitamento senza correre il rischio di essere coinvolto in situazioni pericolose per la propria vita. La funzione adattativa di questo sistema permette così di proteggere l'organismo dall'aver pericolose situazioni sociali e fisiche nella vita reale, mentre fornisce la stessa risposta di apprendimento sulla sicurezza fisica totale.

La capacità dell'individuo di imparare ad evitare i più comuni pericoli senza la necessità di sperimentarli nella vita reale gli conferisce un ovvio vantaggio in rispetto ad altri individui che non lo posseggono. Ciò potrebbe assicurare la diffusione dei tratti ossessivi nelle popolazioni ma, come con i principali tratti, estreme variabili possono provocare danni e possono ridurre le capacità riproduttive. I processi cognitivi coinvolti nel pensiero ossessivo e nella ruminazione delle idee riguardano le difficoltà nei processi decisionali, di modificare i compiti stabiliti e dare la priorità alle routine comportamentali, e l'immaginare futuri scenari rischiosi. Ciò può portare allo sviluppo di strategie comportamentali di evitamento di futuri scenari di rischio senza che le persone possano correre un pericolo reale. In accordo con l'ipotesi che un iperattivo “sistema generante scenari rischiosi” sia il nucleo centrale del DOC, tali pensieri ossessivi dovrebbero essere rari negli individui che abitualmente sono coinvolti in attività rischiose, così come le persone con psicopatie e disturbo antisociale di personalità.

Al contrario, le persone con DOC tenderebbero ad essere socialmente conformi e rispettosi delle regole al fine di evitare rischi sociali (Brune M, 2016).

Un altro aspetto considerato da Abed e de Pauw (1998) è la prevalenza dell'insorgenza del DOC nelle donne. Secondo questi autori i periodi biologicamente vulnerabili sono la pubertà, il menarca, la gravidanza, la nascita dei figli, dove l'aumentata vigilanza a pericoli potenziali, aumenta il rischio dell'insorgenza o del peggioramento dei sintomi ossessivo-compulsivi. Sembra plausibile, inoltre, affermare che la ruminazione ossessiva sia un "costoso sottoprodotto" dell'abilità umana della "lungimiranza".

L'immaginazione di eventi futuri e la rappresentazione delle esperienze passate (memoria episodica) fornisce la capacità di viaggiare mentalmente nel tempo, di prevedere gli eventi, condizione che sembra essere unica negli umani. Questa capacità fornisce, quindi, vantaggi in termini di sopravvivenza.

Il DOC può comportare una eccessiva meta-rappresentazione dei rischi anticipati per sé stesso e per gli altri per aumentare il controllo e la prevedibilità di eventi futuri. I recenti studi di neuroimaging confermano tali ipotesi in quanto le regioni cerebrali probabilmente coinvolte con la patogenesi del DOC sono strettamente interconnesse con le regioni che sono selettivamente coinvolte nella pianificazione delle azioni future e nel recupero della memoria episodica (Rasgon et al., 2017).

Il DOC e i disturbi ad esso correlati lungo si muovono lungo uno spectrum eterogeneo del disturbo, la maggior parte dei quali riguarda rilevanti temi evolucionistici associati all'evitamento delle minacce, alla sicurezza e in contrasto ai disturbi d'ansia, alle misure di previsione di pericoli futuri. I sintomi cognitivi così come la ruminazione ideativa persistente su pericoli futuri possono essere spiegati in quest'ottica.

Le compulsioni assomigliano e condividono importanti aspetti dei rituali umani e servono allo scopo di respingere le situazioni che possono disturbare l'armonia sociale o rappresentare una minaccia per sé stessi o per i parenti stretti.

OSSESSIONI: “SISTEMA IMMUNITARIO” DELLA MENTE

La selezione dei gruppi neuronali descritta da Edelman, presenta analogie con la teoria della selezione clonale proposta nell'ambito dell'immunologia dal premio Nobel australiano Frank Macfarlane Burnet, nel 1957 che riteneva che l'organismo di un individuo avrebbe la capacità innata di produrre un vasto repertorio di molecole anticorpali, ciascuna delle quali presenta una forma differente nel proprio sito di combinazione con l'antigene. Ciò prima che avvenga un incontro con un elemento estraneo, un non-self, un antigene. I due elementi non-self e parte della struttura linfocitaria self si uniscono saldamente, determinando una moltiplicazione della scissione della cellula stessa, con la conseguente nascita di una popolazione linfocitaria modificata (processo di selezione clonale). Secondo Edelman il sistema immunitario diventa il primo sistema di comunicazione e interazione comportamentale, che coinvolge il sistema genetico e il sistema ambientale. I neodarwiniani sulla base di queste osservazioni identificano in questi fenomeni parcellari il possibile sviluppo di epifenomeni che coinvolgono i sistemi emotivi e comportamentali che hanno basi neuronali ed anatomiche. Il processo ossessivo può essere responsabile della produzione di anticorpi da parte del sistema immunitario. Mentre gli anticorpi hanno la funzione di proteggere il corpo da invisibili pericoli, i pensieri ossessivi sono stati disegnati per proteggere l'individuo da pericoli dell'ambiente esterno. I geni, infine, non sono gli unici replicatori da prendere in considerazione in quanto il nostro sistema immunitario agisce secondo la selezione naturale. Lo psicologo britannico Henry Plotkin (1997) si riferisce sia al cervello sia al sistema immunitario come “Macchine di Darwin”, e nel suo studio sul darwinismo universale usa la teoria evolutiva generale per applicarla a molti altri sistemi, inclusa l'evoluzione del comportamento e delle emozioni umane.

Alcuni autori hanno suggerito che un processo simile, che coinvolge la selezione di pensieri generati spontaneamente a random, giunge al cuore di tutti gli uomini pensanti (Blackmore, 2000; Gazzaniga, 2018; Oakley & Plotkin, 2018). Nel caso della tristezza, dello sconforto e dell'angoscia un elemento che ricorre di frequente nello stato emotivo è il senso della separazione, della perdita, che può andare da un

sentimento di esclusione sociale, fino al dolore lancinante della separazione di un oggetto amato. Al di là delle specifiche situazioni esistenziali, quindi, sostiene Denton, la causa degli stati di depressione e di tristezza può ritrovarsi anche in disturbi cerebrali endogeni legati all'anomalia di determinati processi biochimici e neurali. Si sono evoluti sistemi neurobiologici necessari per generare strategie psicologiche o comportamentali adattive e non per produrre stati psicopatologici.

Il sistema neurobiologico responsabile della generazione dei pensieri ossessivi è l'analogo mentale e psicologico al sistema immunitario. Piuttosto che essere responsabile della produzione di proteine protettive (anticorpi) con il compito di neutralizzare i pericoli fisici di potenziali invasori, questo sistema potrebbe essere associato alla produzione di "pacchetti mentali" di scenari di rischio attraverso l'impiego di elementi di natura ambientale fisica e sociale per predire eventuali pericoli. Le emozioni negative dell'ansia, del disgusto o della paura potrebbero determinare comportamenti di evitamento e un processo di apprendimento di immaginazione di pericoli futuri ("immunizzazione"). A questo punto gli scenari pericolosi potrebbero cessare o semplicemente assopirsi. Così se questa ipotesi è corretta, il OCD potrebbe essere analogo a un disturbo mentale auto-immune, ad es., una risposta protettiva che va oltre l'utilità e diventa autodistruttivo.

PENSIERO IMMEDIATO E PENSIERO FUTURO

Bickerton (2014) ha ipotizzato l'esistenza di due diversi modi fondamentali di pensare, di "sentire" le emozioni: on-line ed off-line. Il pensiero on-line è frequente in molti organismi complessi e coinvolge l'attività designata per risolvere un problema direttamente prodotto da un individuo. Il pensiero off-line coinvolge l'attività mentale con lo scopo di risolvere i problemi che l'organismo potrebbe dover affrontare in futuro. Bickerton confrontando i due pensieri ritiene che il pensiero off-line è basato sul linguaggio, unico nella specie umana. Secondo questa struttura, il pensiero ossessivo dovrebbe essere considerato come una variante primitiva del pensiero off-line, non volontario. Sebbene l'idea che il pensiero umano sia basato sul linguaggio, non sia universalmente accettata (Pinker, 1994), c'è abbastanza terreno fertile

per affermare che i fenomeni ossessivi potrebbero essere stati i precursori evolutivi del pensiero conscio volontario. L'interesse per questa ipotesi potrebbe aumentare se le ossessioni sono presenti anche in altre specie animali. Il principale ostacolo nello studio di questo sistema in altri animali è costituito, ovviamente, dalla inaccessibilità al loro stato soggettivo e il problema può essere valutato soltanto indirettamente attraverso la determinazione di processi ossessivi implicati nell'apprendimento.

Molti modelli animali attuale di OCD sono basati sullo studio di comportamenti maladattativi ripetitivi. Secondo questi studi le azioni associate alla sopravvivenza dell'animale sembrano essere codificate nei gangli basali.

Le compulsioni e i tics presenti negli uomini sono considerati come frammenti di attività che originano inappropriatamente dalla disfunzione del sistema cortico-striatale in cui la componente genetica determina l'adesione sinaptica come componente chiave nel comportamento compulsivo e mostra una sequenza etichettata insieme ad aspetti funzionali fenotipici (Noh et al., 2017). Anche se l'obiettivo di questi studi non si è concentrato sullo studio dei fenomeni ossessivi la sensazione dell'esistenza di un sistema neurobiologico attraverso le specie (cross-species) nasce dalla osservazione di comportamenti vitali (principalmente di evitamento) di sopravvivenza.

L'ipotesi descritta dagli autori ritiene che le ossessioni e le compulsioni si manifestino a partire da un processo di adattamento psicologico che la maggior parte degli uomini possiede. Ciò è associato con la considerazione che la maggior parte delle popolazioni sperimenta pensieri indesiderati ed intrusivi durante la loro vita (Osborn, 1998; Rachman & Desilva, 1978) così come la constatazione che l'OCD sembra essere una forma universale in tutte le culture (Stein & Rapoport, 1996; Rapoport & Fiske, 1998).

Le similitudini fenomenologiche tra OCD e disturbo post-traumatico da stress (PTSD) sono state notate da diversi autori (Lipinski & Pope, 1994). In accordo con l'ipotesi proposta la frequenza dei pensieri ossessivi dovrebbe aumentare in situazioni traumatiche o minacciose se interessanti pericoli fisici o situazioni sociali stressanti. Tali eventi potrebbero attivare il sistema modulare ossessivo presentando al soggetto un range di nuove situazioni di rischio. Da un punto di vista

evolutivo il PTSD potrebbe essere considerato come una accentuazione patologica di una risposta adattativa che inizialmente porta a modificazioni del comportamento di un individuo e una riduzione di rischio futuro. In aggiunta ai pensieri e alle immagini durante lo stato di riposo, il sistema modulare ossessivo può anche utilizzare il dispositivo onirico come un meccanismo di evitamento dei rischi in modo tale da incrementare la frequenza di sogni vividi e degli incubi caratteristici del PTSD. È evidente, comunque, che questi due disturbi (OCD e PTSD) differiscano anche in alcuni aspetti importanti. Per esempio, l'assenza di rituali compulsivi nel PTSD non può essere spiegato con questa ipotesi.

CONCLUSIONI

Il disturbo ossessivo compulsivo rappresenta una sfida terapeutica notevole che richiede lo sviluppo di nuove strategie di ricerca mirate al contenimento o alla risoluzione dei sintomi altamente invalidanti.

Il campo delle neuroscienze sta prendendo il sopravvento nella ricerca scientifica, ma la possibilità di individuare e di esplorare nuovi campi strategici può permettere agli operatori della salute mentale di intravedere possibili strade alternative. Così come l'ansia, il panico, la depressione, la schizofrenia possono rappresentare modelli evolutivi per lo studio delle patologie secondo il modello evuzionistico, anche il disturbo ossessivo-compulsivo può essere considerato come una strategia di difesa per la sopravvivenza dell'individuo. Mentre l'ansia e il panico sono stati emotivi disegnati per generare un comportamento di evitamento di un rischio come risposta diretta alla esposizione di un pericolo immediato (reale o immaginato), il sistema ossessivo è un processo off-line disegnato per generare un comportamento di evitamento in risposta a pericoli che gli individui potrebbero incontrare in futuro.

Bibliografia

Abed RT, de Pauw KW. An evolutionary hypothesis for obsessive compulsive disorder: a psychological immune system? *Behav Neurol* 1998;11:245-250.
Blackmore SJ. *The Meme Machine*. Oxford University Press, 2000

- Bickerton D. *More than Nature Needs: Language, Mind, and Evolution*. Harvard University Press. 2014
- Bolton D, Hill J. *Mind, Meaning and Mental Disorder*. OUP Oxford, 2 edition, 2004
- Denton D. *Le emozioni primordiali. Gli albori della coscienza*. Bollati Boringhieri, Torino, 2005
- Edelman GM. *Darwinismo neurale*. Giulio Einaudi editore, Torino, 1995. Traduzione italiana di *Neural Darwinism*, Basic Books, New York, Inc., 1987
- Feygin DL, Swain JE, Leckman JF. The normalcy of neurosis: evolutionary origins of obsessive-compulsive disorder and related behaviors. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006; 30:854-64.
- Gazzaniga MS. *The Consciousness Instinct: Unraveling the Mystery of How the Brain Makes the Mind*. Farrar Straus & Giroux, 2018
- Gilbert P. Special Review: Evolution, mind and culture. *Psychol Psychoth* 1993; 2:203-205
- Gonda X, Jekkel E, Varga A, Miklósi M, Forintos DP. Advantage of obsessive-compulsive symptoms from the aspect of individual selection and group selection: an evolutionary psychological approach to obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychopharmacol Hung* 2008; 10:225-32.
- Hudak R. Introduction to obsessive-compulsive disorder. In: *Clinical Obsessive-Compulsive Disorders* (Hudak R & Dougherty DD, eds). Cambridge University Press, pp. 1-19, 2011.
- McGuire MT, Troisi A. *Psichiatria Darwiniana*, Giovanni Fioriti Editore, 2003.
- Nesse RM, Williams GC. *Why We Get Sick: The New Science of Darwinian Medicine*. Vintage Books; First Edition, 1996
- Noh HJ, Tang R, Flannick J, O'Dushlaine C, Swofford R et al. Integrating evolutionary and regulatory information with a multispecies approach implicates genes and pathways in obsessive-compulsive disorder. *Nat Commun* 2017; 8:774
- Nurnberg HG, Keith SJ, Paxton DM. Consideration of the relevance of ethological animal models for human repetitive behavioral spectrum disorders. *Biol Psychiatry* 1997; 41:226-9.
- Pinker S. *The Language Instinct*. William Morrow; BC ed. edition, 1994
- Plotkin HC. *Darwin Machines & the Nature of Knowledge*. Harvard University Press, 1997
- Polimeni J, Reiss JP, Sareen J. Could obsessive-compulsive disorder have originated as a group-selected adaptive trait in traditional societies? *Med Hypotheses* 2005; 65:655-64.
- Rapoport JL, Fiske A. The new biology of obsessive-compulsive disorder: implications for evolutionary psychology. *Perspect Biol Med* 1998; 41:159-75.

- Rasgon A, Lee WH, Leibu E, Laird A, Glahn D, Goodman W, Frangou S. Neural correlates of affective and non-affective cognition in obsessive compulsive disorder: A meta-analysis of functional imaging studies. *Eur Psychiatry* 2017; 46:25-32
- Ratey JJ, Johnson C. Shadow Syndromes. Bantam, 1998
- Oakley DA, Plotkin HC. Brain, Behaviour and Evolution. Routledge (Kindle), 2018
- Stein DJ, Hermesh H, Eilam D, Segalas C, Zohar J, Menchon J, Nesse RM. Human compulsivity: A perspective from evolutionary medicine. *Eur Neuropsychopharmacol* 2016;26:869-76.
- Stevens A, Price J. Evolutionary Psychiatry, second edition: A New Beginning. Routledge, 2 edition, 2000
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al: The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *J Clin Psychiatry* 55(suppl):5-10, 1994
- Williams GC, Nesse RM. The dawn of Darwinian medicine. *Q Rev Biol* 1991; 66:1-22.
- Wilson EO. Sociobiology (25th Anniversary edition), Belknap Harvard, 2012
- Woody EZ, Szechtman H. Adaptation to potential threat: the evolution, neurobiology, and psychopathology of the security motivation system. *Neurosci Biobehav Rev* 2011; 35:1019-33.

Obsessive phenomena, evolutionary precursors of conscious thought.

Abstract

The ongoing efforts of psychology and psychiatry to understand brain functions and their implications on human behaviour and psychopathology have prompted researchers to look at new diagnostic and therapeutic horizons. From the evolutionary point of view, some psychiatric symptoms and syndromes may represent maladaptive adaptive strategies or pathological and accentuated manifestations of strategies caused by a several factors. A new hypothesis is presented in the context of developmental psychology that attempts to explain the origins of obsessive-compulsive disorder: obsessions and compulsions derive from the hyperactivity of a human mental module and have the function to generate risk scenarios without voluntary

intervention. The obsessive phenomena, therefore, are processes of avoidance of possible risks and thus evade immediate and future risks for survival of the individual. The Obsessive Compulsive Disorder, therefore, according to the evolutionary model, can be considered as the maintenance or evolution of an accentuated version of an adaptive strategy that has improved the reproductive capacity of those humans who possessed this trait compared to those who were not part of their primordial environment. These behaviours increase the reproductive fitness of men who possess this trait from innate behaviour.

Keywords: *evolutionism, OCD, obsessions, compulsions*

Corrispondenza

Francesco Franza
Psichiatra Associazione Neamente
cell.: 3278667027
tel: 0825 685454
Mail: franza@neamente.it

ABBONAMENTI E ACQUISTI

La rivista Telos è pubblicata ogni sei mesi da ZETEMA EDIZIONI.

Il costo annuale della rivista di Euro 30 per i privati e di Euro 60 per gli Enti e le Istituzioni.

Il pagamento deve essere inviato a Zetema Edizioni al seguente indirizzo: Via Piave n. 7, 81100 Caserta.

La sottoscrizione sarà rinnovata automaticamente ogni anno, se non si richiede la revoca con comunicazione entro il 1 Dicembre di ogni anno.

Per sostenere la rivista è possibile effettuare una donazione al IBAN: IT74Y053871490000002273651 specificando la causale “Donazione rivista Telos”.

Le richieste di pubblicità sponsorizzazione, la corrispondenza e le richieste di copie arretrate devono essere indirizzate a:

Dott. Gino Aldi Zetema Edizioni

Via Piave n. 7, 81100 Caserta

Mail: Gino.aldi@rivistatelos.it

Dott. Francesco Franza

C/o Associazione Neamente

Mail: Francesco.franza@rivistatelos.it