

Disturbo ossessivo compulsivo

Cos'è il disturbo ossessivo compulsivo

Secondo la classificazione del DSM-IV TR, il **disturbo ossessivo compulsivo** (conosciuto anche come **DOC** o **OCD** in inglese), è un disturbo d'ansia caratterizzato dalla presenza di ossessioni e compulsioni

È un disturbo che può presentarsi sia nell'infanzia che nell'età adulta, anche se l'incidenza massima la si ha tra i 15 e i 25 anni. Colpisce circa il 2-2,5% della popolazione generale: significa che su 100 neonati, 2 o 3 svilupperanno nell'arco della propria vita il disturbo. In Italia, sono circa 800.000 le persone colpite da DOC.

È un disturbo che si cronicizza, anche se con fasi altalenanti di miglioramento e di peggioramento, ma a volte si aggrava fino a compromettere il funzionamento in diverse aree di vita. Raramente è episodico e seguito da una remissione completa dei sintomi.

Il soggetto si sente spesso obbligato ad agire o pensare nel modo sintomatico e per questo cerca di contrapporsi e di resistere. Nonostante cerchi di contrastare e nascondere le sue azioni o i suoi pensieri, questo sforzo non lo aiuta affatto a modificare il proprio comportamento.

Sintomi del DOC

Il sintomo centrale del DOC è la presenza di **ossessioni e compulsioni** o **sole ossessioni**, che occupano un tempo significativo della giornata (un ora o più al giorno) e interferiscono con le attività del quotidiano (lavoro, studio, vita di relazione, cura della casa o dell'igiene ecc.).

Il disturbo viene riconosciuto come tale solo se la presenza di ossessioni e compulsioni comporta una marcata sofferenza, compromette il normale funzionamento sociale e lavorativo del soggetto e se non è meglio giustificata da altri disturbi d'ansia o da malattie psichiatriche dovute a condizioni mediche generali.

Caratteristiche centrali del disturbo sono:

- la ripetitività, la frequenza e la persistenza della attività ossessiva;
- la sensazione che tale attività sia imposta e compulsiva.

Le **ossessioni** sono idee, pensieri, impulsi o immagini che insorgono improvvisamente nella mente e che vengono percepiti come intrusivi (ovvero la persona ha la sensazione che “irrompano da soli” o che siano indipendenti dal flusso di pensieri che li precede), fastidiosi (ovvero la persona per il contenuto o per la frequenza sperimenta disagio) e privi di senso (ovvero la persona ha la sensazione che siano irrazionali, esagerati o comunque non giustificati o poco legati alla realtà presente).

Esempi di ossessioni sono pensieri come “Potrei infettarmi con il virus Hiv se tocco la porta del bagno della discoteca” o “Non devo pensare al nome delle persone a cui voglio bene in ospedale, altrimenti potrebbero ammalarsi”, “Se non controllo che tutti i file siano chiusi, qualcosa di brutto accadrà”, “Potrei dire qualcosa di brutto senza accorgermene”.

Tali pensieri intrusivi sono ricorrenti (ovvero si ripresentano alla mente con frequenza) e/o persistenti (ovvero occupano la mente in modo duraturo e continuo).

La persona con DOC vive con sofferenza e disagio la presenza di questi pensieri.

Tale disagio dipende diverse ragioni. Un primo problema è direttamente connesso alla presenza costante e ripetuta nella mente delle ossessioni: gran parte della giornata, è occupata da immagini, pensieri e/o idee che non lasciano tregua e spazio per dedicarsi ad altro e lasciano a fine giornata il soggetto esausto.

La seconda ragione di sofferenza riguarda proprio il contenuto delle ossessioni: le idee e i pensieri ossessivi sono minacciosi e ansiogeni perché riguardano il timore di essere esposti a un pericolo (“potrei infettarmi”, “potrei far danneggiare mia figlia”, “potrebbe esplodere la casa e tutto il palazzo”) e di essere in qualche modo responsabili e colpevoli di tale pericolo, ovvero di rendersi persone immorali, cattive o pericolose (“sarebbe colpa della mia superficialità”, “non ho fatto quando in mio dovere per proteggere i miei famigliari”).

Un’idea ossessiva, però, può essere problematica anche per il fatto stesso di essere stata pensata; ad esempio, il soggetto può essere ossessionato da pensieri erotici o da bestemmie. In questi casi il problema è dato dalla consapevolezza che la propria mente ha prodotto quel pensiero, perché tale consapevolezza implica, nel soggetto, il sospetto di essere una persona immorale o pericolosa (“se ho pensato a questa brutta cosa di mio marito, significa che sono una persona cattiva, un’immorale”).

La seconda grande categoria di sintomi sono le **compulsioni** o rituali. Consistono in azioni mentali e comportamentali che si manifestano in risposta alle ossessioni e che ne rappresentano un tentativo di soluzione; di solito sono seguite da un senso sollievo dal disagio causato dalle ossessioni, seppure un sollievo solo temporaneo. Ad esempio, disinfettare le mani con amuchina come risposta all’ossessione “le mie mani sono piene di germi pericolosi”, è un tentativo di allontanare il problema della percepita o temuta contaminazione; evitare di toccare le maniglie delle porte o portare i guanti rappresentano un tentativo di prevenire la ricomparsa del pensiero di essere contaminato. Ancora fare un preghiera in risposta all’ossessione “ho pensato un numero che porta male”, rappresenta un tentativo di assicurarsi circa il timore che possa per propria responsabilità accadere qualcosa di negativo per sé o altri.

Chi soffre del disturbo di solito nasconde le proprie preoccupazioni: percepisce i suoi comportamenti e pensieri come assurdi e inquietanti e se ne vergogna. Espressioni frequenti in chi soffre di DOC sono: “Non capisco perché mi comporto in questo modo”, “Forse sto diventando matto!” o “Se le persone sapessero che ho questi pensieri mi prenderebbero per pazzo!”.

Una grande parte della sofferenza di chi soffre di DOC dipende proprio dal fatto di rendersi conto della **esagerazione o irrazionalità** dei propri timori e dei propri comportamenti; questa consapevolezza spinge a contrastare ossessioni e compulsioni, con effetti che generalmente aggravano i sintomi e la sofferenza. Ad esempio nel tentativo di evitare di sentirsi pazzo o ridicolo nell'alzarsi di notte a controllare il gas, il soggetto può decidere di ri-controllare ripetutamente il gas prima di andare a letto in modo preventivo, anche se dopo il primo controllo è già sicuro di averlo chiuso e non è più preoccupato.

Come si manifesta il disturbo ossessivo compulsivo?

A differenza di altri disturbi il DOC si manifesta con sintomi e fenomeni eterogenei. In letteratura si trovano una grande varietà di classificazioni e categorie di DOC, ma sulla base del tipo di ossessioni e compulsioni che si presentano, è possibile individuare almeno sei sottotipi principali

Disturbo ossessivo compulsivo da controllo

Il disturbo si manifesta con ossessioni e compulsioni che implicano timori ricorrenti e controlli protratti e ripetuti, correlati al dubbio di aver dimenticato qualcosa o di aver fatto un errore o danneggiato qualcosa o qualcuno inavvertitamente. Chi soffre di questo tipo di disturbo arriva a pensare che una propria azione o omissione sia causa di disgrazie. Esempi di controlli tipici riguardano aver chiuso la porta di casa, il gas o l'acqua, aver contato bene i soldi o non aver scritto parole blasfeme.

Disturbo ossessivo compulsivo da contaminazione

In questo caso si tratta di ossessioni e compulsioni connesse al rischio di contagi o contaminazioni. Le persone che ne soffrono sono tormentate dall'insistente preoccupazione che loro stessi o un familiare possa ammalarsi entrando in contatto con qualche invisibile germe o sostanza tossica. Agenti "contaminanti" comprendono sostanze come urine, sangue, sudore, saponi, solventi e, per generalizzazione, tutti gli oggetti o persone potenzialmente veicolo di queste sostanze. Il contatto con la sostanza temuta è seguita da rituali tesi a neutralizzare la contaminazione, ovvero rituali di lavaggio (es. lavaggio ripetuto delle mani, dei vestiti o di oggetti personali).

Disturbo ossessivo compulsivo da accumulo

Il soggetto affetto da questa tipologia di disturbo si manifesta con l'impulso di accumulare e conservare oggetti, anche insignificanti e deperibili (es. giornali, pacchetti di sigarette vuoti, bottiglie vuote), perché "un giorno o l'altro potrebbe servire". Le condotte di accumulo non sono generalmente accompagnate da ossessioni. Lo spazio occupato dalle "collezioni" può arrivare a occupare gran parte dello spazio in casa. Questi soggetti sono generalmente poco critici riguardo ai loro rituali.

Disturbo ossessivo compulsivo da ordine e simmetria

Il disturbo si manifesta come intolleranza al disordine o all'asimmetria. Libri, fogli, penne, asciugamani, videocassette, abiti, piatti, devono risultare perfettamente allineati, simmetrici e ordinati secondo una precisa logica (es. dimensione, colore). Quando il paziente percepisce asimmetria o disordine si impegna anche per molte ore a riordinare questi oggetti, fino a sentirli "a posto". Le ossessioni di ordine e simmetria possono riguardare anche il proprio corpo (es. pettinatura dei capelli, abiti).

Disturbo ossessivo compulsivo da superstizione eccessiva

La persona che ne è affetta manifesta pensieri superstiziosi portati all'eccesso. L'esito degli eventi viene legato al compimento di certi gesti, alla visione di certi oggetti e/o colori, al suono di determinati rumori. Per annullare un effetto negativo, il soggetto affetto da disturbo ossessivo compulsivo da superstizione eccessiva deve mettere in atto il "giusto rituale", adattato in base alla situazione che gli ha arrecato lo stato di ansia, e ripeterlo il numero di volte adeguato per evitare qualche disgrazia (ad esempio, fare una preghiera per 3 volte dopo aver visto un'immagine ritenuta negativa).

Ossessioni pure

Alcuni soggetti affetti da DOC manifestano ossessioni senza compulsioni. Manca, dunque, la componente rituale o compulsiva; tuttavia, il soggetto colpito manifesta pensieri ossessivi riguardanti l'avverarsi di situazioni altamente improbabili, ma che gli risulterebbero intollerabili. Il contenuto di tali ossessioni spesso può essere a sfondo religioso, sociale o sessuale. È il caso di chi è ossessionato dal timore di essere o diventare omosessuale o pedofilo o di chi ha il terrore di essere colto da un'aggressività improvvisa e incontrollabile e fare del male a chi gli sta accanto. In tali pazienti, l'episodio ossessivo è spesso seguito da un dialogo interiore rassicurante, che rappresenta un tentativo di soluzione al disagio attivato dall'ossessione.

Decorso e conseguenze

Il **decorso del DOC** raramente è episodico; una volta che si manifesta il disturbo è nella maggior parte dei casi destinato a cronicizzarsi, seppure con fasi di miglioramento che si alternano a fasi di peggioramento. In una percentuale stimata tra il 5 e 10% il disturbo ha un decorso gradualmente ingravescente.

Considerando che di solito l'esordio è in età giovanile, si tratta di un disturbo che colpisce prevalentemente persone giovani, dunque con una lunga aspettativa di vita. Questo amplifica le conseguenze negative in termini di costi e compromissioni implicate.

Dal punto di **vista sociale**, il fatto che il disturbo tenda a cronicizzare implica costi alti e prolungati in termini di assistenza e di capacità di lavoro (le persone affette da DOC sovente lavorano in modo discontinuo e poco produttivo).

Dal punto di **vista personale** il disturbo può avere **gravi conseguenze** in termini di costi esistenziali: poiché di solito colpisce in giovane età, rischia di compromettere il corso di studi, la possibilità di lavorare, la normale vita di relazione. Ad esempio spesso le persone con DOC impiegano molto più tempo a diplomarsi o laurearsi, a volte addirittura rinunciano; nel lavoro spesso devono accontentarsi di mansioni di bassa responsabilità. Il disturbo, dunque, riduce notevolmente le capacità di realizzazione esistenziale, riflettendosi negativamente anche sulla qualità e sulla durata delle relazioni amicali e affettive (il 50% dei pazienti non è in grado di mantenere un rapporto di coppia).

Una terza e frequente conseguenza del disturbo è un **peggioramento della vita anche dei familiari**: la persona può avere sintomi così pervasivi da diventare invalidanti non solo per sé, ma anche da impedire il normale funzionamento della vita dei familiari.

Ad esempio i congiunti spesso sono direttamente coinvolti nelle compulsioni (per contenere il disagio del soggetto si sentono costretti a fare loro stessi lavaggi ripetuti, controlli o altro tipo di rituali) o chiamati continuamente in causa con ripetute richieste di rassicurazione circa il contenuto delle ossessioni (ad esempio il paziente a turno “interroga” genitori, partner, fratelli con domande come “sei sicura che toccando una maglietta rossa non ci si contagi?”; “avrò chiuso bene la porta?”). Il coinvolgimento nei sintomi può essere estenuante per i familiari e questo, con il passare del tempo, può anche peggiorare la qualità delle relazioni.

Le cause del disturbo ossessivo compulsivo

Come per tanti disturbi psichiatrici, non c'è ancora una letteratura sufficientemente robusta e condivisa sulle cause del disturbo; per spiegare le cause si fa di solito ricorso a spiegazioni di tipo **bio-psico-sociale**.

Dal punto di vista strettamente psicologico, esistono evidenze del fatto che alcune esperienze e alcune caratteristiche educative possono contribuire fortemente alla genesi del disturbo.

Esiste un'ampia letteratura scientifica che individua nell'investimento sulla protezione dalla colpa o in un suo elemento, un esagerato senso di responsabilità, un fattore centrale nello sviluppo del disturbo. Esistono ampie evidenze empiriche e cliniche che il timore di colpa e l'elevato senso di responsabilità predicono la tendenza ad avere ossessioni e compulsioni e che la manipolazione della responsabilità influenzi l'intensità e la frequenza di comportamenti ossessivi sia nei pazienti che in campioni non clinici.

Anche una forte rigidità morale, di frequente frutto di una educazione particolarmente severa, con grande attenzione alle regole e con punizioni sproporzionate e/o difficilmente prevedibili, è un elemento che generalmente si trova nella storia delle persone che soffrono del DOC; si tratta di aspetti educativi che molto probabilmente favoriscono l'esagerata responsabilità e la sensibilità alla colpa.

Cura e trattamento: come guarire dal disturbo ossessivo compulsivo

Le linee guida internazionali indicano nella **terapia farmacologica** e nella **terapia cognitivo-comportamentale** i trattamenti più efficaci.

La **terapia cognitivo-comportamentale** è finalizzata a breve termine a ridurre la quantità e la frequenza dei sintomi e, più a lungo termine, a rendere il soggetto meno vulnerabile ai temi e ai meccanismi cognitivi che hanno contribuito alla genesi e al mantenimento del disturbo.

La tecnica elettiva nel trattamento è l'**Esposizione combinata con la Prevenzione della Risposta**. L'esposizione (nelle sue diverse varianti: esposizione graduale o prolungata; per immagini o in vivo) consiste nel mettere un soggetto in contatto con uno stimolo o situazione che elicitava disagio per un lasso di tempo maggiore a quello che il soggetto normalmente tollera.

Dott. Fabio Scannella
Psicologo Psicoterapeuta Specialista in
Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale

Ad esempio si chiede ad un soggetto che ha tra i suoi sintomi quello di evitare di toccare le maniglie delle porte, di toccare una maniglia e di mantenere il contatto per 2 minuti. La sperimentazione dell'ansia è negli obiettivi della tecnica; il paziente viene però aiutato sia graduando l'esposizione e sia attraverso interventi preventivi che motivano e riducono la minacciosità del contatto.

La prevenzione della risposta consiste nel bloccare i comportamenti sintomatici normalmente messi in atto dal paziente dopo il contatto con la situazione temuta. Il comportamento viene bloccato per un tempo maggiore rispetto quello in cui il paziente è "naturalmente" capace di procrastinare la risposta. Riprendendo l'esempio precedente, si chiede al paziente di non lavare le mani dopo aver toccato la maniglia per un ora.

Alle tecniche di esposizione e prevenzione della risposta, la terapia cognitivo-comportamentale affianca interventi direttamente finalizzati al cambiamento dei contenuti e processi cognitivi che contribuiscono alla genesi e al mantenimento del disturbo. Nel nostro centro, per esempio, è in corso la valutazione di un protocollo direttamente finalizzato alla riduzione della sensibilità al senso di colpa (vedi approfondimenti), dal momento che esistono numerose evidenze del ruolo centrale che gioca la ridotta tolleranza alla minaccia di colpa nel disturbo.

Le **percentuali di guarigione** registrate in letteratura variano tra il 50 e l'85%.

La terapia cognitivo comportamentale negli studi di esito appare superiore a qualsiasi altra forma di trattamento psicoterapico, se si considera la riduzione della sintomatologia, la stabilità del cambiamento, gli effetti collaterali, il rapporto costi-benefici, il miglioramento clinico.

Nel confronto con la terapia farmacologica il trattamento cognitivo-comportamentale risulta avere un'efficacia confrontabile a breve e medio termine, ma il vantaggio sembra essere nella stabilità del cambiamento (minori tassi di ricaduta) e nei minori effetti collaterali.

L'INDECISIONE

L'**indecisione** è l'incapacità a prendere decisioni effettive a cui si può accompagnare una generale incapacità a portare a termine le proprie azioni in un modo che sia soddisfacente, malgrado spesso possano essere compiuti anche grandi sforzi.

L'**indecisione** può essere un sintomo (spesso poco riconoscibile e trascurato) di un disagio emotivo, che può accompagnarsi ad [ansia](#) e [disturbi depressivi](#). Più spesso è una caratteristica di personalità, strettamente connessa all'[insicurezza](#) e alla [bassa autostima](#), che rende la persona incapace di compiere scelte in autonomia, soprattutto se comportano una certa responsabilità e assunzione di relativi rischi.

Nella vita quotidiana, tra le piccole e le grandi scelte, a tutti noi capita di essere indecisi. Ma a volte l'**indecisione** diventa uno stato cronico, con una forte tendenza a procrastinare, che può portare all'inattività o alla delega di tutte le scelte. Possono esserci pensieri negativi sul mondo, sulle aspettative per il futuro o su noi stessi che portano timore, ansia o vera e propria paura, e un disagio che viene gestito con la tendenza a rimandare o ad evitare decisioni.

Oppure può essere che l'**indecisione** derivi da una [scarsa fiducia in se stessi](#), per cui la persona non riesce a decidersi ad agire, rimugina sugli stessi problemi per periodi di tempo anche molto lunghi, sempre più disorientata dal dubbio e poi inevitabilmente dal senso di inadeguatezza, che deriva dal non riuscire a soddisfare quelli che sono i propri bisogni e dal riuscire a risolvere i problemi.

A volte invece l'**indecisione** diventa un problema della [persona perfezionista](#) che, quando dubita di non poter agire nel "modo giusto", blocca l'iniziativa, con il risultato che il senso di inerzia spesso si traduce in procrastinazione o evitamento di quelle attività che richiedono impegno e accuratezza e che diventerebbero un impegno estenuante a causa delle elevate aspettative e dell'attenzione ossessiva per ogni minimo dettaglio.

Non a caso, l'**indecisione** si manifesta in modo moltomarcato in quelle strutture di personalità fortemente ansiose e insicure, come nel [disturbo ossessivo-compulsivo di personalità](#) e nel [disturbo dipendente di personalità](#).

Dott. Fabio Scannella
Psicologo Psicoterapeuta Specialista in
Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale

Spesso un forte livello di **indecisione** e di tendenza alla delega delle responsabilità e/o alla procrastinazione sono proprio sintomi di tali disturbi di personalità.

In ogni caso, quando l'**indecisione** e la tendenza a rimuginare prima di compiere una scelta diventano dominanti nella vita di una persona, è opportuno parlarne con un bravo psicoterapeuta, di [orientamento cognitivo comportamentale](#), che possa valutarne le motivazioni e progettare un intervento che miri ad aumentare la sicurezza, l'[autostima](#) e la capacità di assumersi le responsabilità decisionali della persona stessa.

Il dubbio patologico, una forma specifica di disturbo ossessivo

Il processo mentale del dubitare fa parte della vita di ognuno di noi. Quando ci si presenta un bivio o un crocevia relativo a importanti scelte è sano e utile dubitare e farsi domande. Così come è sano mettere in discussione talvolta anche le scelte già effettuate, per poter decidere di cambiare strada. Le domande e i dubbi possono riguardare scelte concrete, ma anche aspetti della propria personalità, atteggiamenti, sentimenti ed emozioni, per arrivare ad una comprensione maggiore di noi stessi e degli altri.

Quando si deve operare una scelta o ci si deve formare una opinione, si utilizzano informazioni, nonché risorse mentali ed emotive, per prendere una decisione, arrivare ad una conclusione ed andare avanti.

Il dubbio che diventa patologico

Quando però non si riesce a venirne a capo in un tempo ragionevole e non si riesce a prendere una decisione o a dare una risposta ad una domanda che ci assilla su noi stessi, sugli altri o sul mondo, quando il pensare all'argomento ed il cercare la risposta diventa onnipresente e ci fa vivere in costante angoscia, siamo in presenza di **un dubbio patologico**. Alcune domande si insinuano e si stabilizzano nella mente come un virus, che finisce per assorbire la maggior parte delle risorse mentali di un individuo, conducendo ad uno stato di angoscia costante con picchi di ansia elevata.

Il soggetto cerca con infinite e sottili argomentazioni di trovare la risposta alla domanda che lo assilla; e non appena ha trovato una risposta, subito nella sua mente una argomentazione contraria è pronta a confutare la conclusione appena raggiunta, in **un circolo vizioso senza fine** fra contrapposte argomentazioni che si inseguono e si scontrano incessantemente.

Le domande che più di tutte possono sfociare in dubbio ossessivo sono quelle le cui risposte appaiono più fortemente connesse a implicazioni decisive per il proprio futuro e la propria identità. Una scelta professionale, un rapporto sentimentale, l'identità sessuale, per citare le più frequenti, ma ve ne sono anche altre che appaiono più stravaganti ed originali.

L'emozione che accomuna tutte le domande e i dubbi conseguenti è la paura. Paura di fare la scelta sbagliata, paura di non essere psicologicamente sani, paura di aver commesso qualche fondamentale errore nel passato, tutte condizioni che, nella percezione che ne ha il soggetto, possono influenzare irrimediabilmente tutta la vita e la possibilità di felicità presente e futura.

Alcune delle domande che sfociano in dubbio patologico si presentano come domande sane e legittime su sé stessi, sulle relazioni e sul mondo. Esempi di tali domande sono: *“Devo continuare a studiare giurisprudenza oppure cambiare facoltà? – Sono veramente innamorata del mio fidanzato? – La mia ragazza mi piace veramente oppure no? – La mia scelta lavorativa è stata quella giusta per me o dovrei cambiare? – Quello che faccio è frutto di quello che voglio o è il risultato di pressioni dalle quali non riesco a svincolarmi?”*.

Queste sono infatti domande che legittimamente potrebbero essere poste come punto di partenza per una ipotesi di cambiamento, che faccia muovere da una situazione di insoddisfazione ad una situazione di maggiore benessere.

Il dubbio patologico divora la mente

Quando prendono la forma di dubbio patologico, tali domande finiscono per assumere un peso ed un significato sproporzionato, come se l'intera vita e felicità del soggetto dipendessero totalmente ed irrimediabilmente dalla soluzione del quesito. Le attività della vita quotidiana, il tono dell'umore e la qualità delle relazioni finiscono per essere costantemente condizionate dall'angoscia della riflessione sul dubbio irrisolto.

Oltre a domande razionali e logiche, ci possono essere anche dubbi e domande che appaiono fin dall'inizio più fantasiose e viziose. Esempi di queste domande potrebbero essere: *“Forse sono omosessuale? – Forse potrei suicidarmi? – Un giorno potrei diventare drogato? – E se avessi venduto l'anima al diavolo quella volta che lo pensai?”*

Tali domande sono fondamentalmente insensate perché una breve analisi fa emergere, nel caso degli esempi sopra citati, che il soggetto non si sente omosessuale, non intende suicidarsi, non ha motivi né vuole diventare tossicodipendente e non desidera, né crede sia razionalmente possibile, vendere l'anima al diavolo.

Questo vuol dire, che sul piano delle intenzioni e del sentire immediato del soggetto, le domande sono stupide ed insensate, mentre il piano sul quale la domanda e il dubbio sembrano avere senso è il piano razionale, quello cioè del ragionamento astratto e della pura ipotesi concettuale. Cominciano così una serie di ragionamenti logici per cercare di arrivare ad una certezza, ad una conclusione razionale e definitiva che ci rassicuri sul fatto che non sussiste, non si è verificato o non potrà verificarsi l'evento tanto temuto.

Tale processo però è destinato a non avere fine, perché per ogni ragionamento che sembra condurre ad una definitiva rassicurazione, una nuova obiezione è pronta ad insinuarsi nella mente, per confutare le precedenti conclusioni.

Nel dubbio patologico il ragionamento non aiuta a trovare la soluzione, quanto piuttosto, la allontana sempre di più. A volte si comincia a parlarne anche con altri, in estenuanti **tentativi di cercare insieme di venire a capo del dilemma**, ma questo non fa che peggiorare la situazione.

Il dubbio comincia ad invadere la mente. Cresce come un cancro, che via via invade la coscienza e che si nutre sostanzialmente di tutte le risposte che gli vengono offerte; come un dio cattivissimo e insaziabile il dubbio divora tutte le risposte opponendo mille argomentazioni e richiedendo sempre più prove e verifiche, spingendo il soggetto alla disperazione.

Un esempio: il dubbio di essere omosessuale

La domanda può essere magari sorta in un ragazzo che ha formulato improvvisamente un apprezzamento positivo nei confronti delle fattezze fisiche o del carattere di un coetaneo. Di qui l'improvviso dubbio: *“Come mai penso a queste cose? Sono forse omosessuale?”*. Quindi un improvviso sussulto, uno spavento: *“E se fosse così?”*. Da quel momento comincia una riflessione, per cercare di scacciare la probabilità anche remota che ciò possa essere vero.

Dott. Fabio Scannella
Psicologo Psicoterapeuta Specialista in
Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale

Si comincia a ragionare e si cercano conferme al fatto che mai si sono fatti pensieri del genere, che da sempre si è stati attratti dalle ragazze, che le prime esperienze sono state fatte con il sesso opposto e sono risultate piacevoli, etc. Ma allora però: *“Perché mai mi è venuto il pensiero? Può un pensiero del genere venire ad una persona che non è omosessuale né può mai diventarlo?”* Insomma, comincia tutta una serie di ragionamenti, per risolvere sul piano teorico quello che diventa un dilemma sempre più angoscioso.

Si passa al setaccio la propria vita passata, si valutano tutti i segni e le indicazioni, si legge su internet. Si comincia una ricerca che può sconfinare anche in una ricerca “scientifica” sul campo. Si può ad esempio cominciare ad osservare i ragazzi per vedere cosa si prova, o immaginare di compiere degli atti sessuali, per valutarne gli effetti. Può anche accadere che si cominci a controllare il proprio comportamento e i propri spontanei movimenti corporei, nel timore che questi potrebbero tradire la terribile “verità” agli occhi degli altri.

In questo modo, ciò che semplicemente dovrebbe essere sentito come vero in base a desideri, emozioni e sentimenti, viene ingabbiato in una ricerca di prove, ragionamenti e riflessioni, con il risultato che l’evidenza della risposta si allontana sempre di più, perché l’immediatezza del sentire viene seppellita sotto la montagna di prove, ragionamenti e riflessioni.

Le giornate si riempiono di angoscia con picchi di panico e, più il dubbio non riesce ad essere sciolto con i ragionamenti, più si tenta di utilizzare ancor di più ciò che già non funziona, e cioè ulteriori ragionamenti, prove e rassicurazioni. Fino al punto che, anche quando occasionalmente capita di sentirsi più liberi e distratti, improvvisamente ci si “ricorda” di avere il “problema”, il dubbio amletico non sciolto, la spada che pende sul capo; e si ripiomba nell’oscurità e nell’angoscia.


Trovare smettendo di cercare

Ciò di cui non ci si rende conto è che il problema non è rappresentato dal contenuto del dubbio e quindi dalla risposta alla domanda. Il problema giace tutto intero nell’attività della costante ricerca della risposta. Qui, come in tutti i casi analoghi, la soluzione non è riflettere e ragionare di più, ma all’opposto smettere di pensare e ragionare sul problema. La risposta al dubbio, nella sua forma patologica, non si trova nei complessi ragionamenti, ma appare al contrario proprio quando si smette la ricerca della risposta stessa.

E’ come muovere continuamente l’acqua per cercare un anello caduto sul fondo di uno stagno; più si agita l’acqua e più la sabbia dal fondo sale in superficie impedendoci la vista. Solo fermandoci e attendendo che la sabbia si depositi, apparirà l’anello ben chiaro sul fondo.

Si trova smettendo di cercare.

Firma



Dott. FABIO SCANNELLA
PSICOLOGO PSICOTERAPEUTA
COGNITIVO - COMPORTAMENTALE
Via Malta, 9 - 93100 CALTANISSETTA
P.IVA. 01108160860
C.F. SCN.FVN 76S07 D423F