

Strane idee

David Adam, *New Scientist*, Regno Unito
Foto di Tim MacPherson

Impulsi omicidi, paure irrazionali, fissazioni: i pensieri ossessivi affliggono molte persone. Ma per l'autore di questo articolo sono diventati una malattia

Per Winston Churchill era l'impulso a saltare dai balconi e a gettarsi sotto i treni in corsa. Per il matematico Kurt Gödel invece l'incubo era l'avvelenamento da cibo, al punto che alla fine si lasciò morire di fame. E Alfred Nobel era così terrorizzato di essere bruciato vivo che le ultime parole del suo testamento furono: "È mio espresso desiderio che quando morirò mi vengano aperte le vene, i miei resti potranno essere cremati solo dopo che questo sarà stato fatto e che medici competenti avranno confermato la mia morte".

La maggior parte delle persone non dice di avere strani pensieri come questi, almeno fino a quando un psicologo non si prende la briga di chiederglielo. Da uno studio condotto nel 2013 su settecento studenti di tutto il mondo è emerso che il 90 per cento delle persone è afflitto da pensieri che disturbano, sconvolgono o sconcertano. Molti immaginano di andare fuori strada con la macchina. Altri pensano di rubare. Più del 40 per cento prova l'impulso di gettarsi dall'alto, un desiderio così comune che ormai in inglese ha anche un nome: *high-place phenomenon*. Gli psicologi chiamano questi impulsi pensieri intrusivi.

Nella maggior parte delle persone, i pensieri intrusivi svaniscono con la stessa rapidità con cui si affacciano alla mente, ma in altre no. Capire questa differenza può

cambiare la nostra vita perché, quando non riusciamo a liberarcene, quegli strani pensieri possono renderci infelici e perfino portare alla malattia mentale. I miei, per esempio, si sono trasformati in un disturbo ossessivo-compulsivo (Doc).

Quasi tutti hanno sentito parlare di questo tipo di disturbo, ma tendono a pensare che sia un problema comportamentale. In realtà, è una malattia grave e invalidante, caratterizzata sia dal tormento di strani pensieri ricorrenti sia da gesti rituali come lavarsi continuamente le mani. Per molti, questi comportamenti compulsivi sono proprio il tentativo di allontanare i pensieri intrusivi.

Da dove vengono questi pensieri? Gli psicologi pensano che nel nostro cervello ci sia una sorta di "generatore di idee" che, in circostanze normali, ci aiuta a risolvere i problemi passando in rassegna tutte le pos-

Quasi tutti hanno sentito parlare dei disturbi ossessivo-compulsivi. Ma tendono a pensare che sia solo un problema comportamentale

sibili alternative, anche le più ridicole.

Non esistono prove dirette a sostegno di questa teoria, perché è molto difficile da verificare. Ma da diversi studi è emerso che i pensieri intrusivi tendono ad affiorare alla mente in alcune situazioni particolari, per esempio quando siamo stressati.

Nel 2012, alcuni neuroscienziati tedeschi hanno condotto uno studio basato sulle scansioni cerebrali da cui è emerso che probabilmente i pensieri intrusivi si formano nelle regioni cerebrali che sono sede del linguaggio. La loro ipotesi è che si verifichino più comunemente nelle persone in cui il "discorso interiore" è più elaborato, anche se il problema del rapporto tra pensiero e linguaggio è una questione filosofica oltre che scientifica. Alcuni sostengono che il linguaggio sia necessario per pensare, mentre secondo altri servirebbe solo a far entrare e uscire i pensieri dalla mente.

Quello che sappiamo per certo è che i pensieri intrusivi non sono sempre accompagnati dal desiderio di metterli in atto. L'idea inquietante di avere un rapporto sessuale con un bambino non fa di una persona un pedofilo, come l'impulso involontario di colpire qualcuno con un martello non ne fa un assassino.

Il mio disturbo ossessivo-compulsivo si basa sul pensiero intrusivo di poter contrarre l'hiv. Faccio continuamente analisi del sangue per controllare di non essere entrato in contatto con il virus e regolo i miei comportamenti per evitarlo. Vedo l'hiv dovunque, in agguato su spazzolini e asciugamani, rubinetti e telefoni. Pulisco sempre tazze e bottiglie, odio bere nei bicchieri degli altri e copro subito anche il minimo graffio con vari cerotti. Se mi ferisco con un chiodo arrugginito o un pezzo di vetro, lo avvolgo con la carta assorbente per verificare se per caso non c'era sopra qualche goccia di sangue contaminato. Controllo i sedili dei treni per accertarmi che non ci siano siringhe e ispeziono accuratamente le tavolette dei bagni.

Come giornalista, mi capita d'incontrare e stringere la mano a molte persone. Se ho un taglio su un dito, o noto che la persona con cui sto parlando ha una benda o un cerotto, il mio pensiero principale è come evitare di stringergli la mano. Il mio io razionale sa che in queste situazioni non è possibile prendere l'hiv, ma il pensiero e l'ansia rimangono.

Non temo l'hiv come lo conosciamo oggi: un virus fragile che produce un'infezione che si può tenere sotto controllo con i farmaci. La malattia alla quale penso è quella della fine degli anni ottanta, così pericolosa



GETTY IMAGES

da spingere il governo britannico a trasmettere in tv annunci in cui si vedeva una pietra tombale crepata con la scritta: “Aids. Non morire di ignoranza”.

Non sono il solo. L’hiv ha traumatizzato una generazione. Nel suo libro *Il ragazzo che si lavava in continuazione e altri disturbi ossessivi* (Bollati Boringhieri 1994), la psichiatra americana Judith Rapoport scriveva che nel 1989 un terzo dei suoi pazienti affetti da disturbi ossessivi-compulsivi temeva soprattutto l’hiv e l’aids. Quella malattia, diceva, appariva “così terrificante, così irrazionale da poter essere all’origine della peggiore fantasia ossessiva-compulsiva”.

L’invasione di termiti

Questa reazione al pericolo di contrarre l’hiv è un esempio di come certe ossessioni riflettono le paure e le ansie della società. Negli anni venti, i medici statunitensi denunciavano un aumento di quella che chia-

mavano sifilofobia (la paura ossessiva di contrarre la sifilide) in coincidenza con una campagna informativa sui rischi della malattia. Negli anni sessanta e settanta ci fu un forte aumento della paura irrazionale dell’amianto, proprio quando si cominciò a parlare della sua pericolosità. Negli anni ottanta e novanta è stata la volta dell’hiv.

In questo secolo, la società ha una nuova ossessione. Nel 2012, gli scienziati australiani hanno denunciato i primi casi di disturbi ossessivi-compulsivi legati al cambiamento climatico, lo spauracchio del nuovo millennio che, come l’hiv negli anni ottanta, è una minaccia vaga e universale, descritta a tinte fosche dai mezzi d’informazione.

Gli oggetti su cui si fissano le persone affette da questo tipo di disturbo possono essere determinati da fattori culturali esterni, spiega Mairwen Jones, che dirige la clinica per i disturbi d’ansia dell’università di

Sydney e ha coordinato lo studio australiano. “Dato che le persone affette da Dcm temono spesso la malattia e la contaminazione, era comprensibile che l’attenzione dedicata dai mezzi d’informazione all’epidemia di hiv scatenasse questa nuova preoccupazione. Quindi è probabile che l’attenzione al cambiamento climatico inneschi il tipo di timori che ho riscontrato nei soggetti del mio studio”.

Alcune di queste persone temono che l’aumento delle temperature faccia evaporare l’acqua che mettono nelle ciotole dei loro animali domestici e quindi le controllano continuamente. Altri si sentono costretti a verificare di continuo che i rubinetti non siano rimasti aperti o le stufe e i forni accesi, non perché ne temano le conseguenze per sé ma perché non vogliono contribuire a ridurre le risorse idriche o ad aumentare le emissioni di gas serra e quindi ad accelerare la distruzione del pianeta. Un uomo era ossessionato dall’idea che il riscaldamento globale potesse far crollare la sua casa. Controllava compulsivamente i battiscopa, le tubature e il tetto per vedere se c’erano crepe, e apriva e richiudeva continuamente le porte di legno per essere sicuro che il cambiamento climatico non avesse provocato un’invasione di termiti.

Con il cambiare delle preoccupazioni della società, cambiano anche i pensieri intrusivi delle persone affette da disturbi ossessivi-compulsivi. Prendiamo per esempio Mavis, una paziente psichiatrica londinese degli anni settanta. Ne soffriva da 35 anni e aveva passato quasi tutta la vita eseguendo rituali di pulizia per contrastare la sua paura di essere contaminata. Negli anni quaranta era ossessionata dalla sifilide e si disinfettava di continuo per evitare il contagio. Non andava in certi quartieri della sua città e stava particolarmente attenta a non mettere i piedi sui profilattici gettati per strada. Negli anni sessanta, quando il cancro aveva preso il posto della sifilide come problema principale della sanità pubblica, Mavis aveva cominciato a temere di avere un tumore. La paura della sifilide era passata, ma i rituali erano rimasti gli stessi. Si lavava continuamente per tenere lontano il cancro.

Molti dei pazienti di Jones ossessionati dal cambiamento climatico soffrono di disturbi ossessivi-compulsivi da molto tempo. “Probabilmente le loro paure sono cambiate a causa del clamore giornalistico sulla questione”, dice.

Naturalmente, non tutti quelli che sono cresciuti negli anni ottanta erano ossessionati dall’hiv. Se i pensieri intrusivi sono co-

muni e possono portare al disturbo ossessivo-compulsivo, perché questo disturbo colpisce solo alcuni? Si calcola che non affligga più del 2 o 3 per cento delle persone, una minima percentuale di quelle che hanno strani pensieri.

“Il problema non sono i pensieri in sé, ma il modo in cui vengono interpretati”, spiega Stanley Rachman, dell’università della British Columbia a Vancouver, in Canada. Gli psicologi ritengono che la trasformazione di pensieri insoliti ma innocui in vere e proprie ossessioni sia dovuta a “credenze disfunzionali”, convinzioni errate che di solito si sviluppano durante l’infanzia. Molte persone, per esempio, sopravvalutano le conseguenze negative delle proprie azioni, e questo può innescare l’ansia.

La maggior parte di noi ha qualche convinzione errata, anche se questo non significa che diventeremo ossessivi-compulsivi, ma i diversi tipi di convinzioni errate possono aiutarci a capire meglio i sintomi del disturbo. Per esempio, il perfezionismo potrebbe essere alla base del bisogno compulsivo di simmetria, mentre la sopravvalutazione dei pericoli potrebbe scatenare il bisogno compulsivo di controllare se siamo sporchi o malati.

Secondo il modello cognitivo comunemente accettato dello sviluppo di un disturbo ossessivo-compulsivo, la convinzione errata più importante è un eccessivo senso di responsabilità. Le persone che soffrono di questo tipo di disturbo spesso sono convinte che se possono influire su un evento, ne sono responsabili. Per esempio, una persona può raccogliere i vetri rotti perché pensa che se qualcuno si taglia ne sarà responsabile. Questo produce tutta una serie di altre convinzioni distorte del tipo: “Se l’ho pensato significa che voglio farlo”, oppure “Se non impedisco che qualcuno si faccia male è come se ne fossi la causa diretta”.

Un modo di reagire ai pensieri intrusivi ricorrenti è cercare di cacciarli via. Ma vari studi hanno dimostrato che è molto difficile, se non impossibile, reprimere i pensieri indesiderati, perché tendono sempre a riaffiorare. Se reprimiamo un pensiero prima di addormentarci rischiamo di vederlo ricomparire in sogno. Davanti a tutti questi pensieri indesiderati, la maggior parte delle persone affette da Doc modifica i propri comportamenti, sviluppando compulsioni e azioni ripetitive.

Per queste persone, i comportamenti compulsivi hanno due tipi di funzione. Il primo è fuggire qualsiasi dubbio: se uno è

La cosa che mi ha aiutato di più è stata una lista fotocopiata di strani pensieri che il terapeuta mi ha dato durante una delle prime sedute

tormentato dall’idea di aver lasciato aperta la porta di casa, torna a controllare per sentirsi rassicurato. Il secondo è impedire ai pensieri ossessivi di intrufolarsi nella mente. Per esempio, una ragazza di 14 anni ossessionata dal pensiero che nel suo corpo potessero entrare dei vermi ha risolto il problema restando zitta per dieci mesi ed evitando così di aprire la bocca.

A volte il tipo di compulsione non ha alcun rapporto evidente con l’oggetto dell’ossessione. C’è chi si sente costretto a battere su una superficie, a contare o a pronunciare tra sé e sé parole segrete per “evitare” le presunte conseguenze di un pensiero intrusivo, per esempio la possibile morte di un caro amico.

Secondo Rachman, i pensieri intrusivi potrebbero svolgere un ruolo anche in altri disturbi mentali. Pensate all’idea di accoltellare una vecchietta per strada. Se una persona si sente responsabile di quel pensiero, può diventare ossessiva-compulsiva. Ma se attribuisce quel pensiero a qualcun altro, al diavolo o alla Cia, quel pensiero potrebbe portare alla schizofrenia. “Il tratto principale della schizofrenia è l’incapacità di resistere a certi pensieri”, afferma Rachman.

Da quando esiste il *brain imaging*, cioè l’insieme delle tecnologie che permettono di osservare la struttura e l’attività del cervello, i neuroscienziati hanno cominciato a vedere i pensieri intrusivi. Quello che succede non è affatto chiaro, ma sulla base di diversi studi è stata formulata l’ipotesi che la loro causa sia una disfunzione dei circuiti che collegano tre zone del cervello: la corteccia orbitofrontale, che elabora le informazioni sensoriali; i gangli basali, che scelgono l’azione appropriata; e il talamo, che coordina l’azione fisica e invia un messaggio di conferma.

Secondo questo modello, il disturbo ossessivo-compulsivo comincia quando il talamo va fuori controllo e invia istruzioni inappropriate alla corteccia orbitofrontale provocando un dilemma: le informazioni

sensoriali indicano che va tutto bene, ma i segnali inviati dal talamo fanno pensare che non sia così. Il comportamento che ne deriva, il rituale, continua anche se i sensi dicono che non è necessario.

La strada della guarigione

Le persone chiedono aiuto da secoli per la sofferenza provocata dai pensieri intrusivi. Ma spesso sono state rinchiusi, dichiarate pazze, evitate, sottoposte a trattamenti a base di allucinogeni o elettroshock.

Da un po’ di tempo le cose sono migliorate. Un tipo di antidepressivi chiamati inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina sembra ridurre i sintomi in circa il 40 per cento delle persone affette da Doc, anche se non è chiaro come faccia. Nel frattempo, i modelli cognitivi del disturbo hanno suggerito trattamenti psicologici che cercano di spezzare il collegamento tra convinzione errata e comportamento compulsivo. Gli psicoterapeuti aiutano le persone a individuare quali sono le loro convinzioni errate e a pensare, letteralmente, in modo diverso. Questo metodo viene chiamato terapia cognitiva comportamentale (Tcc).

Nel 2012, alcuni ricercatori del Tennessee e del Texas hanno messo insieme i risultati di 16 studi clinici controllati randomizzati per verificare il funzionamento della terapia cognitiva comportamentale nei pazienti affetti da disturbi ossessivi-compulsivi, e hanno concluso che sottoporli a quella terapia è meglio che non fare nulla.

Anch’io mi sono sottoposto alla Tcc e ho imparato a vedere i miei pensieri intrusivi che arrivano e se ne vanno. Il trucco è non reagire al contenuto dei pensieri. È difficile ma con un’attenzione quasi costante si può fare, e aiuta. Prendo anche dei farmaci. Ma la cosa che mi ha aiutato di più è stata una lista fotocopiata di strani pensieri che il terapeuta mi ha dato durante una delle prime sedute. Sesso con gli animali, omicidio, incesto, malattia e abusi sui minori, c’era tutto, come nei disturbi ossessivi-compulsivi. Mi ha detto: questi pensieri nascono nella mente di nove persone su dieci perfettamente sane e normali.

È stata una rivelazione che mi ha fatto sentire meno strano e mi ha messo sulla lunga strada della guarigione. Se più persone parlassero dei loro strani pensieri, meno persone ne sarebbero così angosciate. Io, per esempio, ora sono pronto a farlo. ♦ *bt*

L'AUTORE

David Adam è un giornalista della rivista *Nature*. Ha scritto *The man who couldn't stop* (Picador 2014).

