

*Sospesi su ponteggi vacillanti, /  
ci sosteniamo con le nostre / fissazioni\*.*  
**Il disturbo ossessivo-compulsivo: una esplorazione  
fenomenologica e gestaltica\*\***

Gianni Francesetti\*\*\*

[Ricevuto il 18 novembre 2016  
Accettato per la stampa il 27 aprile 2017]

**Riassunto**

Questo articolo presenta una lettura del disturbo ossessivo-compulsivo a partire dalla teoria della psicoterapia della Gestalt, della psicologia della Gestalt e della fenomenologia psichiatrica. Dopo un inquadramento diagnostico, si esplorano i vissuti dei pazienti a partire dall'esperienza dello spazio e del tempo, del rapporto fra dettaglio e insieme, del confine, della materialità. Alla luce della teoria gestaltica della percezione, il sintomo ossessivo-compulsivo viene considerato come un adattamento creativo in grado di proteggere il paziente da sofferenze più gravi, in una situazione in cui lo sfondo sensoriale corporeo è intriso di terrore. Dopo una descrizione di come il campo ossessivo-compulsivo si attualizza nella seduta terapeutica, vengono evidenziati alcuni temi e passaggi che possono sostenere il terapeuta nella cura di questo disturbo.

*Parole chiave:* disturbo ossessivo-compulsivo, terapia della Gestalt, psichiatria fenomenologica, psicologia della Gestalt, percezione, psicopatologia, campo psicopatologico, linguaggio, estetica.

\* Marcoaldi (2015), p. 36.

\*\* L'articolo è stato accettato per la pubblicazione nel *British Gestalt Journal*.

\*\*\* Psichiatra, psicoterapeuta della Gestalt, trainer e supervisore internazionale, ha pubblicato numerosi testi sui temi della psicoterapia e della psicopatologia (in particolare le esperienze di panico, depressive, psicotiche e ossessivo-compulsive). È coordinatore del Training Internazionale di Psicopatologia dell'Istituto di Gestalt HCC Italy. È presidente di Poiesis, Centro Torinese di Terapia della Gestalt e co-direttore dell'Istituto Internazionale di Psicopatologia e Psicoterapia della Gestalt (IPSiG). È Past-President dell'EAGT (European Association for Gestalt Therapy), della SIPG (Società Italiana Psicoterapia Gestalt) e della FIAP (Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia). Membro del NYIGT (New York Institute for Gestalt Therapy), dell'AAGT (Association for the Advancement of Gestalt Therapy), dell'EAP (European Association of Psychotherapy), della SPR (Society for Psychotherapy Research). Vive e lavora a Torino.

### Summary

Suspended from Shaky Scaffolding, / We Secure Ourselves with Our / Fixations. *A Phenomenological and Gestalt Exploration of Obsessive-compulsive Disorder*

This article presents an approach to obsessive-compulsive disorder based on the Gestalt therapy theory, Gestalt psychology and psychiatric phenomenology. After establishing a diagnostic framework, the experiences of patients are explored, starting from the experience of space and time, of the relationship between details and the whole, of boundaries, and of materiality. In the light of the Gestalt theory of perception, the obsessive-compulsive symptom is framed as a creative-adjustment able to protect the patient from much worse suffering in a situation in which the bodily sensorial ground is permeated with terror. After describing how the obsessive-compulsive field is aesthetically actualized in therapy, a number of issues and passages are highlighted that can help therapists in their journey with the sufferers.

*Key words:* obsessive-compulsive disorder, Gestalt therapy, phenomenological psychiatry, Gestalt psychology, perception, psychopathology, psychopathological field, language, aesthetics.

Scopo di questo articolo è proporre una esplorazione fenomenologica e gestaltica dell'esperienza di chi soffre di disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) in modo da trarne alcuni spunti che sostengano il clinico nel suo lavoro di cura. Questa esplorazione si basa sull'esperienza clinica diretta e sulla letteratura esistente; utilizza in particolare come riferimenti concettuali il metodo fenomenologico (Moustakas, 1994; Spinelli, 2005; Ratcliffe, 2015; Gallagher e Zahavi, 2009) e la psichiatria fenomenologica (Borgna, 1989; Galimberti, 1979; Callieri, 2001), le evidenze empiriche della psicologia della Gestalt (Ash, 2004) e la teoria e la pratica della terapia della Gestalt (Perls, Hefferline e Goodman, 1951; Spagnuolo Lobb, 2011; Robine, 2016; Bloom e O'Neill, 2014; Jacobs e Hycner, 2009; Francesetti, Gecele e Roubal, 2014; Vázquez Bandín, 2014). Da questo percorso emergerà, spero, una comprensione strutturale<sup>1</sup> e relazionale di questa sofferenza, cioè una chiave di lettura in grado di dare senso alle varie esperienze che i pazienti vivono e raccontano. In psicopatologia, infatti, il cercare di dar senso ai vissuti del paziente – e del terapeuta in relazione con il paziente – costituisce un momento di validazione necessario e cruciale che riduce il rischio di ritraumatizzare il paziente. Verrà poi utilizzata una prospettiva di campo per sostenere il lavoro terapeutico con chi soffre di ossessioni. Questo lavoro è un esempio di analisi gestaltica in psicopatologia e di una integrazione fra il sapere psichiatrico fenomenologico e la psicoterapia della Gestalt, in

<sup>1</sup> Una analisi, cioè, che partendo dai vissuti descriva il modo in cui una certa esperienza psicopatologica prende forma e si struttura: non focalizza le cause del disagio, ma il modo in cui il disagio emerge (cfr. Borgna, 1989).

continuità con precedenti lavori (Francesetti, 2005; 2015a; Francesetti e Gecele, 2011; Francesetti e Spagnuolo Lobb, 2014a). I contributi gestaltici sul DOC presenti in letteratura non sono molti (Morphy, 1980; Tarrega-Soler, 1997; Wheeler, 2002, p. 165; Dreitzel, 2010; Salonia, 2014): il più sistematico è quello di Salonia, da cui questa esplorazione prende avvio per poi proporre una lettura diversa del modo in cui le ossessioni e le compulsioni prendono forma. Benché da alcuni anni utilizzi nella clinica e insegni questo approccio al DOC e ne riceva dei feedback positivi, quello che ancora manca è una ricerca controllata che verifichi l'utilità clinica della lettura che propongo. Spero che questo articolo possa ispirare una tale indagine.

## 1. Alcune considerazioni sulla diagnosi estrinseca<sup>2</sup>

Il DOC<sup>3</sup> è un disagio frequente<sup>4</sup> e grave che può rendere molto difficile la vita a chi ne soffre e alle persone vicine. È caratterizzato da due sintomi predominanti: le ossessioni e le compulsioni. Le *ossessioni* sono pensieri, immagini, impulsi o idee, indesiderati e intrusivi, vissuti come minacciosi, ripugnanti, privi di senso, osceni, blasfemi. I temi sono diversi e tipicamente riguardano la contaminazione, la responsabilità di provocare un danno, il sesso, la religione, la violenza, l'ordine e la simmetria. Le ossessioni hanno tre caratteristiche che le distinguono da altri pensieri ripetitivi: sono indesiderate, sono incongruenti con il sistema di valori della persona e suscitano nella persona una resistenza nel tentativo di eliminarle o contrastarne le conseguenze. Le *compulsioni* sono comportamenti, motivati e intenzionali, che il soggetto mette in atto in risposta alle ossessioni, per limitare l'ansia che queste provocano e le loro conseguenze catastrofiche. I rituali compulsivi tipici sono di decontaminazione, di controllo, di ripetizione e rituali mentali.

La sintomatologia ossessiva e compulsiva può presentarsi in diversi li-

<sup>2</sup> Per un approfondimento sulla diagnosi in psicoterapia della Gestalt e la differenziazione fra diagnosi intrinseca ed estrinseca si veda Francesetti e Gecele (2010); Roubal, Gecele e Francesetti (2014).

<sup>3</sup> I criteri per il DOC del DSM 5 (APA, 2014) sono: a) presenza di ossessioni, compulsioni o entrambe; b) Le ossessioni o compulsioni fanno consumare tempo o causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti; c) I sintomi non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza o a un'altra condizione medica; d) Il disturbo non è meglio giustificato dai sintomi di un altro disturbo mentale.

<sup>4</sup> Il 2-3% della popolazione adulta soffre di questo disturbo (Abramowitz e Siqueland, 2016, p. 194), quindi si stima che ne soffrano oltre 100 milioni di persone nel mondo.

velli di funzionamento: nevrotico, borderline o psicotico; il DOC, negli attuali sistemi diagnostici, è distinto dalle esperienze psicotiche. Tuttavia non è lontano dall'esperienza psicotica, pur distinguendosi: secondo alcuni autori, e nel modello che qui presento, il DOC può essere considerato contiguo alla psicosi, seppur differente, e a volte il baluardo che salva la persona dall'esperienza psicotica (Straus, 1948; Stanghellini e Ballerini, 1992; Ballerini e Di Petta, 2015). Possiamo quindi dire che il DOC emerge generalmente in un'organizzazione nevrotica, ma se l'adattamento ossessivo non è sufficiente ad arginare il terrore possiamo avere una sintomatologia ossessivo-compulsiva in un funzionamento psicotico. Un altro elemento di diagnosi differenziale è con il disturbo di personalità ossessivo-compulsivo: questo va distinto dal DOC in quanto il primo è egosintonico, cioè il soggetto non viene disturbato dalle proprie caratteristiche di perfezionismo, rigidità, testardaggine e ordine e non chiede aiuto per questo. Il DOC può comparire in un disturbo di personalità ossessivo-compulsivo oppure no.

## 2. Un'analisi fenomenologica: l'esperienza di chi soffre

*Andrea ha il terrore di uccidere la sua bambina di due anni o che qualcuno possa farle qualcosa di orribile. Immagini intrusive di violenze fisiche e sessuali su di lei lo tormentano. Nasconde i coltelli e ogni oggetto affilato presente in casa. Conta i secondi fra quando chiude la porta di casa e quando in garage accende la macchina: se non sono il numero esatto previsto deve rifare più volte l'operazione. Poi se i numeri delle targhe che incontra, attraverso complicati calcoli, non rientrano in un range predeterminato, inizia una serie di laboriose operazioni matematiche per scongiurare le conseguenze tragiche che colpirebbero la sua bambina.*

*Anna vive in un mondo contaminato dal quale deve difendersi creando incessantemente spazi decontaminati. Ma questo comporta che ogni cosa che entra in casa debba essere lavata secondo specifiche procedure, compresa lei stessa, e avere un tempo di "quarantena". La sua pelle è ormai un foglio sottilissimo e quindi sempre più esposta ai contaminanti. La disperazione e il terrore sono continui.*

*Cristina non riesce più a guidare: l'idea di aver investito qualcuno la costringe a fermarsi continuamente e tornare indietro per verificare di non aver investito nessuno. Anche il lavoro in negozio è diventato insopportabile: ogni volta che qualcuno compra un oggetto di piccole dimensioni Cristina immagina che possa essere inghiottito da un bambino che morirà soffocato. Queste immagini sono diventate continue, la costringono a intermi-*

*nabili controlli, l'angoscia viene calmata transitoriamente solo dalle incessanti verifiche.*

Chi soffre di un importante disturbo ossessivo-compulsivo inizia ogni giornata con un compito sovrumano che mai porterà a termine: la lotta contro il disordine, la contaminazione, lo sporco, l'incertezza, il danno, il rischio, la perdita del controllo impegnerà ogni sua energia senza tregua né conclusione, fino ad essere esausto. In queste esperienze il mondo è terrificante, una minaccia continua, la tragedia e la catastrofe sono incombenti e le compulsioni sono gli antidoti e i talismani che scongiurano temporaneamente il peggio (Straus, 1948; Ballerini e Callieri, 1996; Muscelli e Stanghellini, 2008; von Gebattel, 1967; Stanghellini e Ballerini, 1992; Borgna, 1997). Proverò a descrivere i vissuti secondo quattro tematiche che sono particolarmente rilevanti nella sofferenza ossessivo-compulsiva: lo spazio e il tempo, il rapporto fra dettaglio e insieme, l'esperienza del confine, la materialità.

### *2.1. Lo spazio e il tempo*

Lo spazio si restringe: come in ogni esperienza d'ansia, si fa angusto (etimol. dal latino, *angere*: "stringere"). Il mondo assale da ogni lato chi vive un'esperienza ossessiva e quindi il soggetto restringe lo spazio a quanto è controllabile e non contaminato. Maggiore è la necessità di controllo e decontaminazione, maggiore sarà il restringimento dello spazio. Etimologicamente, «*os-sessione* deriva dal latino *obsidere* che significa *assediare*. Nell'ossessione, dunque, è originariamente implicato un significato spaziale: una persona ossessionata è una persona assediata, una persona che sente mancare lo spazio, che sente che le cose si stanno avvicinando troppo» (Muscelli e Stanghellini, 2008, p. 280). Le esigenze e le strategie di simmetria producono una sensazione di controllo dello spazio, di fermarne il movimento inesorabile e caotico di avvicinamento, di congelare l'assedio. Lo spazio non è minaccioso in quanto luogo in cui mi trovo esposto al mondo senza protezione, come nell'agorafobia (Francesetti, 2005; 2014), ma in quanto luogo in cui manca la distanza dalle cose. Il vissuto di mancanza della distanza è lo sfondo su cui comprendere gli sforzi di chi soffre di ossessioni per mettere distanze, come vedremo in seguito<sup>5</sup>. Anche l'utilizzo privilegiato del canale visivo, il più distanziante ed oggettivante dei sensi, risponde a questa esigenza. Il soggetto si trova dunque in questa lotta di arretramento in un assedio che non si compie mai fino alla fine, in un tempo che scorre ma senza una ascesa, un culmine e una pacificazione: è un moto

<sup>5</sup> È interessante leggere il contributo clinico di Wheeler (2002) su questo sfondo.

lineare uniforme, un tempo che scorre inesorabile ma che non si fa mai evento compiuto, punteggiabile da un respiro che metta un punto – infine! – e poi si volti pagina. Il tempo scorre senza farsi evento: generando una tensione corporea che non si risolve mai in un punto di arrivo, questa può solo diminuire per esaurimento delle energie impiegate, non per il raggiungimento di una meta nella quale rilassarsi. Il tempo non è maturazione, non è pausa, dunque non c'è assimilazione: il fermarsi è precipitare, non c'è sosta o traguardo.

## 2.2. Il rapporto fra il dettaglio e l'insieme

Chi soffre di un disturbo ossessivo ha una rete capace di prendere i pesci piccoli e di lasciar sfuggire i pesci grossi: il dettaglio diventa figura, viene ingrandito e ripetutamente analizzato, senza che queste operazioni portino ad un senso di compiutezza dell'esperienza. La mancanza di distanza lo porta ad ingrandire i dettagli spaziali che così diventano disgustosi o pericolosi. Straus (1948) evidenzia come lo scrittore Johnatan Swift, che soffriva di ossessioni, ne *I viaggi di Gulliver* escogiti un personaggio che ha un'inevitabile esperienza ravvicinata e ingrandita della realtà, che in questo modo diventa disgustosa: «Le damigelle [...] si spogliavano in mia presenza e si mettevano poi la camicia, mentre io collocato su un mobile su cui tenevano lo specchio, i pettini e le spazzole, venivo a trovarmi proprio faccia a faccia con le loro persone nude; e questa era per me una vista tutt'altro che tentatrice dalla quale, anzi, mi veniva soltanto orrore e disgusto» (Swift, cit. in Straus, 1948, p. 99, trad. it. 2006). Ciò che assedia va distanziato e un modo di farlo è oggettivarlo visivamente: in questo modo diventa sì un oggetto, ma inevitabilmente troppo vicino, quindi disgustoso o pericoloso. Il dettaglio prende il sopravvento e la figura non si completa mai in modo soddisfacente: è molto difficile in questa esperienza giungere ad una *gestalt* finale che sia percepita come completa e che comprenda l'insieme degli elementi significativi. Le figure sono girandole che non radicandosi in uno sfondo che le sostenga diventano ripetizione obbligata e inconcludente: ciò che non si completa, si ripete (cfr. Perls, Hefferline e Goodman, 1951). La mancanza dell'esperienza di compiutezza consente di comprendere il fenomeno della ricerca spasmodica, mai veramente raggiungibile, del compiuto. Qui emerge il senso – solo apparentemente insensato – del perfezionismo: *perfecto* etimologicamente significa infatti “finito, concluso”. Una tensione continua verso una esperienza di compiutezza: è questa la sete che arde chi soffre di ossessioni, senza che trovi sollievo. *Perfecto* significa anche “morto” e, significativamente, il modo in cui chi soffre di DOC pensa al suicidio è come mezzo per porre fine ad una

lotta infinita: “Molte volte in autostrada penso che basterebbe che non girassi il volante in curva: tutto finirebbe, finalmente, e tutti penserebbero a un incidente”.

### 2.3. *L'esperienza del confine*

Confini, aree, limiti, soglie, argini: sono temi presenti per contrastare l'avvicinamento, la contaminazione, per mettere un limite al degradarsi, al putrefarsi, alla minaccia. Una lotta infinita contro il “male” nelle sue varie forme: violenza, destino, disfacimento della carne, malattia, germi e vermi, pericoli, danno, influenze del maligno. Il male ha però la caratteristica di non essere davvero confinabile: i processi di degradazione non possono essere arrestati, i germi possono penetrare attraverso le più piccole *défaillances*, la violenza o il destino possono colpire in qualsiasi momento, il male è un effluvio – un fluido – che travalica ogni soglia. Il confine va dunque irrigidito, rimarcato, rafforzato, ispessito, e nello stesso tempo resta fragile, un colabrodo. E mentre si lava le mani per eliminare il pullulare del male dalla superficie, la pelle diventa sempre più sottile, l'argine si fa più debole e richiede più detersione, in un circolo vizioso infinito. A ben guardare, cioè a guardare con occhio ossessivo, ogni confine è insufficiente: si sgrana, si sfarina, marcisce, è corrotto dall'inesorabile passare del tempo che tutto divora, consuma, disfa. Il disgusto, posto da alcuni autori (Straus, 1948) come esperienza centrale nell'ossessivo, nasce da questo contatto ravvicinato e non distanziabile con la materialità. Come abbiamo visto per Swift, la mancanza della dimensione dell'ampiezza spaziale, l'essere schiacciati sulle cose, le rende disgustose. L'impossibilità di mettere un confine sicuro fra sé e l'incertezza di quanto può accadere in qualsiasi momento, consente di comprendere ancora la fenomenologia del distanziare e del rafforzamento mai soddisfacente dei confini. Comprendiamo in questo modo anche le pratiche di accumulo: eliminare significa, etimologicamente, mettere fuori dalla soglia (dal latino *e-*, “fuori”, e *limen*, “soglia”), ma questa è una operazione al tempo stesso agognata e impossibile. L'aggressività – che può anche sfociare in violenza – è spesso un tentativo estremo di porre un confine là dove qualcuno lo ha invaso creando uno squarcio minaccioso nella cintura di sicurezza che il paziente continuamente costruisce e sorveglia. La paura di far del male qui non viene dal “desiderio rimosso” di far del male: è un reale timore che esprime sia rischio dell'estrema difesa (quando in altro modo la distanza non può essere messa e il confine difeso) sia il rischio della perdita involontaria del controllo.

#### 2.4. La materialità

Nel mondo ossessivo le cose hanno una loro vita, si muovono, sono incontrollabili, imprevedibili. Sono fortemente caratterizzate da quelle che gli psicologi della Gestalt hanno chiamato qualità fisiognomiche (Metzger, 1941; Straus, 1948), evocano cioè immediatamente vissuti sensoriali ed emotivi (si veda § 3.1.) che di solito sono di inquietudine che arriva fino al terrore. Le cose non sono in quiete, per questo inquietano. Le cose, a guardarle bene, ci guardano. Le cose sono creature e quindi anch'esse in un processo di entropica degradazione. La materia non ha unità stabile, si degrada in modo inarrestabile. Le cose, in questa esperienza, non sono poste là, chiaramente separate, distanziate dal soggetto che può stare in una posizione di osservazione più o meno neutrale. Questa posizione è agognata, ma mai pienamente raggiunta perché le cose sono sempre già qui, non distanziabili, inquietanti, senza un confine chiaro o persistente. Qualcosa sempre sfugge, eccede. Una riga sulla fiancata dell'automobile, la polvere sul comodino pulito ieri sera, il seccare di una foglia del geranio, le monete sfiorate che forse sono state inghiottite, sono testimonianza viva di quanto sfugge al controllo, di questa battaglia entropica che non finisce mai, senza tregua, e nella quale non si potrà prevalere.

In questo assedio vive chi soffre di ossessioni: esposto in ogni istante alla possibilità del male, che può venire dalle cose o, involontariamente, da sé. E in questo assedio lotta senza tregua e senza pace.

*Sospesi su ponteggi vacillanti,  
ci sosteniamo con le nostre  
fissazioni. Pur di distogliere  
lo sguardo dall'incombente  
abisso, ci rifugiamo  
in raggelanti automatismi,  
in penosissime ossessioni.*

*Sappiamo di portarci appresso  
un fardello di nequizie, ma  
l'ignavia, le coazioni, le pigrizie  
sono monete opache e note,  
ben più rassicuranti delle  
luci abbacinanti e sconosciute  
di un mondo che non offre garanzie.  
(Marcoaldi, 2015, p. 36)*



### **3. Un'analisi gestaltica dell'esperienza: il senso dell'adattamento creativo ossessivo-compulsivo**

La domanda a cui cerco di rispondere in questo paragrafo è: “in che modo si struttura l'esperienza ossessiva?”. È una domanda sulla patogenesi, cioè sul modo in cui un certo tipo di sofferenza prende forma. Sulla base di questa analisi cercherò di mettere in luce come questo modo di vivere così difficile possa essere, nonostante tutto, un adattamento creativo funzionale in certe situazioni.

#### *3.1. Al di là delle Colonne d'Ercole: Vorgestalten, proto-sé, sé emergente e altre chimere*

Per rispondere a questa domanda mi appoggerò ad alcuni riferimenti teorici ed empirici. Innanzitutto i lavori della psicologia della Gestalt sulla percezione, e, seguendo l'analisi di Klaus Conrad<sup>6</sup>, in particolare i lavori di Metzger (1941). Questi ha empiricamente evidenziato che la percezione è un processo che in alcune frazioni di secondo conduce ad una esperienza percettiva nella quale il soggetto si percepisce distanziato dall'oggetto: il soggetto si trova in una posizione di distacco sia spaziale che emotivo e l'oggetto possiede contorni definiti e chiari. Questo esito percettivo, che Metzger chiama *Endgestalt* (cioè forma percettiva finale), è il risultato di un processo che nasce da un momento percettivo molto diverso, più originario: le forme percettive di questo momento iniziale sono chiamate *Vorgestalten* (cioè forme percettive precoci). Nel momento delle *Vorgestalten* l'esperienza percettiva è diffusa, indeterminata e globale. La figura ancora non si staglia separandosi dallo sfondo, qualcosa esiste, c'è una presenza che è instabile, confusa, indefinita; è un'esperienza di non quiete, di inquietudine quindi, prima che si distingua con chiarezza un soggetto da un oggetto. In questa prima fase predominano le qualità fisiognomico-espressive: queste sono cariche affettivamente, in modo immediato e preriflessivo comunicano qualcosa di intenso, sono vissute in modo passivo, come se affer-rassero il soggetto, vi è una sensazione di attesa di una evoluzione, di uno scopo che deve definirsi ma qui non è ancora dato, se questa evoluzione tarda, emerge tensione ed inquietudine crescente. Nel momento finale delle *Endgestalten* prevalgono invece le qualità strutturali-materiali: caratterizzate da un vissuto di sollievo nel percepire una figura distinta, oggettivamente

<sup>6</sup> Conrad è stato il primo a definire e utilizzare un metodo di indagine in psicopatologia chiamandolo “analisi gestaltica” (Conrad, 2012).

stagliata dalla quale il soggetto si sente distanziato e nella posizione di poter osservare con giudizio critico e distacco emotivo. Termina la sensazione di essere preso passivamente dentro qualcosa di indistinto e inquietante. Nelle *Vorgestalten*, all'origine di ogni percezione, l'esperienza è atmosferica e pre-dualistica ed è la base della nostra vita patica (Tellenbach, 1968; Griffero, 2010; Böhme, 2010; 2017; Schmitz, 2011; Francesetti, 2014b). *Patika* significa sentita nel corpo vissuto e patita: dal patico siamo infatti afferrati immediatamente e passivamente; dal patire e dalla passione siamo mossi, è un accadere *al quale* siamo soggetti (piuttosto che *di cui* siamo soggetti). Nell'atmosferico figura e sfondo non sono ancora definiti, si tratta di una tonalità affettivamente carica e diffusa nello spazio, immediata e senza confini definiti, da cui soggetto e oggetto emergono, che impregna e colora l'esperienza nascente, che afferra i soggetti e gli oggetti in un farsi reciproco e circolare<sup>7</sup>.

In questa fase iniziale della percezione i confini e i poli della soggettività e oggettività non sono definiti e stabili: questa analisi gestaltica della percezione è in linea con la descrizione del farsi del sé sviluppata da Antonio Damasio (2012)<sup>8</sup>. Secondo questo modello, elaborato a partire dai suoi studi neurologici, nella percezione il sé emerge progressivamente – anche qui in un arco di frazioni di secondo – attraverso alcune fasi: il proto-sé, il sé soggettivo, il sé autobiografico. Nella fase originaria, iniziale, del proto-sé viene avvertita la presenza di qualcosa, senza che sia già definito a chi appartenga. La quiete si increspa in una inquietudine non ancora attribuibile a me in quanto soggetto, perché il senso di essere un soggetto separato emerge successivamente. Anche il concetto di *sé emergente* di Daniel Stern (2000) coglie questo dato iniziale di ogni esperienza. Il sé emergente caratterizza i primi mesi di vita del bambino: in questo momento dello sviluppo infantile non vi è un senso definito di sé, né questi è distinto dal mondo, ma è in figura il *processo dell'emergere* del sé. Nel modello di Stern, le fasi attraversate nello sviluppo sono presenti in ogni esperienza successiva, in ogni momento e per tutta la vita. Anche la riflessione fenomenologica indica una dimensione originaria dell'esperienza in cui soggetto e oggetto non sono ancora differenziati e descrive l'attitudine ingenua e naturale (Husserl, 1913) che caratterizza normalmente la nostra percezione come un prodotto e

<sup>7</sup> «Riabilitare filosoficamente la paticità significa conferire un valore [...] all'abbandonarsi, all'accettare di essere più *soggetti-a* che non *soggetti-di*; equivale inoltre a difendere l'inattualità, e quindi anche l'attualità critica, di un dono oggi assai più raro che in passato – quello di saper essere veicoli dell'accadere anziché del fare – e che il dogma razionalistico-postilluministico della sovranità soggettiva, animato da eroi per i quali al principio vi sarebbe l'agire e il senso della vita sarebbe dato solo dalla pianificazione dei propri fini, non può ovviamente comprendere e tantomeno condividere. [...] il patico sarebbe il dono di ricevere anziché produrre degli effetti» (Griffero, 2016, p. 9).

<sup>8</sup> Cfr. <https://www.youtube.com/watch?v=HdZmPTI3e2w>.

non come un dato originario esperienziale, anche se normalmente non vi poniamo alcuna attenzione (Merleau-Ponty, 1945; Alvim Botelho, 2016). La presenza di questo *momentum* esperienziale originario è testimoniato dall'etimologia stessa delle parole: «Nei termini *soggetto* e *oggetto* troviamo custodita la traccia di questo processo: *sub-jectum* dal latino significa gettato al di sotto, *ob-jectum* significa gettato al di là, mantenendo memoria che non sono dati originari, ma il prodotto di un'azione dell'essere gettati in due regioni del mondo diverse» (Francesetti, 2016a, p. 150). In un lavoro precedente abbiamo chiamato questo momento *fase prepersonale* dell'esperienza (Francesetti e Spagnuolo Lobb, 2014) e l'abbiamo posta come pietra angolare della comprensione dell'esperienza psicotica. In questa esperienza il soggetto non riesce ad emergere dalla dimensione prepersonale delle *Vorgestalten* e vaga in un mondo senza confini definiti, inquietante, incomunicabile, che lo prende passivamente e da cui non riesce ad uscire. E dal quale il delirio e l'allucinazione, veri e propri adattamenti creativi in questo incubo, possono trarlo fuori, senza poterlo portare in un mondo condiviso, però almeno definito<sup>9</sup>. Abbiamo chiamato questo mondo *al di là delle Colonne d'Ercole*, luogo che gli antichi ponevano al di là del mondo conosciuto e del dicibile, l'oltre del *non plus ultra*, un mondo popolato da mostri e chimere da cui le colonne (che in greco indicano i *confini*) ci proteggono. Tutti noi, alla radice di ogni nostra esperienza, emergiamo da questo mondo. Questa prospettiva è in linea con il concetto di sé emergente che fonda la teoria della psicoterapia della Gestalt (Philippson, 2009; Robine, 2016; Francesetti, 2016; Spagnuolo Lobb, 2016; Alvim Botelho, 2016; Bloom, 2016): il senso di sé è un processo che emerge nella situazione, nasce come sé della situazione (Perls, Hefferline e Goodman, 1951; Robine, 2006). Riconoscere questa origine della soggettività in una matrice pre-dualistica è particolarmente importante perché fonda una prospettiva postcartesiana (o postdemocritea secondo Schmitz, 2011) dalla quale nasce una comprensione della sofferenza e della sua cura a partire dal campo (o dalla relazione, o dalla situazione, o dalla matrice intersoggettiva a seconda degli autori) e non dall'individuo, che pur la patisce, la esprime e ne invoca la trasformazione. Questa analisi del processo percettivo è la base, ma su un'altra scala temporale, della sequenza di contatto teorizzato in *Gestalt Therapy* (Perls, Hefferline e Goodman, 1951). Il momento patico indifferenziato è il dominio della funzione-es del sé, da cui, sulla base dei contatti assimilati (funzione-personalità), emergiamo continuamente come soggetti.

<sup>9</sup> Il primo ad utilizzare i lavori di Metzger per comprendere l'esperienza psicotica è stato Klaus Conrad (1958), che ha posto le basi per uno studio della psicopatologia che ha appunto chiamato "analisi gestaltica", purtroppo non ripreso da ricercatori successivi in tutte le sue potenzialità e oggi rivalutato da alcuni autori (Alessandrini e di Giannantonio, 2013).

### 3.2. La genesi strutturale dell'ossessione: incessanti balzi erculei

In letteratura troviamo vari modelli che tentano di dare un senso al sorgere delle ossessioni: in particolare modelli psicodinamici (Gabbard, 1995), comportamentali e cognitivisti (da Beck, 1984 e successive evoluzioni), e anche gestaltici (si vedano i riferimenti bibliografici già citati). In *Gestalt Therapy* (Perls, Hefferline e Goodman, 1951) le ossessioni sono viste come pensieri che hanno la funzione di rimuovere l'ansia dell'eccitazione: l'analisi che presento cercherà di ampliare questa affermazione, soprattutto collocando questo disturbo in relazione ai livelli di funzionamento nevrotico e psicotico e comprendendolo alla luce dei processi percettivi e dell'emergere del sé.

L'ipotesi che presento in questo paragrafo è *patogenetica*, cioè tenta di rendere conto di come emerga questa esperienza a prescindere dalle cause, su cui proveremo a dire qualcosa successivamente. Procediamo quindi con un'analisi gestaltica dei vissuti ossessivi. Se correliamo l'esperienza ossessiva (§ 2) con la genesi della percezione (§ 3.1), sembra immediatamente chiaro che chi soffre di ossessioni sia *assediato nel mondo delle Vorgestalten*, ma allo stesso tempo *non perduto e non inesorabilmente rinchiuso lì*. Possiamo infatti osservare una lotta continua per distanziare, chiudere e concludere, mettere confini, arginare, separare. Nell'esperienza psicotica il paziente è chiuso e perduto in questo mondo che non si differenzia, e mette in scena il suo dramma attraverso il delirio, l'allucinazione, il ritiro nell'incomunicabile. Qui no: chi soffre di ossessioni contrasta il mondo dell'indifferenziato attraverso un'opera incessante di riconquista di un terreno distanziante, confinato, sicuro. Ogni centimetro faticosamente guadagnato è inevitabilmente subito perduto. Il tempo non è mai conquista ma lotta incessante, non è evento ma impegno. Con le parole di un mio paziente: "Sono su una scialuppa in mezzo all'oceano, solo, nella tempesta: con un secchio butto fuori acqua, ma il fondo della barca è bucato. Non posso fermarmi, non affondo ma tutta la mia fatica non cambia la situazione. Cosa accadrà quando mi mancheranno le forze?". Mentre nell'esperienza psicotica il soggetto non riesce ad uscire dalle *Vorgestalten* e a conquistare un mondo condiviso, qui la persona con uno sforzo erculeo disegna e si aggrappa a delle *Endgestalten* chiare, definite, certe: ma senza che siano lo sviluppo di *Vorgestalten* che maturano in figure chiare e definite, senza un radicamento in uno sfondo. È un balzo da un mondo immediato, preverbale e sensoriale ad un mondo verbale, cognitivo, logico-matematico e riflessivo. Le ossessioni non sono altro che questo: la capacità di creare – e aggrapparsi a – figure definite che, non essendo radicate nello sfondo, devono essere iperdefinite e incessantemente ripetute per poter *ec-sistere* (venir

fuori), *sus-sistere* (restare fuori) e *per-sistere* (durare nel tempo). In questa luce i vissuti e i sintomi prendono senso: il perfezionismo è il tentativo di chiudere l'esperienza e giungere a un punto di compimento; l'anestesia corporea è un tentativo di prendere le distanze dal sentirsi afferrato dall'atmosferico; la lotta contro la contaminazione è la lotta per mettere confini e definirsi; la ricerca della simmetria, dell'ordine, dei conti che tornano, del controllo è un tentativo di ridurre il caos dell'indefinito in cui tutto può accadere; la ricerca della sicurezza è la ricerca di un mondo stabile, prevedibile, in cui si possa stare *sine cura* (etimologicamente, "sicuro" viene dal latino *sine cura*, cioè "che non richiede cura"): senza cioè doversi incessantemente impegnare per farlo sussistere. Sono tentativi che danno sollievo in quanto *sono parte di una lotta non ancora persa anche se mai vincibile*, come il buttar fuori acqua da una barca sfondata, e che mettono in scena il dramma che la persona sta vivendo. Necessità, questa, fondamentale in ogni campo psicopatologico, perché solo mettendo in scena – cioè riattualizzando nel qui e ora – la sofferenza questa può trovare uno spazio relazionale in cui trasformarsi (Francesetti, 2014b). In questa prospettiva i sintomi ossessivi non sono qualcosa da eliminare, ma l'espressione di un adattamento creativo che salva il paziente dal perdersi in un mondo senza confini, psicotico. Diamo qui senso alla contiguità, evidenziata da altri autori (Straus, 1948), fra esperienze ossessive e psicotiche. Si tratta di un approccio molto diverso da uno che guardi ai pensieri ossessivi come pensieri sbagliati, da confrontare e superare: i pensieri sono il modo che il paziente ha per uscire da un fondo sensoriale pieno di inquietudine e terrore. È proprio la capacità di fare questo balzo erculeo dal terrore presente nei sensi per approdare, pur transitoriamente, a un mondo riflessivo logico-matematico controllabile che salva il paziente da un terrore più grande. Un balzo che però deve essere ripetuto ad ogni istante: "Sospesi su ponteggi vacillanti, / ci sosteniamo con le nostre / fissazioni".

### 3.3. *L'eccedenza estetica: il diavolo si nasconde nel dettaglio*

Quanto detto consente anche di mettere in luce il senso per chi soffre di ossessioni di allontanarsi dalla sensorialità e dalla corporeità. La radice del sentire, in queste esistenze, è infatti il luogo del terrore indefinibile, atmosferico, senza contorni, imprevedibile. Con le parole di un paziente: "Io tra-

sformo il terrore in paura, ogni minuto, ogni giorno. Ma i miei piedi<sup>10</sup> sono sempre immersi nel terrore”. Il balzo fuori dalle *Vorgestalten* è un balzo dal dominio della sensorialità estetica (patica) al dominio del cognitivo, del logico-matematico e del linguistico: il paziente resta in bilico fra due mondi riuscendo a non perdersi al di là delle Colonne d’Ercole (si salva dalla psicosi) ma senza riuscire a permanere nel mondo differenziato e del definito. Essendo un saltare che ricade sempre nello stesso posto e non una maturazione che lo porta avanti, per riuscirci in modo permanente dovrebbe tagliare definitivamente i ponti con il mondo sensoriale. E se ci riuscisse possiamo ipotizzare che potrebbe dar forma ad un’altra sofferenza più grave: per esempio, una forma sociopatica. Qui la desensibilizzazione non gli consentirebbe più di sentire il proprio terrore e il proprio dolore, e avrebbe bisogno del corpo di un altro per metterli in scena: dovrebbe far emergere la sofferenza – che non può sentire – nell’esperienza dell’altro, la vittima (Francesetti, 2014c). In questo senso possiamo comprendere le parole di un mio paziente, a tratti pericolosamente violento, che in un momento di intensa commozione mi disse: “Io posso essere un angelo di luce o un angelo di tenebra. Se mi stacco da ciò che sento posso fare qualsiasi cosa e avere il senso di giustizia nel farla. Nulla potrebbe fermarmi, se non tornare a sentire e a patire”. In chi soffre di ossessioni la desensibilizzazione non arriva a questo punto: ciò che vive il paziente e che genera le compulsioni è un fenomeno che possiamo chiamare *eccedenza estetica*. Nonostante tutti gli sforzi, l’ossessivo non riuscirà a compiere completamente il balzo fuori dal sentire: si tratta di un sentire atmosferico, mai completamente afferrabile, col quale resta in qualche modo a contatto. Un’atmosfera non è mai completamente riducibile a un oggetto distanziabile, qualcosa sfugge sempre, come un fluido. Il sentire non è mai completamente afferrabile o circoscrivibile dal linguaggio: fra linguaggio e sensorialità vi è un rapporto di incommensurabilità (Mazzeo, 2013). In geometria due grandezze o figure sono incommensurabili quando il loro rapporto genera un resto. Incommensurabile non significa inesprimibile, ma esprimibile con un resto. Questo resto è un margine di rigenerazione inesauribile, che richiama approssimazioni all’infinito, come il valore del pi greco, appunto infinito e continuamente rigenerantesi dopo la virgola. Il linguaggio esprime la sensorialità in modo approssimato, cioè con un resto. Come ha sottolineato Lynne Jacobs<sup>11</sup>, in terapia approssimarsi è un valore perché indica un avvicinarsi che

<sup>10</sup> Il riferimento ai piedi non è casuale: “aver freddo ai piedi” è un modo per dire di aver paura e i bambini quando sono spaventati e non hanno un contenimento corporeo si rannicchiano sollevando i piedi da terra o li raccolgono fra le braccia.

<sup>11</sup> Comunicazione orale, Congresso dell’AAGT, Asilomar (CA, USA), 5 settembre 2014.

libera dal dover trovare performativamente la parola esatta e che continuamente apre il dialogo e la conversazione. In particolare il linguaggio – con la sua struttura fondata su un soggetto, verbo, complemento – è adatto ad esprimere l’esperienza dopo che la separazione fra soggetto e oggetto è avvenuta: la grammatica universale (Chomsky, 1970) è fatta per esprimere *compiutamente* il mondo ingenuo e naturale di oggetti e soggetti già definiti, è il mondo della logica aristotelica. Per esprimere l’esperienza prima di questa separazione (al di là delle Colonne d’Ercole o nel mondo delle *Vorgestalten*, dell’atmosferico), occorrono altri linguaggi: la poesia, suggerisce Goodman (Perls, Hefferline e Goodman, 1951; Vázquez Bandín, 2014). Oppure la follia, sorella sfortunata della poesia (Clemens Brentano, cit. in Béguin, 1939). Il linguaggio vivo, quello poetico, che tocca, che è capace di essere vibrazione corporea, dunque, si approssima all’esperienza sensoriale e nello stesso tempo reca con sé il profumo di quanto resta ancora da dire: è un linguaggio che coglie e che manca, e anche questa mancanza parla, anzi è proprio questa mancanza che rende possibile un linguaggio che invece di essere morto, *perfecto*, è vivo, incantato e capace di incantare il mondo (Loewald, 1999; Mitchell, 2002). L’eccedenza atmosferica della sensorialità, cioè l’eccedenza estetica, è il demone che l’ossessivo non riesce a sopprimere: il conto che non torna (o torna con un resto!), il microbo che supera l’asettico, il sentire impulsivo che inutilmente vuol essere annientato, il quadro storto, il granello di polvere sul comodino... il diavolo dell’ossessione si nasconde in questi dettagli che esprimono l’insopprimibile e salva l’ossessivo dall’anestesia sociopatica. Approssimarsi è insopportabile per chi soffre di ossessioni: perché è un movimento che lascia un resto che non si annienta mai, e questo non consente di concludere e distanziarsi. Possiamo ora dare ulteriore senso ai rituali compulsivi: sono tentativi di ridurre e annientare l’eccedenza estetica che nessuna logica matematica o linguistica potrà mai – fortunatamente – ridurre a zero. Ma temporaneamente danno sollievo: il rituale, diversamente dal gioco il cui risultato è incerto, si sa come va a finire, è prevedibile, dà un senso di controllo. E il rituale è il modo culturalmente condiviso per tenere a bada l’atmosferico, dargli una forma e tessere la memoria. Si pensi a come i rituali ci sostengono nei momenti di forte atmosfericità: danno una forma sociale condivisa al vissuto individuale garantendo la connessione relazionale. Per esempio davanti alla morte, evento eccedente *par excellence*, in cui il tempo e lo spazio si sfibrano<sup>12</sup>, il rituale dà forma al vissuto individuale consentendoci di restare in un mondo sociale condiviso. L’ossessivo utilizza questo adatta-

<sup>12</sup> «Irregolare era l’aria intorno al morto / di smagliatura e strappo nella rete / che tiene saldo il qui con l’ora» (Gualtieri, 2010, p. 50).

mento senza però che sia condiviso, senza quindi lenire la solitudine che del suo terrore è un elemento costitutivo, e senza riuscire a annientare l'eccedenza estetica che lo tiene, in fondo, collegato al mondo della vita.

#### 4. In quali esistenze emerge l'adattamento ossessivo?

Con questo paragrafo entriamo in un territorio epistemologicamente scivoloso, pieno di rischi di riduzionismi e dove è importante non dimenticare che quanto possiamo formulare sono solo ipotesi. Entriamo nel territorio dell'eziologia, cioè delle cause della sofferenza. È importante avviare il discorso ricordando che attualmente le cause del disturbo non sono conosciute e che paradossalmente questa ignoranza può essere un supporto per il terapeuta: abitarla consapevolmente lo sostiene ad essere aperto e curioso e a cercare una storia condivisa unica per questo paziente che dia senso alla sua sofferenza. Il non sapere, qui, è custode della ricerca e dell'unicità.

In psicopatologia occorre in ogni caso uscire da una logica causale semplice e riduzionistica: quello che sappiamo in generale è che ogni sofferenza ha radici complesse e irriducibili. La posizione che assumo all'interno di questa complessità si basa su due assunti: che ogni sofferenza abbia un senso (Borgna, 1989); e che questa emerga da un campo relazionale che viene rimesso in scena nell'incontro terapeutico (Francesetti, 2014b; 2016a; 2016b; Spagnuolo Lobb, 2014). Sgomberiamo il campo innanzitutto dall'eziologia biologica: il fatto che un trattamento con antidepressivi serotonergici possa alleviare i sintomi ossessivi non significa che la serotonina sia implicata come causa del disagio, ma semmai come patogenesi. Siamo quindi in un ambito patogenetico e non eziologico<sup>13</sup>: è importante per il clinico ricorrere al farmaco se può alleviare i sintomi, purché non si fermi lì e non rinunci alla ricerca di dare un senso al disagio. Non escludiamo che possano esservi elementi genetici, epigenetici (Bottaccioli, 2014; Spagnuolo Lobb e Francesetti, 2015; Spector, 2013), o più generalmente biologici all'origine di questa sofferenza: è un ambito in cui non vi sono dati chiari (Castonguay e Oltmanns, 2016) e in ogni caso la presenza di componenti biologiche non toglie senso alla ricerca di senso. In psicopatologia, piuttosto che utilizzare la categoria della causalità che tende a ridurre e generalizzare, è più sostenente utilizzare quella dei percorsi, che garantisce mag-

<sup>13</sup> Vi è molta confusione fra patogenesi (come si forma un sintomo) ed eziologia (la causa del sintomo): come espresso altrove (Francesetti, 2015a), il fatto che l'aumento della serotonina allevi i sintomi non significa che la sua mancanza sia la causa dei sintomi stessi. Se assumo morfina mi passa il mal di denti. Il che non significa che il mal di denti sia causato da una mancanza di morfina.



giormente la singolarità, l'unicità e la contestualità. Su questo terreno, quello dei percorsi che conducono al DOC, la psicodinamica ha chiamato in causa la fissazione alla fase anale e i conflitti edipici (Gabbard, 1995; Straus, 1948); un punto di vista più vicino al nostro è quello della psicoanalisi intersoggettiva che ha esplorato questo disturbo in termini di campo intersoggettivo (Stolorow, Brandchaft, Atwood *et al.*, 1999). L'approccio cognitivista ha prodotto molta letteratura (Beck, 1984; Frost e Steketee, 2002; Clark, 2004) dalla quale spesso ci discostiamo perché non condividiamo la lettura per cui le ossessioni siano originariamente un disturbo della cognizione: come abbiamo visto l'aggrapparsi ossessivo al pensiero dal nostro punto di vista è un adattamento creativo per distanziarsi dal sensoriale inquietante e terrorizzante.

Per orientarci sui percorsi che conducono alla sofferenza ossessiva proviamo a partire da due dati fenomenici che sembrano chiari: il primo è che lo sfondo emotivo di chi soffre di ossessioni è il terrore (Salonia, 2014; Stanghellini e Ballerini, 1992; Muscelli e Stanghellini, 2008; Calvi, 1996). Il secondo emerge in terapia: il paziente sembra ignorare ogni possibilità che il suo terrore possa essere calmato nella relazione. Non conosce il conforto relazionale quando si ha paura. Di nuovo la terribile e affilata poesia di Marcoaldi esprime questo elemento:

*Che dici? Se ti abbraccio forte forte  
ho qualche chance in più di scampare alla morte?  
(Marcoaldi, 2008)*

Questa domanda potrebbe emergere tipicamente in un campo ossessivo: ovviamente la risposta è negativa, un abbraccio non allontana *la morte*. Ma chi pone una tale domanda evidentemente non sa che un abbraccio allontana *la paura della morte*. Chi soffre di ossessioni non conosce il potere calmante dell'abbraccio, della vicinanza corporea, del conforto relazionale: *conforto*, etimologicamente significa *essere forti insieme*. Troviamo qui un nucleo centrale di questa esperienza: la solitudine nel terrore. Il paziente ossessivo è solo, e in un certo senso senza sapere di esserlo, perché sembra non sapere che può anche non essere così: non ha un'esperienza di riferimento per avere nostalgia dell'altro e chiamarlo. Anzi, come abbiamo visto, la struttura della sua esperienza lo spinge a cercare sollievo nel distanziarsi: manca lo spazio per sentire la distanza, e quindi il desiderio di vicinanza, che richiede appunto distanza, non può nascere. Inoltre l'esperienza è di emergenza: è molto difficile lasciare i ponteggi vacillanti che salvano dall'abisso per afferrare la mano di qualcuno. È come chi, arrampicandosi su una parete di roccia, sia sospeso sul vuoto, aggrappato ad appigli senza corda di sicurezza,

e venisse invitato a lasciare gli appigli per afferrare una mano (Salonia, 2014). In questa esperienza, il terrore e la diffidenza che incontriamo sono tali da far pensare che la mano dell'altro l'abbia già tradito. Che l'altro sia già mancato. In effetti, facilmente troviamo storie in cui il contenimento relazionale che viene dalla vicinanza affettiva e corporea è stato carente: ancora con le parole di un paziente, "Ho vissuto la mia infanzia in una casa senza muri, esposto a ogni tempesta, scoppi di ira imprevedibili squassavano la casa, il freddo paralizzava ogni cosa, solo la mia solitudine, rannicchiato in un angolo nascosto, poteva consentirmi di respirare mentre tremavo. Solo nella mia solitudine c'era conforto: cominciai a leggere l'immensa biblioteca di casa, un libro dietro l'altro, dall'angolo in basso a sinistra in avanti. Con ordine. Dalla relatività generale alla *Certosa di Parma*, passando per le opere del Marchese de Sade". Stiamo delineando delle possibili storie in cui l'altro è mancato come contenimento davanti al terrore e all'incertezza della vita. Non delineiamo ulteriormente questo scenario per evitare di stereotiparlo e cristallizzarlo, fermiamoci alle due evidenze che abbiamo rilevato: il terrore e la difficoltà a cogliere il contenimento relazionale. Da questo emerge un elemento raramente messo in evidenza in letteratura: il tema della solitudine nelle esperienze ossessive. Su questo è interessante un'osservazione che viene dalla clinica farmacologica. Le sofferenze che rispondono positivamente agli antidepressivi sono la depressione, il disturbo di panico e il disturbo ossessivo-compulsivo: ad una analisi fenomenologica e gestaltica, nello sfondo di queste sofferenze vi è un'esperienza di solitudine (diversa per ogni sofferenza, si veda Francesetti, 2005; 2014a; 2015a; Francesetti e Gecele, 2011). L'ipotesi che faccio è che questa categoria di farmaci producano una diminuzione del bisogno dell'altro, risultando quindi efficaci proprio in quei disagi radicati nella mancanza dell'altro. Questa riflessione dà anche un senso all'aumento del consumo di antidepressivi nella nostra società, un aumento quasi esponenziale (Whitaker, 2013). Una società che nega la legittimità del bisogno dell'altro non può che produrre disagi che nascono dalla solitudine e produrrà terapie che anestetizzano questo bisogno.

Concludendo, mentre abbiamo potuto descrivere un modo specifico in cui prende forma di questo disturbo (patogenetica, § 3), non possiamo e non vogliamo ridurre a cause specifiche questo disagio e possiamo solo ipotizzare che questa sofferenza prenda forma in percorsi esistenziali segnati dall'esposizione al terrore senza sufficiente contenimento relazionale. Altri autori vanno oltre, ipotizzando che la compulsione e il rituale siano causati dall'espellere qualcosa che è stato sentito o agito e che non era legittimo sentire o agire (Salonia, 2014), o concepiscono questo disturbo come il risultato di introietti che impongono al paziente di agire secondo un ideale perfezionistico (Dreitzel, 2010; 2014). Queste sono certo possibilità

che incontriamo nella clinica, ma dall'analisi che ho presentato direi che non costituiscono l'elemento strutturale che ritroviamo come denominatore comune di queste esperienze.

## **5. Il campo ossessivo-compulsivo emergente nel qui e ora della seduta terapeutica**

Quando incontriamo in terapia una persona che soffre di ossessioni attualizziamo insieme un campo che mette in scena questa sofferenza<sup>14</sup>. Come ho descritto in precedenza (Francesetti, 2016b), mettere in scena non rimanda ad alcunché di artificioso, ma indica specificamente l'attualizzarsi di un campo fra noi e intorno a noi che è l'ec-stasi dei corpi vissuti nella situazione presente. Emerge cioè qualcosa di reale e percepibile esteticamente come un'atmosfera, una quasi-cosa, né solo oggettivo né solo soggettivo, che è il venir fuori, l'ec-sistere, di un campo che contemporaneamente attualizza le assenze al confine di contatto (cioè la sofferenza) e le chiamate alla presenza (cioè le potenzialità di trasformazione e di presenza). Il grado di presenza e assenza prende forma attraverso il modo di essere al confine di contatto nella seduta (Spagnuolo Lobb, 2014), è l'estasi dei corpi e della situazione. Un campo psicopatologico, infatti, custodisce le assenze al confine di contatto che attendono la presenza dell'altro per potersi trasformare in dolore e bellezza (Francesetti, 2014c).

Quali sono le caratteristiche di un campo fenomenico ossessivo? Pur essendo diverse per ogni incontro, quindi per ogni paziente, per ogni terapeuta e per ogni seduta, pensiamo che esistano alcune caratteristiche che in forme diverse possiamo ritrovare (se è vero che tutte le sofferenze ossessive hanno un fondo esperienziale comune). Le esperienze che descrivo sono espressione di temi che circolano nel campo e possono essere vissute ora più dal paziente ora più dal terapeuta. Sono l'effetto di una cocreazione.

<sup>14</sup> Per "campo fenomenico" intendo l'orizzonte entro cui si generano i fenomeni esperienziali emergenti nell'incontro. Può essere considerato come l'orizzonte delle forme possibili: ne costituisce le *possibilità* (in questo campo possono emergere tante forme esperienziali) e i vincoli (in questo campo non posso emergere tutte le forme esperienziali). Come originariamente inteso da Maxwell, è una regione spazio-temporale dove una forza produce un effetto. Il campo fenomenico è generato da tutto quanto è rilevante e si estende nello spazio e nel tempo *fin dove produce una differenza esperienziale*: questi sono i suoi confini. Il campo fenomenologico è invece il risultato di una "conversione fenomenologica", cioè della capacità di guardare con curiosità ai fenomeni che emergono e di cercarne il senso e l'intenzionalità. Richiede un movimento dalla immediata percezione-azione che emerge come campo fenomenico, e si genera grazie alla curiosità e allo stupore circa quanto sta avvenendo (Francesetti, in stampa).

In questo campo, in seduta, posso sentire di dover essere molto cauto, sentendomi spesso sul punto di sbagliare senza sapere bene perché, ma avendo la sensazione di dover controllare attentamente quello che faccio. Imparo che alcune parole sono proibite: *terrore*, ad esempio. O alcuni gesti: stringere la mano per salutarsi o avvicinarsi oltre un certo limite, a volte. Il mio corpo si tende in quest'opera di controllo, si irrigidisce, il respiro si contrae impercettibilmente, riduco senza accorgermene l'appoggio alla sedia, il baricentro si sposta verso l'alto, la sensibilità si riduce e l'aria si fa asettica. A volte prima della seduta controllo se lo studio è in ordine oppure se le poltrone sono abbastanza distanti, mi è successo di sentire che vorrei una stanza più grande o mi sembra che il paziente la vorrebbe. Mi sento meno presente col mio corpo, mi disincarno un po'. Anzi, la presenza corporea quasi diventa disdicevole o superflua: "Che c'entra il corpo? Stiamo parlando di sofferenza psichica, di pensieri incontenibili! Sono appeso sul vuoto e lei mi dice di respirare? Ovvio che respiro, non è questo il punto! Come mi può aiutare?". C'è a volte un senso di emergenza che mi mette con le spalle al muro, senza una via d'uscita, con la sensazione che una risposta debba essere data adesso e debba essere definitiva, risolutiva: in quei momenti lo spazio si riduce e mi toglie il respiro, mi sento assediato, che sollievo quando finisce la seduta! Mi succede di sentire un'attrazione verso il pensiero, il discettare, il narrare, il dettagliare, verso la logica pura e formale. Il tempo tende a procedere con moto lineare uniforme senza che senta un crescendo che giunge da qualche parte, in modo da poter dire "oggi siamo arrivati fin qui!", con un senso di compiutezza. Questo può rendere difficile chiudere la seduta, come se mancasse qualcosa che non arriva mai. L'aria è tendenzialmente fredda, difficilmente increspata da moti affettivi, presi come siamo a correre dietro a qualcosa che non afferriamo mai. La radura che ogni incontro terapeutico tenta di creare non è abbastanza ampia, comoda, accogliente, calda, consistente, ospitale, sicura. Non è sosta. Che sorpresa quando trovo abbastanza terreno e audacia da dare dignità al mio commuovermi, al sentire la mia anima che si riscalda al contatto con questa persona che soffre. (Mi verrebbe ora da definire cosa intendo per anima, ma questo è probabilmente un effetto della "corrente verso l'alto" presente nel campo ossessivo che mentre scrivo attualizzo). L'altro può sfuggirmi: facile essere abbagliato dai dettagli o dall'urgenza della sintomatologia, difficile non perdere la carne che vibra e che soffre, che risuona e tocca il cuore. Il paziente sembra a tratti dall'altra parte di una cortina di ferro, a tratti invece sembra che una parola sbagliata possa graffiargli l'anima, scarnificargli le carni. A volte mi sento inutile, anche come essere umano, vorrei offrire conforto, ma tutto sembra insufficiente: non perché il paziente non attenda nulla (come in un campo depressivo) ma perché mi

sento impotente di fronte al ripetersi del sintomo, all'urgenza del terrore, alla radicalità delle domande. Ci provo a fare la differenza, ma spesso non riesco, mi esaurisco: a questo punto emerge la voglia di allontanarmi, e magari mi allontano. Lì posso sentire la preziosità di un sentimento che a poco a poco si crea: posso sentire il dolore, caldo, nel lasciare il paziente solo e il paziente può, ad un certo punto, sentire che se mi allontano l'aria è più fredda e il terrore più forte. In questo momento siamo fuori da un campo ossessivo: grazie alla presenza incarnata il terrore si calma. Possiamo lasciare, almeno per un momento, i solitari ponteggi vacillanti. L'incontro è evento, il respiro punteggiatura, la radura sosta.

## **6. Percorsi e direzioni terapeutiche**

La terapia con chi soffre di DOC è in genere difficile e frustrante per il paziente e per il terapeuta, di solito però è efficace anche se incerta nei suoi esiti a lungo termine. I modelli di intervento più sottoposti a verifica, quelli di esposizione comportamentista e quelli cognitivisti (Abramovitz e Siqueland, 2016; Foa *et al.*, 1999; Beck, 1984; Frost e Steketee, 2002; Clark, 2004), si sono dimostrati utili a ridurre la sintomatologia in modo significativo anche se spesso non definitivo; questo disagio sembra infatti frequentemente procedere in modo cronico con periodi di benessere e periodi in cui i sintomi sono più intensi (Castonguay e Oltmanns, 2016). Si è evidenziato inoltre che il coinvolgimento della famiglia in momenti psicoeducativi o terapeutici può essere molto utile, in quanto il semplice adattarsi da parte dell'ambiente ai rituali richiesti dalle ossessioni tende a peggiorare la situazione. A partire dalla esplorazione che abbiamo fatto, vediamo quali possono essere alcune direzioni di cui tenere conto nel lavoro di cura. In sintesi e in termini generali, l'atteggiamento terapeutico è quello di essere in grado di sentire fino in fondo il campo emergente nella seduta – cioè di essere presente alle assenze che nel campo si attualizzano – e di cogliere il proprio contributo alla sua co-creazione. Questo è il margine su cui poggia il cambiamento: il terapeuta modula la propria presenza invece di cercare di cambiare il paziente (Francesetti, 2014b; in stampa) e questo cambia il campo co-creato, qui nasce un'esperienza nuova e quindi una memoria nuova. Nell'incontro, la sofferenza si attualizza e quando arriva al confine di contatto, grazie alla presenza di entrambi, si trasforma (Francesetti, 2014c; Spagnuolo Lobb, 2011). Questa è una prospettiva gestaltica sul processo terapeutico valida con ogni paziente, quale che sia il tipo di sofferenza, e rimandiamo ai lavori citati per un approfondimento.

Ma quali sono i temi e i passaggi su cui porre attenzione quando siamo in un campo ossessivo-compulsivo?

### 6.1. Dal Körper al Leib<sup>15</sup>: mantenere viva la sensibilità estetica

La dimensione estetica è quella sensoriale, la radice del sentire da cui la corrente presente nel campo ossessivo continuamente tende a spostarci. È importante per il terapeuta aver cura di mantenere un contatto sensoriale con il proprio corpo vissuto (il *Leib*): in questo campo è facile perderlo per la tensione che irrigidisce e anestetizza e per la focalizzazione sul pensare. Il *Leib* in questo campo diventa facilmente *Körper*, cioè corpo medico, anatomico e funzionale, corpo che non sente, che non assapora. Chi è nell'emergenza risveglia i sensi per cogliere i pericoli intorno a sé: vista, udito e fiuto sono allertati e rivolti all'ambiente, il respiro è sospeso in attesa dell'attacco; manca invece la focalizzazione sul sentire estetico: corporeo, propriocettivo, atmosferico e per questo il terapeuta deve essere particolarmente attento a custodirlo. È importante che egli non perda la fluidità del respiro, il che significa custodire lo spazio e il tempo nel contatto: dare ampiezza al respiro dà ampiezza allo spazio e aiuta a porre la giusta distanza; sentire il soddisfacimento del compiersi del ciclo respiratorio cambia il moto lineare uniforme della temporalità generando un moto ascendente e discendente che compie un ciclo *perfecto*, cioè concluso. Il contatto con la propria corporeità vissuta consente inoltre al terapeuta di registrare attimo per attimo la "temperatura" del contatto e l'attualizzarsi delle atmosfere nell'incontro. La capacità di sostare in questo indefinito che sorge alla radice dei sensi, sentendo quanto emerge senza fuggire, permette di entrare in contatto con i vissuti di terrore dal quale le ossessioni continuamente sorgono e allontanano il paziente e – in seduta – anche il terapeuta. Il lavoro è dunque sempre corporeo, nel senso di incarnato e presente alla consapevolezza del terapeuta; tuttavia a volte è possibile mettere in figura il lavoro corporeo: superando la svalutazione che la focalizzazione sul corpo spesso implica e dopo aver nel tempo costruito una fiducia relazionale sufficiente. Quando questo sia possibile, l'esperienza del lavoro corporeo è preziosa: sperimentare gli effetti della distanza/vicinanza e di come questo modifichi l'esperienza dello spazio; dei confini, del loro perdersi e ritrovarsi e delle emozioni che accompagnano questi movimenti; della temporalità in esperimenti – come il semplice *grounding* – in cui il paziente senta fatica e dolore fisico e possa sentire un sollievo che segnala che l'esercizio è finito (*perfecto!*).

<sup>15</sup> «[...] il corpo nella concezione cartesiana è ridotto a macchina, separato dal mondo e dalla psiche, è il *Körper*, nel linguaggio degli autori tedeschi, il corpo anatomico-funzionale della medicina (o il corpo atletico o cosmetico della società dei consumi). Il corpo vissuto (o corpo proprio), *Leib* in tedesco (con la stessa radice etimologica di *amore* e *vita*), è il corpo di cui facciamo esperienza nel nostro essere vivi e in contatto con il mondo. Mentre il *Körper* è una cosa, il *Leib* è una quasicosa» (Francesetti, 2014b, p. 38).

## 6.2. Dal terrore al contenimento nel contatto

Gradualmente emergeranno i vissuti di terrore in seduta, un terrore per il quale non è concepito un contenimento: un terrore puro e senza confini, solo confinabile con le ossessioni. Un terrore a cui non c'è risposta concreta: accade che il bambino intorno ai due anni chieda alla madre: "Ma tu muori?". La reazione della madre è immediatamente un sorriso, un avvicinarsi: abbraccia il bimbo e in genere dirà qualcosa sulla temporalità, per esempio: "Ma no, non sono vecchia!". Il bambino si calma e rivolge la sua attenzione ad altro. In questa sequenza lo spazio è attraversato da una forte risonanza emotiva e dal corpo della madre che con calore si avvicina, il tempo è delineato in modo da creare la distanza fra l'ora della vicinanza e il poi, un poi così lontano che non ci tocca (qui c'è il confine), il corpo si calma nell'abbraccio della madre<sup>16</sup>, il respiro ritorna e questa sequenza di esperienza è compiuta. L'attenzione è libera di rivolgersi ad altro. Prima che una sequenza del genere, cioè un con-forto nel contatto (non necessariamente con un contatto fisico), possa emergere in terapia, molte cose devono accadere: il terapeuta deve essere stato presente nel vivere il campo ossessivo senza andarsene anestetizzandosi e senza lasciarsi sopraffare, in modo da diventare gradualmente visibile per il paziente, e affidabile. Il paziente giunge con la domanda di Marcoaldi: "Se ti abbraccio forte forte, / ho qualche chance in più di scampare alla morte?". Ma il lavoro, ancora una volta, non è teso a cambiare il paziente: la domanda che il terapeuta si pone è: "Come vivo nella seduta e nella mia vita il terrore esistenziale di fronte alla mia morte? A quella delle persone che amo? Quali sfondi mi hanno sostenuto e mi sostengono per continuare a respirare quando queste possibilità si affacciano? Come tutto questo si attualizza quando incontro questo paziente?". Porsi queste domande ed esplorare autenticamente la propria esperienza su questi temi consentirà di non perdere la propria presenza corporea e affettiva in terapia e di poter sentire che l'emergere del terrore non lo fa fuggire dal contatto terapeutico. Da questo sfondo emergeranno le risposte alle domande urgenti che il paziente pone al terapeuta (Salonia, 2014): che non saranno fondate sulla rassicurazione, ma sul sostegno che viene dalla verità, non sul dare sicurezze che non abbiamo, ma sull'appoggiarsi ai limiti della vita e continuare a respirare. Nell'esempio citato, non serve che il terapeuta dia garanzie che alla figlia non succederà nulla, anzi questo causerebbe una perdita di fiducia perché il terapeuta affermerebbe qualcosa che non può sapere. Serve invece che davanti all'imprevedibilità della vita impariamo a calmarci insie-

<sup>16</sup> Salonia (2014) a questo proposito cita giustamente il breve e meraviglioso racconto di Grossman (2010) sull'abbraccio.

me, che grazie alle nostre presenze la vita è sufficientemente ospitale, *hospes* (ospite) e non *hostis* (nemica). Il modo in cui questo accade non è riproducibile come una tecnica, ma è una *phronesis* che emerge solo se lo sfondo del terapeuta su questi temi è stato coltivato (Sichera, 2001; Orange, Atwood e Stolorow, 1999; Francesetti, 2014b). Una risonanza intercorporea gradualmente prenderà la forma di un contenimento dell'angoscia emergente.

### 6.3. Dalla solitudine alla risonanza affettiva

La presenza alla propria sensorialità e la capacità di cogliere, sopportare e sostenere il terrore lascerà emergere una dimensione costitutiva dell'esperienza ossessiva: la solitudine. Una solitudine terrorizzata perché esposta al contrarsi dello spazio, al rompersi dei confini, al degradarsi della materialità, all'assenza di compimento. Per il paziente sarà possibile "concedersi il lusso" di sentire la propria solitudine solo negli scorci, inizialmente rari, in cui vi sia una tregua dall'emergenza. Finché c'è emergenza la vicinanza è una minaccia al confine instabile e alla necessità di distanza, e non risponde al bisogno immediato di trovare una soluzione alle ragioni del terrore. Tuttavia, nel tempo, una certa vicinanza comincerà a prender valore, ad avere un senso. Una risonanza cenestesica troverà, incerta, la propria strada (Frank, 2016), il volto del terapeuta comincerà ad essere vagamente percepito come alterità che cura (Bloom, 2016). Quasi di soppiatto, senza poterla nominare o mettere in primo piano, uno sfondo di presenza affettiva comincerà a fare la differenza. Perché questo accada, il terapeuta si appoggerà sulla capacità di attendere senza anticipare i tempi e senza svalutare il valore della vicinanza, pressione molto forte nel campo ossessivo. Anche qui, si troverà a chiedersi: "In che modo la vicinanza è stato un conforto per me? Quale valore sono in grado di dargli? Cosa mi sostiene nella mia solitudine?" e sarà importante sostare nelle sensazioni e nei sentimenti che da queste domande emergono. Ogni volta che il terapeuta porta questo nel campo, per lo più implicitamente (Stern, 2005), il campo cambia e tenderà a lasciar emergere questi vissuti anche nel paziente: i vissuti che aprono all'evoluzione dell'esperienza del paziente possono essere esperiti dal terapeuta per primo. Attraverso questo percorso si può attraversare una rifondazione relazionale del modo di stare nel mondo e incontrare le esperienze esistenziali, indicibili ma vissute, che consentono di respirare ed essere consapevoli e presenti anche nell'incertezza della vita. Fino ad arrivare a sentire abbastanza terreno relazionale per comprendere la morte nell'orizzonte della vita, passaggio necessario perché la vita si temporalizzi, lo spazio consista e il tempo fluisca (Heidegger, 1927).



#### *6.4. Il supporto farmacologico*

Il supporto farmacologico va sempre preso in considerazione per questo disturbo in quanto può ridurre significativamente la sofferenza del paziente. Un elemento fondamentale è che sia inteso come un modo per ridurre l'intensità del sintomo e non sia invece un modo per ridurre il senso della sofferenza ad una fluttuazione biochimica. Quest'ultimo atteggiamento implica una svalutazione del vissuto del paziente e invalida la sua esperienza rischiando di produrre effetti iatrogeni. Occorre quindi che vi sia una buona collaborazione fra lo psichiatra che prescrive la terapia e lo psicoterapeuta, con un rispetto reciproco dei loro ambiti e confini. A volte i pazienti che soffrono di DOC rifiutano la terapia farmacologica, in particolare se i temi sono quelli della contaminazione, in quanto assumere un farmaco è mettere in atto una violazione del confine da parte di un corpo estraneo intrusivo. Questo non esclude una consulenza psichiatrica nella quale egli venga con chiarezza informato sui limiti e sulle potenzialità del supporto farmacologico: questo intervento chiarisce, distanzia, dà forma definita e dà dignità alla scelta del paziente. A volte, prima che il farmaco sia utilizzato, occorre che si costruisca una fiducia nello psicoterapeuta tale da garantire che il senso del malessere non andrà perduto, anche se i farmaci dovessero essere efficaci. I farmaci indicati sono in primo luogo gli antidepressivi, in particolare serotoninergici, ma anche gli ansiolitici e i neurolettici possono essere utilizzati in situazioni specifiche.

#### *6.5. Un breve esempio clinico*

Presento ora due brevi verbatim che possono connettere quanto descritto alla concretezza del lavoro clinico. Andrea è un uomo di 45 anni, responsabile amministrativo di una grande azienda, sposato da qualche anno, con una figlia di due anni. Viene in terapia per una grave sintomatologia ossessivo-compulsiva che interferisce pesantemente nella sua vita e per il terrore di far del male a moglie e figlia. I rituali hanno lo scopo di predire e prevenire incidenti, disgrazie, malattie, possibili scoppi di violenza. Ogni giorno i calcoli combinatori complicatissimi lo costringono a ripetere rituali segreti finché i conti tornano e i pericoli sono momentaneamente scongiurati. Poco prima di iniziare la terapia, ha nascosto i coltelli di casa in cantina per timore di compiere atti irreparabili in un momento d'ira. Mi sembra estremamente diffidente e controllante, molto intelligente, dotato di una straordinaria capacità logica. Il suo corpo è rigido, trattenuto, teso all'indietro e verso l'alto. Mi dirà poi che soffre di continui dolori da contrattura e cefalee muscolo tensive. Proviene da una famiglia agiata, dove ha vissuto espe-

rienze infantili di abbandono e solitudine, continuata trascuratezza affettiva, esposizione a scoppi di rabbia dei genitori, fughe imprevedibili della madre. Una casa fredda, desolata e senza pareti, continuamente esposto alle imprevedibili intemperie, tempeste e terremoti. Primogenito, ha una sorella minore con diagnosi di schizofrenia e un fratello con problemi di dipendenza. La mia esperienza con lui, specie all'inizio della terapia, è di sentirmi teso, controllato, molto cauto, non libero. Devo ricordarmi di respirare e di appoggiarmi alla poltrona per poter essere presente, per non lasciare che lo spazio si accartocci, come messo sotto vuoto. Il campo fenomenico che attualizziamo fa sì che io tenda a sentirmi impotente e messo nell'angolo, senza mosse possibili, ed egli resti solo ed esposto alla paura di eventi incontrollabili da gestire senza il mio appoggio: un campo ossessivo. I momenti chiave della nostra terapia sono momenti di contatto che modificano questo campo cocreato. L'esperienza relazionale nuova e necessaria è quella che ogni persona che abbia avuto una storia sufficiente buona ha scontatamente nel proprio sfondo: l'esperienza di calmarsi davanti all'incertezza grazie alla presenza di un altro significativo affettivo e contenitivo.

Estratto di verbatim, dopo circa otto mesi di terapia.

*Un giorno, mi descrive senza dettagli una scena in cui immagina che sua figlia di due anni venga rapita, seviziata e uccisa e mi lascia intendere – senza nominarle – le cose terribili ed efferate che potrebbero farle. Pur non descrivendo alcuna scena, l'atmosfera che suscita fra noi è agghiacciante.*

*Gli dico:*

*T.: “Il modo in cui me ne parla, più del contenuto, mi fa pensare che si possa avere terrore di questi pensieri”.*

*A.: “Sì, certo, fanno paura”.*

*C'è nel suo modo di pronunciare questa frase una sorta di scivolamento laterale dalla mia affermazione, forse un piccolo movimento del capo mi dà questa impressione, come se si distogliesse da qualcosa. Noto anche che non ripete la parola terrore. Mi sembra che gli giri intorno con la circospezione di un felino che fiuta ed evita la trappola.*

*T.: “Aspetti, Andrea: fanno paura o terrore?”.*

*A.: “Non uso mai quella parola”, dice irrigidendosi e ritraendosi.*

*Il terrore ora è palpabile fra noi, una presenza così forte che mi pesa sul torace, parrebbe scoppiare, sento il desiderio di scappare. Mi sembra troppo per entrambi, cerco qualcosa per far scendere un po' la tensione.*

*T.: “Preferisce la parola ‘paura’?” La tensione scende subito un po'.*

*A.: “Sì, preferisco la paura perché è controllabile”.*

*T.: “Ah...”, dico con sollievo.*

*Ora sento qualcosa di diverso fra noi, emerge qualcosa di gradevole,*

*ma indefinito, forse è semplicemente il fatto di non averlo lasciato solo in quella tensione. Lui aggiunge con la rapidità e la forza di uno sparo:*

*A.: “Sì, il terrore invece non è controllabile!”.*

*La sensazione ora si fa chiara: fra noi per la prima volta può pronunciare questa parola e sopportarla, lo spazio fra noi è chiaro, sostenente, non asettico. Nel suo sguardo c'è una complice intesa, sa benissimo di aver pronunciato la parola proibita, sa che ha potuto farlo grazie al fatto di essere qui e sa che io so che lui sa. In questa pausa assaporiamo il nostro sentire. Mi sento con lui e che siamo arrivati da qualche parte.*

*È un momento di contatto speciale, intenso, da custodire anche senza nominare. Un'intesa che modifica il campo attualizzato fra noi, di cui sappiamo, senza dire, che custodiremo memoria: l'esperienza per me di non sentirmi impotente, schiacciato con le spalle al muro, e per lui di non essere lasciato solo nel terrore sterilizzato da ogni presenza. Un piccolo viaggio affettivo condiviso (Stern, 2011), un grumo di traità in una sconfinata solitudine.*

*Dopo circa un anno e mezzo di terapia.*

*A.: “Sono esausto di questi controlli, conti, rituali, ancora conti... sono aumentati. E ciò che è peggio è che sono un insulto alla mia intelligenza, sono cose stupide che mi prendono un sacco di energia”.*

*T.: “Non ne trova il senso?”.*

*A.: “Non mi convince”.*

*T.: “Cioè?”.*

*A.: “Lei mi ha fatto notare che aumentano quando ho paura per le persone a cui sono legato, per cui esprimerebbero il mio legame, forse persino il mio amore per loro”.*

*T.: “Sì”.*

*A.: “Ma la mia intelligenza mi fa dubitare di questo: in fondo potrebbe essere semplicemente tutto un estremo egoismo. Controllo tutti, li metto tutti in gabbia per stare tranquillo, ma ciò che mi importa è solo la mia tranquillità, è quindi solo egoismo”.*

*Sento che fra noi lo spazio è asettico, potremmo ragionare e discutere a lungo, ma sento che manca qualsiasi sentire fra noi.*

*T.: “La sua intelligenza dubita... e lei cosa sente? Lo fa per sé o per Lisa?”.*

*A.: “Beh... non so se posso fidarmi di quanto sento...”.*

*“...però sì, ...direi per Lisa”.*

*Il modo in cui pronuncia “Lisa” suscita in me e contemporaneamente in lui un moto emotivo intenso e inatteso, quasi un singhiozzo di pianto ci assale d'improvviso. Ci accorgiamo della reciproca sorpresa ed emozione,*

*siamo un po' spiazzati e imbarazzati da quanto sta succedendo. Improvvisamente sento la sua e la mia fatica esistenziale: conosco bene il modo in cui i legami e l'amore ci vincolano al dolore della perdita di chi si ama. In questo sentire condiviso colgo la bellezza di un contatto intenso e nuovo fra noi, inatteso come un dono. Dopo un breve silenzio dico:*

*T.: "Mi accorgo della fatica che ha fatto per proteggere Lisa in questi anni, una cura incessante, senza fine..."*

*A.: "Sì..."*

*Andrea mi guarda, si commuove, distoglie lo sguardo, si schiarisce la gola. C'è una pausa: l'aria è piena di vibrazioni, al limite del sopportabile per entrambi, mi accomodo meglio e ritrovo il mio respiro.*

*T.: "Che succede, Andrea?"*

*A.: "Eh... le ho detto che abbiamo sedute di svolta e altre di assestamento, questa è una di svolta"*

*T.: "Sì, lo penso anch'io..."*

*Restiamo un momento in questo tempo, un tempo in cui qualcosa è accaduto, ci fermiamo a gustarlo. Ne sentiamo gli effetti, sentiamo come questo trasforma la nostra relazione e il nostro sentire.*

## 7. Conclusione

Abbiamo viaggiato seguendo alcune tappe di un'analisi fenomenologica e gestaltica: la definizione del campo d'indagine secondo una diagnosi estrinseca; un'analisi fenomenologica dei vissuti; un'analisi gestaltica dell'esperienza da cui è emerso il senso dell'adattamento creativo ossessivo-compulsivo; la collocazione di questo adattamento all'interno di possibili percorsi biografici ed esistenziali; le caratteristiche di un campo ossessivo-compulsivo emergente in terapia; infine, alcuni elementi utili nel percorso terapeutico. In questo discorso ho cercato di mettere in luce come l'adattamento ossessivo-compulsivo sia una specifica possibilità creativa per far fronte al terrore quando questo non può sciogliersi nella presenza dell'altro e come possa salvare chi soffre da sofferenze maggiori. Spero che questa esplorazione sostenga un altro viaggiare, quello del terapeuta e del paziente, con l'augurio che giungano lì dove il poeta ancora una volta ci indica:

*Giusto così, mi viene da pensare:  
prima volare e poi precipitare –  
salire salire e poi svuotati,  
sfiniti tornare alla realtà.  
Allora sì saremo pronti  
a lodare l'infinito*

Sospesi su ponteggi vacillanti, / ci sosteniamo con le nostre / fissazioni  
*Il disturbo ossessivo-compulsivo: una esplorazione fenomenologica e gestaltica*

*regno d'immanenza  
e accettare, forse, l'imminenza  
della morte: come la sorte naturale  
di un frutto che maturo, cade.  
(Marcoaldi, 2015, p. 44)*

## BIBLIOGRAFIA

- Abramowitz J.S., Siqueland L. (2016). Disturbo ossessivo-compulsivo. In: Castonguay L.G., Oltmanns T.F., a cura di, *Psicologia clinica e psicopatologia. Un approccio integrato*. Milano: Raffaello Cortina.
- Alessandrini M., di Giannantonio M. (2013). L'altro volto del mondo: la psicosi nascente secondo Karl Kraus. *Rivista sperimentale di freniatria*, CXXXVII, 3: 27-45.
- Alvim Botelho M. (2016). Id of the Situation as the Common Ground of Experience. In: Robine J.-M., ed., *Self. A Polyphony of Contemporary of Gestalt Therapists*. St. Romain-La-Virvée: L'Exprimerie, pp. 317-336.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ash M.G. (2004). *La psicologia della Gestalt nella cultura tedesca dal 1890 al 1967* (a cura di C. Morabito e N. Dazzi). Milano: FrancoAngeli.
- Ballerini A., Callieri B., a cura di (1996). *Breviario di psicopatologia. La dimensione umana della sofferenza mentale*. Milano: Feltrinelli.
- Ballerini A., Di Petta G. (2015). *Oltre e di là dal mondo. L'essenza della schizofrenia*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Beck A.T. (1984). *Principi di terapia cognitiva*. Roma: Astrolabio.
- Béguin A. (1939). *L'âme romantique et le rêve*. Paris: José Corti (trad. it.: *L'anima romantica e il sogno*. Milano: Il Saggiatore, 2003).
- Bloom D. (2016). The Relational Function of Self. Self Functioning of the Most Human Plane. In: Robine J.-M., ed., *Self. A Polyphony of Contemporary Gestalt Therapists*. St. Romain-La-Virvée: L'Exprimerie.
- Bloom D., O'Neill B. (2014). *The New York Institute for Gestalt Therapy in the 21st Century. An Anthology of Published Writings Since 2000*. Peregian Beach, Australia: Ravenwood Press.
- Böhme G. (2010). *Atmosfere, estasi, messe in scena. L'estetica come teoria generale della percezione*. Milano: Marinotti (ed. or.: *Asthetik. Vorlesungen über Ästhetik als allgemeine Wahrnehmungslehre*. München: Wilhelm Fink Verlag, 2001).
- Böhme G. (2017). *The Aesthetics of Atmospheres*. New York, NY: Routledge.
- Borgna E. (1989). *I conflitti del conoscere*. Milano: Feltrinelli.
- Borgna E. (1997). *Le figure dell'ansia*. Milano: Feltrinelli.
- Bottaccioli F. (2014). *Epigenetica e psiconeuroendocrinoimmunologia*. Milano: Edra.
- Callieri B. (2001). *Quando vince l'ombra. Problemi di psicopatologia clinica*. Roma: Edizioni Universitarie Romane.
- Calvi L. (1996). Il fremito della carne e l'anancastico. In: Ballerini A., Callieri B., a cura di, *Breviario di psicopatologia*. Milano: Feltrinelli (ora in: Calvi L., *Il tempo dell'altro significato. Esercizi fenomenologici d'uno psichiatra*. Milano: Mimesis, 2005).
- Castonguay L.G., Oltmanns T.F., a cura di (2016). *Psicologia clinica e psicopatologia. Un approccio integrato*. Milano: Raffaello Cortina.
- Chomsky N. (1970). *Le strutture della sintassi*. Roma-Bari: Laterza.

- Clark D.A. (2004). *Cognitive-behavioral Therapy for OCD*. New York, NY: Guilford Press.
- Conrad K. (1958). *La schizofrenia incipiente. Un saggio di analisi gestaltica del delirio*. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2012 (or. ed.: *Die beginnende Schizophrenie*. Stuttgart: Thieme, 1958).
- Damasio A. (2012). *Il sé viene alla mente. La costruzione del cervello cosciente*. Milano: Adelphi.
- Dreitzel H.P. (2010). *Gestalt and Process. Clinical Diagnosis in Gestalt Therapy: a Field Guide*. Bergisch Gladbach: EHP Verlag Andreas Kohlhage.
- Dreitzel H.P. (2013). Comment to "Gestalt Therapy with the Phobic-obsessive-compulsive Relational Styles" by Giovanni Salonia. In: Francesetti G., Gecele M., Roubal J., eds., *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*. Milano: FrancoAngeli; Siracusa: Istituto di Gestalt HCC Italy Publ. Co.
- Dreitzel H.P. (2014). Commento a "La psicoterapia della Gestalt con gli stili relazionali fobico-ossessivi-compulsivi" di Giovanni Salonia. In: Francesetti G., Gecele M., Roubal J., a cura di, *La psicoterapia della Gestalt nella pratica clinica. Dalla psicopatologia all'estetica del contatto*. Milano: FrancoAngeli.
- Foa E.B., Abramowitz J.S., Franklin M.E., Kozak M.J (1999). Feared Consequences, Fixity of Belief and Treatment Outcome in Obsessive-compulsive Disorder. *Behavior Therapy*, 30: 717-724.
- Francesetti G., a cura di (2005). *Attacchi di panico e post-modernità. La psicoterapia della Gestalt tra clinica e società*. Milano: FrancoAngeli.
- Francesetti G. (2014a). La psicoterapia della Gestalt con il disturbo di panico. In: Francesetti G., Gecele M., Roubal J., a cura di, *La psicoterapia della Gestalt nella pratica clinica. Dalla psicopatologia all'estetica del contatto*. Milano: FrancoAngeli.
- Francesetti G. (2014b). Dalla sintomatologia individuale ai campi psicopatologici. Verso una prospettiva di campo sulla sofferenza clinica. *Quaderni di Gestalt*, XXVII, 2: 31-56. DOI: 10.3280/GEST2014-002003
- Francesetti G. (2014c). Il Dolore e la Bellezza. Dalla psicopatologia all'estetica del contatto. In: Francesetti G., Ammirata M., Riccamboni S., Sgadari N., Spagnuolo Lobb M., a cura di, *Il dolore e la bellezza. Atti del III Convegno SIPG*. Milano: FrancoAngeli, pp. 23-53.
- Francesetti G., ed. (2015). *Absence Is the Bridge Between Us. Gestalt Therapy Perspective on Depressive Experiences*. Siracusa: Istituto di Gestalt HCC Italy Publ. Co.
- Francesetti G. (2016a). "You Cry, I Feel Pain". The Emerging, Co-created Self as the Foundation of Anthropology, Psychopathology and Treatment in Gestalt Therapy. In: Robine J.-M., ed., *Self. A Polyphony of Contemporary of Gestalt Therapists*. St. Romain-La-Virvée: L'Exprimerie.
- Francesetti G. (2016b). Transmission and Transformation of Psychopathological Fields Between Generations. In: Spagnuolo Lobb M., Levi N., Williams A., eds., *Gestalt Therapy with Children. From Epistemology to Clinical Practice*. Siracusa: Istituto di Gestalt HCC Italy Publ. Co.
- Francesetti G. (in corso di stampa). The Field Strategy in Clinical Practice: Towards a Theory of Therapeutic Phronesis. In: Brownell P., ed., *Handbook for Theory, Research and Practice in Gestalt Therapy*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- Francesetti G., Gecele M. (2010). Psicopatologia e diagnosi in psicoterapia della Gestalt. *Quaderni di Gestalt*, 23,1: 51-78. DOI: 10.3280/GEST2010-001004
- Francesetti G., Gecele M., a cura di (2011). *L'altro irraggiungibile. La psicoterapia della Gestalt con le esperienze depressive*. Milano: FrancoAngeli.
- Francesetti G., Gecele M., Roubal J., a cura di (2014). *La psicoterapia della Gestalt nella pratica clinica. Dalla psicopatologia all'estetica del contatto*. Milano: FrancoAngeli.
- Francesetti G., Spagnuolo Lobb M. (2014). Oltre le Colonne d'Ercole. La psicoterapia della

- Gestalt con le esperienze psicotiche. In: Francesetti G., Gecele M., Roubal J., a cura di, *La psicoterapia della Gestalt nella pratica clinica. Dalla psicopatologia all'estetica del contatto*. Milano: FrancoAngeli.
- Frank R. (2016). *Self in Motion*. In: Robine J.-M., ed., *Self. A Polyphony of Contemporary Gestalt Therapists*. St. Romain-La-Virvée: L'Exprimerie.
- Frost R.O., Steketee G. (2002). *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions. Theory, Assessment, and Treatment*. Amsterdam: Pergamon Press - Elsevier Science.
- Gabbard G. (1995). *Psichiatria psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina, 2015.
- Galimberti U. (1979). *Psichiatria e fenomenologia*. Milano: Feltrinelli.
- Gallagher S., Zahavi D. (2009). *La mente fenomenologica. Filosofia della mente e scienze cognitive*. Milano: Raffaello Cortina.
- Gebsattel V.E. von (1967). Il mondo dell'anancastico. In: Minkowski E., Gebsattel V.E. von, *Antropologia e psicopatologia*. Milano: Bompiani.
- Griffero T. (2010). *Atmosferologia. Estetica degli spazi emozionali*. Roma-Bari: Laterza.
- Griffero T. (2016). *Il pensiero dei sensi. Atmosfere ed estetica patica*. Milano: Guerini e Associati.
- Grossman D. (2010). *L'abbraccio*. Milano: Mondadori.
- Gualtieri M. (2010). *Bestia di gioia*. Torino: Einaudi.
- Heidegger M. (1927). *Essere e tempo*. Torino: UTET, 1969.
- Husserl E. (1913). *Idee per una fenomenologia pura e una filosofia fenomenologica*. Torino: Einaudi, 2002.
- Jacobs L., Hycner R., eds. (2009). *Relational Approaches to Gestalt Therapy*. New York, NY: Gestalt Press.
- Loewald H.W. (1999). *Riflessioni psicoanalitiche*. Milano: Dunod.
- Marcoaldi F. (2008). *Il tempo ormai breve*. Torino: Einaudi.
- Marcoaldi F. (2015). *Il mondo sia lodato*. Torino: Einaudi.
- Mazzeo M. (2013). Introduzione. In: Tellenbach H., *L'aroma del mondo. Gusto, olfatto e atmosfere*. Milano: Marinotti.
- Merleau-Ponty M. (1945). *Fenomenologia della percezione*. Milano: Bompiani, 2003.
- Metzger W. (1941). *I fondamenti della psicologia della Gestalt*. Firenze: Giunti Barbera, 1971 (ed. or.: *Psychologie. Die Entwicklung ihrer Grundannahmen seit der Einführung des Experiments*. Darmstadt: Steinkopff Verlag, 1941).
- Mitchell S.A. (2002). *Il modello relazionale. Dall'attaccamento all'intersoggettività*. Milano: Raffaello Cortina.
- Morphy R. (1980). An Inner View of Obsessional Neurosis. *Gestalt Journal*, 3, 1: 120-136 (trad. fr.: *Une vision intime de la nevrose obsessionnelle*. Bordeaux: Institut Français de Gestalt-thérapie, 1992; 2003).
- Moustakas C. (1994). *Phenomenology Research Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Muscelli C., Stanghellini G. (2008). Per un'estetica dello spazio vissuto. La modalità ossessiva. *Comprendre*, 16-17-18: 279-287.
- Orange D.M., Atwood G.E., Stolorow R.D., a cura di (1999). *Intersoggettività e lavoro clinico. Il contestualismo nella pratica psicoanalitica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Perls F., Hefferline R., Goodman P. (1951). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt. Vitalità e accrescimento nella personalità umana*. Roma: Astrolabio, 1997.
- Philippson P. (2009). *The Emergent Self. An Existential-Gestalt Approach*. London: Karnac Books.
- Ratcliffe M. (2015). *Experience of Depression. A Study in Phenomenology*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Robine J.-M. (2006). *Il rivelarsi del sé nel contatto. Studi di psicoterapia della Gestalt*. Milano: FrancoAngeli.

- Robine J.-M., ed. (2016). *Self. A Polyphony of Contemporary Gestalt Therapists*. St. Romain-La-Virvée: L'Exprimerie (ed. fr.: *Self. Une polyphonie de Gestalt-thérapeutes contemporains*. St. Romain-La-Virvée: L'Exprimerie, 2016).
- Salonia G. (2014). La psicoterapia della Gestalt con gli stili relazionali fobico-ossessivo-compulsivi. In: Francesetti G., Gecele M., Roubal J., a cura di, *La psicoterapia della Gestalt nella pratica clinica. Dalla psicopatologia all'estetica del contatto*. Milano: FrancoAngeli.
- Schmitz H. (2011). *Nuova fenomenologia. Un'introduzione*. Milano: Marinotti.
- Sichera A. (2001). A confronto con Gadamer. Per una epistemologia ermeneutica della Gestalt. In: Spagnuolo Lobb M., a cura di, *Psicoterapia della Gestalt. Ermeneutica e clinica*. Milano: FrancoAngeli, pp. 17-41.
- Spagnuolo Lobb M. (2011). *Il now-for-next in psicoterapia. La psicoterapia della Gestalt raccontata nella società post-moderna*. Milano: FrancoAngeli.
- Spagnuolo Lobb M. (2014). Verso una prospettiva evolutiva in psicoterapia della Gestalt. Lo sviluppo polifonico dei domini. In: Francesetti G., Gecele M., Roubal J., a cura di, *La psicoterapia della Gestalt nella pratica clinica. Dalla psicopatologia all'estetica del contatto*. Milano: FrancoAngeli.
- Spagnuolo Lobb M. (2016). Self as Contact, Contact as Self. A Contribution to Ground Experience in Gestalt Therapy Theory of Self. In: Robine J.-M., ed., *Self. A Polyphony of Contemporary Gestalt Therapists*. St. Romain-La-Virvée: L'Exprimerie, pp. 261-289.
- Spagnuolo Lobb M., Francesetti G. (2015). La normalità creativa. *PNEI Review*, 6: 58-67.
- Spector T. (2013). *Uguali ma diversi. Quello che i nostri geni non controllano*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Spinelli E. (2005). *The Interpreted World. An Introduction to Phenomenological Psychology*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Stanghellini G., Ballerini A. (1992). *Ossessione e rivelazione. Riflessione sui rapporti tra ossessività e delirio*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Stern D.N. (2000). *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Stern D.N. (2005). *Il momento presente. In psicoterapia e nella vita quotidiana*. Milano: Raffaello Cortina.
- Stern D.N. (2011). *Le forme vitali. L'esperienza dinamica in psicologia, nell'arte, in psicoterapia e nello sviluppo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Stolorow R.D., Brandchaft B., Atwood G.E., Fosshange J., Lachmann F. (1999). *Psicopatologia intersoggettiva*. Urbino: Quattroventi.
- Straus E. (1948). *Sull'ossessione. Uno studio clinico e metodologico*. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2006.
- Tárraga-Soler X. (1997). L'expérience obsessionnelle. *Cahiers de Gestalt-thérapie*, 1: 73-94.
- Tellenbach H. (1968). *L'aroma del mondo. Gusto, olfatto e atmosfere*. Milano: Marinotti, 2013 (ed. or.: *Geschmack und Atmosphäre. Medien menschlichen Elementarkontaktes*. Salzburg: Otto Müller Verlag, 1968).
- Vázquez Bandín C. (2014). *Sin tí no puedo ser yo. Pensando según la Terapia Gestalt*. Madrid: Los Libros del CTP.
- Wheeler G. (2002). Compulsion and Curiosity. A Gestalt Approach to OCD. In: Wheeler G., McConville M., eds., *The Heart of Development. Gestalt Approaches to Working with Children, Adolescents and Their Worlds. Vol. I: Childhood*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Whitaker R. (2013). *Indagine su un'epidemia. Lo straordinario aumento delle disabilità psichiatriche nell'epoca del boom degli psicofarmaci*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.