

ALFREDO CARLO ALTAMURA, BERNARDO DELL'OSSO,
BEATRICE BENATTI
(Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico,
Mangiagalli e Regina Elena)

IL DESIDERIO E L'OSSESSIONE DEL DESIDERIO

Nell'uomo come nell'animale la genesi del desiderio è nel piacere: un piacere esperito genera l'aspirazione a ricercarlo e a provarlo nuovamente; nel soggetto normale l'equazione desiderio = piacere è regolata dall'*istinto* (fame, sete, sessualità, sonno, gioco) che ha lo scopo di mantenere un *equilibrio* psicofisico e migliorare l'adattamento ambientale.

Secondo l'accezione comune il desiderio viene considerato 'un'aspirazione a soddisfare una necessità o un piacere'. In psichiatria, tuttavia, quando ci si accinge a descrivere il desiderio, o un'alterazione di ciò che con esso intendiamo, la prospettiva va cambiata, ampliando il significato della parola desiderio, che si arricchisce di sfaccettature e di nuove connotazioni. Infatti si possono ritrovare patologie in cui si assiste a un'alterazione del desiderio inteso nel suo significato più noto e condiviso, come la depressione, in cui vengono perse la naturale pulsione di vita, la cura verso gli affetti e i normali interessi, o come l'episodio maniaco in cui il desiderio è spinto all'eccesso. Ma un'alterazione del desiderio può essere ritrovata anche in altre patologie psichiatriche, a patto di ampliare il normale concetto di desiderio, non considerando solo la sua assenza o eccessiva presenza, ma anche come esso viene vissuto dal soggetto. Nei disturbi del controllo degli impulsi il desiderio, per esempio, è pervasivo, ineluttabile, improrogabile e coercitivo; non è più la sola ricerca della soddisfazione di una necessità o di un piacere, ma diventa esso stesso una necessità, diviene urgenza di compiere un'azione per allentare la morsa dell'ansia che attanaglia il paziente, che avverte l'impossibilità di porre un freno a questo bisogno.

Il contenuto del desiderio è un altro punto di vista che va considerato: se è vero che alla base della nostra unicità vi sono aspirazioni diverse e assolutamente personali, è anche vero che alcune di esse possono essere rischiose e portare il soggetto dalla

normalità alla patologia. Così accade nell'anoressia mentale, in cui l'eccessivo rigore nell'inseguire il desiderio della magrezza può letteralmente consumare chi ne è affetto; allo stesso modo ciò può accadere nei disturbi di personalità borderline o istrionico, in cui vi è un disperato desiderio di essere al centro dell'attenzione a qualunque costo, anche a discapito del proprio ruolo nella società e della propria salute fisica.

Il desiderio ha poi delle connotazioni dimensionali, ovvero quanto un soggetto riesce a resistervi. Nel disturbo ossessivo-compulsivo si ritrova una perdita del controllo sulle compulsioni e le ossessioni, poiché queste vanno necessariamente esperite, onde evitare un aumento dell'ansia che il soggetto non potrebbe sopportare. Al contrario, è possibile che si manifesti anche un eccesso di controllo sulle proprie azioni e sulle pulsioni naturali verso un piacere: quello del cibo, per esempio, che nell'anoressia è azzerato, schiacciato, annullato per soddisfare un altro desiderio, quello della perfezione corporea, con una visione della propria corporeità alterata, distorta, ai limiti del delirio di avere una imperfezione incurabile. Tuttavia, occorre ricordare come nei disturbi della condotta alimentare vi siano invece degli episodi di abbuffate compulsive che sono di difficile controllo da parte del paziente.

Aspetti neurobiologici

Nel cervello la via che presiede al sistema della gratificazione è una via comune costituita da:

- neuroni mesolimbici e neostriatali dopaminergici;
- *Nucleus Accumbens* (considerato il centro del piacere).

La via mesolimbica origina dall'area ventrale tegmentale e raggiunge il *Nucleus Accumbens*, giocando un ruolo nella percezione delle emozioni e nella cognitività.

Il *Nucleus Accumbens* rappresenta il principale centro di integrazione del *Dopamine Brain Reward System* (DBRS) e la sede di reciproca modulazione di sistemi di trasmissione mediati da dopamina e serotonina. Esso può essere suddiviso in due sottoporzioni: il *core*, che rappresenta la porzione più ventrale, con connessioni dirette al pallido ventrale, e la porzione detta *shell*, ovvero quella più rostrale di un complesso sistema nucleare, estremamente conservata nell'evoluzione delle specie, con funzioni prettamente limbiche (integrazione delle emozioni e della motivazio-

ne) e di integrazione neurovegetativa con aree ipotalamiche¹. Nel *Nucleus Accumbens* si verifica un incremento di dopamina durante la fruizione delle gratificazioni a livello dello *shell*, il guscio che fa da contorno a questo nucleo. L'aspettativa della fruizione delle gratificazioni, invece, lo stato di urgenza e desiderio (il *craving*) che precede la fruizione di un oggetto piacevole, sono correlati con un incremento di dopamina a livello del *core* del *Nucleus Accumbens*. La dopamina può dunque essere considerata il neurotrasmettitore del *wanting*, del desiderio appunto, dell'attesa di un piacere che deve ancora essere colto².

La riduzione del tono funzionale del sistema serotoninergico nella depressione può indurre in via secondaria una riduzione del tono del sistema dopaminergico, annullando così il complesso sistema della gratificazione.

Queste modificazioni neurotrasmettitoriali sono state studiate anche nell'ambito del *neuroimaging*, sia dal punto di vista funzionale sia da quello strutturale.

Per quanto riguarda le modificazioni di tipo funzionale è stata utilizzata la PET (tomografia ad emissione di positroni) che ha mostrato, ad esempio, come nelle immagini di giocatori d'azzardo patologici durante una partita di *blackjack* con una posta in denaro progressivamente maggiore si registri un incremento nella captazione di 18F desossiglucosio a livello della corteccia visiva primaria, del giro del cingolo, del putamen e a livello prefrontale, risultati indicativi di un'aumentata attivazione metabolica di tipo limbico e sensitivo³. Utilizzando la stessa metodica di *neuroimaging* è stato rilevato un incremento del metabolismo del glucosio a livello della corteccia orbitofrontale, del nucleo caudato, del talamo e della corteccia prefrontale nei pazienti con disturbo ossessi-

¹ R.M. Carter - J.J. Macinnes - S.A. Huettel - R.A. Adcock, *Activation in the VTA and Nucleus Accumbens increases in anticipation of both gains and losses*, «Frontiers in Behavioral Neuroscience» 3 (2009), p. 21.

² G. Di Chiara - V. Bassareo, *Reward system and addiction: what dopamine does and doesn't do*, «Current Opinion in Pharmacology» 7 (2007), 1, pp. 69-76; M.N. Potenza, *Review. The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: an overview and new findings*, «Philosophical Transactions of the Royal Society of Biological Sciences» 363 (2008), 1507, pp. 3181-3189; M.M. Verheij - A.R. Cools, *Twenty years of dopamine research: individual differences in the response of accumbal dopamine to environmental and pharmacological challenges*, «European Journal of Pharmacology» 584 (2008), 2-3, pp. 228-244.

³ P. Petrovic - B. Pleger - B. Seymour - S. Klöppel - B. De Martino - H. Critchley - R.J. Dolan, *Blocking central opiate function modulates hedonic impact and anterior cingulate response to rewards and losses*, «Journal of Neuroscience» 28 (2008), 42, pp. 10509-10516.

vo-compulsivo rispetto ai controlli sani⁴. Infine, mediante la PET, utilizzando il radio tracciante [(11)C] raclopride, è stata osservata, in soggetti con dipendenza da cocaina, una diminuzione dei recettori D2 e D3 per la dopamina, indicando così una riduzione del neurotrasmettitore stesso a livello striatale rispetto ai controlli sani⁵.

Dal punto di vista strutturale, la risonanza magnetica è stata utilizzata allo scopo di osservare le modificazioni presenti nei pazienti affetti da condizioni patologiche. In pazienti maschi al primo episodio di depressione maggiore è stato riscontrato che il volume ippocampale sinistro era decisamente inferiore a quello dei controlli sani. Inoltre, questi pazienti mostravano una significativa asimmetria fra il volume dell'ippocampo destro e quello del sinistro⁶. Questa metodica è stata utilizzata anche in recenti studi su pazienti bipolari, da cui risultano un'aumentata iperintensità e un'anormalità volumetrica a livello prefrontale-sottocorticale, oltre a una diminuzione degli oligodendrociti a livello della corteccia prefrontale⁷. Infine, la risonanza magnetica ha posto l'attenzione sulla diminuita attività della corteccia dorsolaterale prefrontale nei pazienti affetti da schizofrenia, in particolare in coloro che mostravano un'importante disorganizzazione cognitiva⁸.

È fondamentale ricordare che la maggior parte delle patologie correlate all'alterazione del desiderio mostra un'importante componente *genetica*, che è stata evidenziata attraverso studi sui familiari dei pazienti affetti, e in particolare mediante studi su gemelli omozigoti ed eterozigoti. Questo riscontro è presente nell'ambito dei disturbi dell'umore, in cui i parenti di primo grado di

⁴ S.P. Whiteside - J.D. Port - J.S. Abramowitz, *A meta-analysis of functional neuroimaging in obsessive-compulsive disorder* «Psychiatry Res» 132 (2004), 1, pp. 69-79.

⁵ D. Martinez - K. Greene - A. Broft - D. Kumar - F. Liu - R. Narendran - M. Slifstein - R. Van Heertum - H.D. Kleber, *Lower level of endogenous dopamine in patients with cocaine dependence: findings from PET imaging of D(2)/D(3) receptors following acute dopamine depletion*, «The American Journal of Psychiatry» 166 (2009), 10, pp. 1170-1177.

⁶ K.T. Kronmüller - J. Schröder - S. Köhler - B. Götz - D. Victor - J. Unger - F. Giesel - V. Magnotta - C. Mundt - M. Essig - J. Pantel, *Hippocampal volume in first episode and recurrent depression*, «Psychiatry Res» 174 (2009), 1, pp. 62-66.

⁷ K. Mahon, K.E. Burdick, P.R. Szeszko, *A role for white matter abnormalities in the pathophysiology of bipolar disorder*, «Neuroscience & Biobehavioral Reviews» (2009, ahead of print).

⁸ J.H. Yoon - M.J. Minzenberg - S. Ursu - B.S. Ryan Walter - C. Wendelken - J.D. Ragland - C.S. Carter, *Association of dorsolateral prefrontal cortex dysfunction with disrupted coordinated brain activity in schizophrenia: relationship with impaired cognition, behavioral disorganization, and global function*, «The American Journal of Psychiatry» 165 (2008), 8, pp. 1006-1014.

pazienti con disturbo depressivo maggiore avrebbero un rischio doppio o triplo di sviluppare la stessa patologia e un rischio circa doppio di sviluppare un disturbo bipolare⁹. Nei parenti di primo grado di pazienti con disturbo bipolare vi sarebbe invece un rischio aumentato di 5-10 volte di sviluppare il medesimo disturbo¹⁰. I gemelli monozigoti hanno un tasso di concordanza maggiore rispetto agli eterozigoti sia per il disturbo depressivo maggiore (54% vs 10-24%) sia per i disturbi bipolari (79% vs 19%). Anche nei disturbi d'ansia sono presenti componenti genetiche, come dimostrato nel disturbo ossessivo-compulsivo che ha una prevalenza cinque volte maggiore nei familiari di primo grado¹¹. La categoria dei disturbi del controllo degli impulsi è associata anch'essa a una predisposizione genetica e va sottolineato come questi soggetti mostrino spesso una comorbidità con altri disturbi psichici, in particolare inerenti alle sfere del comportamento d'abuso e dei disturbi di personalità.

Elementi di clinica psichiatrica

Il desiderio/piacere è alla base dell'equilibrio psicofisico e può divenire *patologico* in una serie di condizioni che si possono classificare secondo i moderni sistemi di classificazione psichiatrica (DSM-IV, ICD 10).

In alcune patologie mentali vi può essere un'alterazione del desiderio per una contemporanea alterazione dei meccanismi biologici che regolano il piacere, nel senso di una modificazione:

- della *quantità* del piacere/desiderio;
- della *qualità* del binomio piacere/desiderio.

Il desiderio è generalmente *egosintonico*, ma può diventare *egodistonico* nel senso che ciò che viene desiderato *non* produce piacere, come accade in alcune compulsioni che provocano sofferenza psichica.

Considerando la notevole complessità dei quadri clinici di tipo psichiatrico, in molte patologie ritroviamo la coesistenza di un'alterazione qualitativa e quantitativa del desiderio; attualmente non è stata ancora pensata una classificazione che renda conto delle modificazioni a livello della sfera istintuale e delle pulsioni,

⁹ A.C. Altamura, *Fondamenti di psichiatria e psicofarmacologia clinica*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2009.

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ E. Mundo - S. Zanoni - A.C. Altamura, *Genetic issues in obsessive-compulsive disorder and related disorders*, «Psychiatric Annals» 36 (2006), 7, pp. 493-512.

tuttavia una possibile suddivisione potrebbe essere, a nostro parere, quella che segue.

A) Alterazioni quantitative del desiderio

Fra le sindromi psicopatologiche che provocano un'alterazione quantitativa del desiderio possiamo annoverare sia condizioni in cui vi è una diminuzione del desiderio, come la depressione maggiore e la schizofrenia a sintomi negativi, sia condizioni in cui è presente un aumento del desiderio, come nell'episodio maniacale all'interno di un disturbo bipolare, nei disturbi del controllo degli impulsi e nei disturbi del comportamento alimentare.

A1) La diminuzione del desiderio

All'interno di un episodio depressivo maggiore ritroviamo quasi sempre una perdita d'interesse o di piacere; gli individui riferiscono di sentirsi meno interessati agli affetti, a ciò che li circonda, agli hobby, di 'non tenere a niente' o di non provare divertimento in attività precedentemente considerate gradevoli. I familiari spesso notano il ritiro sociale o il rifiuto di occupazioni piacevoli. In alcuni individui si riducono significativamente i livelli precedenti di interesse o di desiderio sessuale. Tutto questo viene racchiuso nel termine 'anedonia', ovvero l'incapacità a provare piacere emotivamente e sintonicamente con gli eventi esterni¹². Sono talvolta presenti sentimenti di autosvalutazione, apparentemente confermati da un'effettiva riduzione delle capacità lavorative e d'interazione intellettuale, dovuta ai difetti di concentrazione e di memoria indotti dalla depressione. Questa sintomatologia deve durare almeno due settimane nell'episodio depressivo maggiore, secondo i criteri del DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), e oltre alla perdita degli interessi e della volontà può essere caratterizzata da un calo di peso e da insonnia, o al contrario ipersonnia, facile affaticabilità e da ricorrenti pensieri di morte che possono condurre a tentativi di suicidio.

Nella schizofrenia si ritrovano, più o meno accentuati, i sintomi negativi, ovvero sintomi che riflettono una diminuzione o perdita delle normali funzioni del soggetto, con restrizione nello spettro e nell'intensità delle espressioni emotive (appiattimento dell'affettività), nella fluidità e nella produttività del pensiero e dell'eloquio (alogia), e nell'iniziare comportamenti finalizzati ad

¹² A.C. Altamura, *Fondamenti di psichiatria e psicofarmacologia clinica* cit.; American Psychiatric Association, *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text revision*, Milano, Masson Editore, 2007.

una meta (abulia)¹³. L'appiattimento dell'affettività è particolarmente comune: il viso del soggetto appare immobile e non reattivo, con scarso contatto dello sguardo e ridotto linguaggio del corpo. Benché una persona con affettività appiattita possa sorridere e occasionalmente animarsi, lo spettro delle sue espressioni emotive è chiaramente ridotto nella maggior parte del tempo. L'alogia (povertà di linguaggio) è manifestata da risposte brevi, laconiche, vuote. Il soggetto sembra avere una vera e propria diminuzione di pensieri e una diminuzione della fluidità del loro normale flusso. L'abulia è invece caratterizzata da un'incapacità ad iniziare e a continuare attività con uno scopo, rendendo il soggetto incapace di prendere decisioni, di partecipare ad attività sociali o di intraprendere attività lavorative, lasciandolo così seduto per lunghi periodi di tempo, con lo sguardo perso nel vuoto¹⁴.

A2) L'aumento del desiderio

Un episodio maniacale all'interno di un disturbo bipolare è invece caratterizzato da un innalzamento dell'umore per almeno una settimana, o meno nel caso in cui si renda necessaria l'ospedalizzazione, che può essere descritto come euforico, insolitamente buono, allegro o elevato¹⁵. Sebbene l'umore del soggetto possa risultare inizialmente piacevole e contagioso, forse lievemente 'sopra le righe' per l'osservatore non coinvolto, esso viene riconosciuto come eccessivo da parte di coloro che invece conoscono bene la persona. L'espansività dell'umore è caratterizzata da un entusiasmo incessante e indiscriminato per le interazioni interpersonali, sessuali od occupazionali e a lungo andare diviene disagevole da gestire per coloro che devono relazionarsi con la persona affetta. È presente un'autostima ipertrofica ed un'elevata tendenza alla loquacità. Il soggetto diviene distraibile e il suo pensiero corre da un'idea all'altra senza soffermarvisi a sufficienza. Vengono intraprese attività che possono arrecare un danno al paziente, che si dedica ad investimenti azzardati o a spese decisamente al di sopra delle proprie possibilità; il soggetto si sente in grado di affrontare qualunque cosa e di intraprendere qualsiasi avventura senza il minimo sforzo, tanto da non avvertire il bisogno di sonno e da ridur-

¹³ *Ibid.*

¹⁴ A.C. Altamura - J.M. Goikolea, *Differential diagnoses and management strategies in patients with schizophrenia and bipolar disorder*, «Neuropsychiatric Disease and Treatment» 4 (2008), 1, pp. 311-317; W.T. Carpenter, *Schizophrenia: disease, syndrome, or dimensions?* «Fam Process» 46 (2007), 2, pp. 199-206.

¹⁵ American Psychiatric Association, *op. cit.*

re nettamente le ore di riposo¹⁶. La ricerca del piacere è quindi aumentata, esasperata e diviene inadeguata alle situazioni.

All'interno dei disturbi del controllo alimentare, e in particolare nella bulimia, sono caratteristicamente presenti abbuffate, dette anche episodi di *binge eating*, in assenza di regolari condotte di eliminazione o di inappropriati meccanismi di compenso, potendo portare a variabili livelli di obesità¹⁷. L'aumento del desiderio si estrinseca quindi nell'episodio di abbuffata, caratterizzato dall'assunzione, in un determinato periodo di tempo, di un quantitativo di cibo superiore a quello che la maggior parte delle persone potrebbe mangiare in un simile periodo di tempo; vi è inoltre la sensazione di perdita del controllo, associata ad un'elevata rapidità nel mangiare e all'assunzione del cibo in solitudine a causa dell'imbarazzo associato a questo comportamento. Il disturbo è caratterizzato da giorni *binge*, ovvero giorni in cui il soggetto ingerisce ingenti quantità di cibo durante le ventiquattro ore, alternati a giorni di alimentazione normale o talvolta ristretta. La frequenza media delle abbuffate è di 3-5 giorni alla settimana¹⁸. In questi pazienti non vi è alcuna tendenza a eccedere nell'attività fisica come compenso per l'acquisto di peso, configurando un comportamento sedentario come negli obesi e quindi una presentazione clinica di tal tipo.

Nei disturbi del controllo degli impulsi il desiderio è aumentato fino al punto di essere incontrollabile e di esporre il soggetto a conseguenze anche rischiose per la propria salute, oltre che dal punto di vista legale. Questa patologia è infatti caratterizzata dall'urgenza di compiere un determinato gesto impulsivo perché non è possibile resistervi, in quanto esso viene vissuto come incoercibile ed irrefrenabile. Spesso il soggetto prova una sensazione crescente di tensione o di eccitazione prima di compiere l'azione, e quando essa viene messa in atto prevalgono piacere, gratificazione o sollievo¹⁹. In seguito possono esservi o meno rimorso, auto-privazione o senso di colpa. Queste patologie hanno una prevalenza variabile a seconda del disturbo (da rari a piuttosto frequenti) e in molti casi sono sottostimati per la segretezza della condizione dei pazienti, in quanto alcuni comportamenti possono condurre a

¹⁶ A.C. Altamura, *Bipolar spectrum and drug addiction*, «Journal of Affective Disorders» 99 (2007), 1-3, p. 285; American Psychiatric Association, *op. cit.*

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ *Ibid.*

conseguenze legali; inoltre, sono poco indagati dal medico di base e dallo specialista. Essi hanno conseguenze e costi elevati, esitando in una netta riduzione della qualità di vita dei pazienti affetti e dei loro familiari²⁰. Attualmente sono presenti le seguenti categorie:

- disturbo esplosivo intermittente, caratterizzato da saltuari episodi di incapacità di resistere agli impulsi aggressivi, che possono portare ad aggressioni o distruzione delle proprietà; il grado di aggressività mostrato durante un episodio è decisamente spropositato rispetto a qualsiasi provocazione o fattore psicosociale stressante precipitante. I soggetti talora descrivono un intenso impulso all'aggressività, spesso preceduto o accompagnato da formicolii, tremori, palpitazioni, costrizione toracica, compressione alla testa, o dalla percezione di un'eco. Questo disturbo può causare perdita del lavoro, difficoltà nelle relazioni interpersonali, detenzione o altri problemi legali;

- cleptomania, che consiste nella ricorrente incapacità di resistere all'impulso di rubare oggetti che non hanno utilità personale o valore commerciale e spesso vengono dati via o gettati²¹. Occasionalmente il soggetto può ammucciare gli oggetti rubati o restituirli di nascosto. I soggetti affetti da cleptomania avvertono l'impulso di rubare come egodistonico e sono consapevoli dell'erroneità e dell'insensatezza dell'atto, ma l'impulso molto spesso, se non sempre, prevale; questi soggetti hanno frequentemente il timore di essere arrestati e si sentono depressi o in colpa a causa dei furti²²;

- piromania, caratterizzata dall'abitudine di appiccare il fuoco per piacere, gratificazione o alleviamento della tensione. I soggetti sono affascinati, incuriositi o attratti dal fuoco e dal contesto in cui esso viene generato; sono spesso osservatori abituali di incendi nel loro quartiere, possono lanciare falsi allarmi e provare interesse per istituzioni, equipaggiamenti, e personale associati al fuoco²³. Possono passare il proprio tempo nella caserma dei pompieri e appiccare il fuoco per aggregarsi ai pompieri durante lo

²⁰ B. Dell'Osso - A.C. Altamura - A. Allen - D. Marazziti - E. Hollander, *Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders: a critical review*, «European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience» 256 (2006), 8, pp. 464 -475.

²¹ American Psychiatric Association, *op. cit.*

²² J.E. Grant - W. Kim - B.L. Odlaug, *A double-blind, placebo-controlled study of the opiate antagonist, naltrexone, in the treatment of kleptomania*, «Biological Psychiatry» 65 (2009), 7, pp. 600-606.

²³ American Psychiatric Association, *op. cit.*

spegnimento, o perfino diventare pompieri. Queste persone assistono agli effetti del fuoco e partecipano ai momenti che fanno seguito all'incendio e possono rimanere indifferenti alle conseguenze potenzialmente letali o lesive per le proprietà, oppure provare piacere per la distruzione che ne risulta;

- gioco d'azzardo patologico, che è un comportamento maladattativo ricorrente e persistente di gioco d'azzardo. La maggior parte dei soggetti affetti afferma di ricercare l'avventura (uno stato di eccitazione e di euforia) più che il guadagno in sé. Dopo poco tempo sono necessarie scommesse e puntate progressivamente più ingenti o rischi maggiori per continuare a produrre il livello di gratificazione desiderato²⁴. I giocatori d'azzardo patologici rincorrono le proprie perdite e rischiano di perdere somme di denaro sempre più ingenti, tuttavia è la ricerca spasmodica di recupero a lungo termine che è più caratteristica della patologia;

- tricotillomania, caratterizzata dallo strappamento ricorrente di capelli per piacere, gratificazione e alleviamento della tensione²⁵. Alcuni soggetti provano una sensazione di prurito nel cuoio capelluto, che viene alleviata strappandosi i capelli, che a volte vengono ingeriti²⁶. Questa patologia provoca una rilevante perdita dei capelli, che il soggetto tenta spesso di mascherare.

Vi sono poi altre quattro patologie che meritano di essere menzionate nell'ambito dei disturbi del controllo degli impulsi non altrimenti specificati (NAS), anche se attualmente non sono ancora state inserite in questa categoria²⁷:

- i comportamenti sessuali di tipo impulsivo-compulsivo (C-ISBs) sono ripetitivi pensieri e atti sessuali compulsivi. L'individuo si sente costretto o spinto a mettere in atto questo tipo di comportamento, che può o meno causare sofferenza soggettiva. Anche se generalmente non sono egodistonici, questi comportamenti possono interferire con diversi aspetti della vita del paziente, causando compromissione sociale, professionale, o giuridica e portando a

²⁴ B. Dell'Osso - A. Allen - E. Hollander, *Comorbidity issues in the pharmacological treatment of pathological gambling: a critical review*, «Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health» 10 (2005), pp. 1-21; S.W. Kim - J.E. Grant - M.N. Potenza - C. Blanco - E.B. Hollander, *The gambling symptom assessment scale (G-SAS): a reliability and validity study*, «Psychiatry Research» 166 (2009), 1, pp. 76-84.

²⁵ American Psychiatric Association, *op. cit.*

²⁶ S.R. Chamberlain - B.L. Odlaug, V. Boulougouris - N.A. Fineberg - J.E. Grant, *Trichotillomania: neurobiology and treatment*, «Neuroscience and Biobehavioral Reviews» 33 (2009), 6, pp. 831-842.

²⁷ B. Dell'Osso - A.C. Altamura - A. Allen - D. Marazziti, E. Hollander, *Epidemiologic and clinical updates cit.*

conseguenze finanziarie. I C-ISBs coinvolgono una vasta gamma di sintomi che possono essere definiti come parafilici o nonparafilici²⁸. Il tipo parafilico implica comportamenti sessuali non convenzionali, in cui vi è un'anomalia dell'oggetto di gratificazione sessuale o dell'espressione della gratificazione sessuale (ad esempio, esibizionismo, voyeurismo). Il sottogruppo non parafilico invece include comportamenti sessuali convenzionali che sono però diventati eccessivi o incontrollati. La prevalenza vera dei C-ISBs resta sconosciuta, data l'etereogeneità di questi disturbi e la segretezza della condizione per la maggior parte dei pazienti afflitti;

- lo shopping compulsivo, o *compulsive buying disorder*, è caratterizzato da comportamenti maladattativi o impulsi di acquistare che vengono vissuti come irresistibili, intrusivi o senza senso; sono caratterizzati da frequenti episodi in cui sono acquistati oggetti non necessari o che costano più di quanto il soggetto possa permettersi. Spesso, questi pazienti trascorrono gran parte del loro tempo mettendo in atto questi comportamenti, avendo così una significativa compromissione delle prestazioni nella sfera sociale e professionale. Va precisato che l'acquisto eccessivo o il comportamento di shopping non si manifesta esclusivamente durante i periodi di ipomania e mania. Il disturbo molto spesso è cronico e colpisce prevalentemente il sesso femminile, esordendo nella tarda adolescenza o nei poco più che ventenni²⁹;

- il C-I *skin picking*, ovvero l'autoprovocazione di escoriazioni cutanee, è spesso noto ai dermatologi, tanto che è stato stimato che circa il 2% dei pazienti dermatologici possano soffrire di questa condizione³⁰. La prevalenza nella popolazione generale o nelle cliniche psichiatriche è sconosciuta. Lo *skin picking* spesso non è un problema transitorio, ma può persistere con l'alternarsi di riacutizzazioni e remissioni nel corso di tutta la vita. Esso va considerato patologico quando diventa abituale, cronico, con conseguente disagio significativo, disfunzioni o sfregio. Come riportato da due recenti studi, la maggior parte dei pazienti con C-I *skin picking* sono donne e la loro condizione si presume essere cronica, il viso è il

²⁸ *Ibid.*

²⁹ B. Dell'Osso - A. Allen, A.C. Altamura, M. Buoli, E. Hollander, *Impulsive-compulsive buying disorder: clinical overview*, «Australian and New Zealand Journal of Psychiatry» 42 (2008), 4, pp. 259-266.

³⁰ B. Dell'Osso - A.C. Altamura - A. Allen - D. Marazziti - E. Hollander, *Epidemiologic and clinical updates* cit.

luogo più comune di escoriazione, ma può essere coinvolta qualsiasi zona del corpo³¹;

- *l'internet addiction* è da poco comparsa nella letteratura psichiatrica ed è ancora difficile inquadrare quali siano i criteri diagnostici che possano definirla correttamente. Essa è caratterizzata da un'eccessiva quantità di tempo trascorsa utilizzando internet per guardare siti d'informazione, di scommesse, pornografici, per utilizzare le chat o per controllare insistentemente la propria casella di posta elettronica³². Queste persone possono sviluppare un rapporto contrastante nei confronti di internet, poiché non riescono a frenare il loro impulso a utilizzarlo e ne sono irritati, ma allo stesso tempo completamente dipendenti. Ciò può portare alla perdita del lavoro e a difficoltà nei rapporti familiari. È da sottolineare come spesso questi soggetti presentino una comorbidità per altre patologie psichiatriche, frequentemente nell'ambito del disturbo del controllo degli impulsi.

B) Alterazioni qualitative del desiderio

Alterazioni qualitative del desiderio si riscontrano nel contesto di patologie quali la dismorfofobia, nuovamente i disturbi del controllo degli impulsi, le tossicodipendenze (alcolismo, cocaina), i disturbi del comportamento alimentare (anoressia, bulimia), in cui il desiderio è rappresentato da un impulso incoercibile spesso *egosintonico*.

La dismorfofobia è caratterizzata da un'eccessiva preoccupazione per un difetto nell'aspetto fisico, che può essere immaginario o reale; in quest'ultimo caso la preoccupazione del soggetto è di gran lunga eccessiva e causa un disagio significativo nel funzionamento sociale e lavorativo³³. Questi pazienti passano molte ore al giorno a pensare al proprio 'difetto', al punto che questi pensieri possono dominare la loro vita; è inoltre presente un frequente impulso a controllare il 'difetto', che ha l'intento di diminuire l'ansia, di rassicurare sul proprio aspetto o di migliorarlo temporaneamente, ma la maggior parte delle volte finisce per incrementare le preoccupazioni del soggetto³⁴. Possono esserci frequenti ricerche

³¹ J.E. Grant - B.L. Odlaug, *Update on pathological skin picking*, «Current Psychiatry Reports» 11 (2009), 4, pp. 283-288.

³² B. Dell'Osso - A.C. Altamura - A. Allen - D. Marazziti - E. Hollander, *Epidemiologic and clinical updates* cit.

³³ American Psychiatric Association, *op. cit.*

³⁴ D. Marazziti - D. Giannotti - M.C. Catena - M. Carlini - B. Dell'Osso - S. Presta - C. Pfanner - F. Mungai - L. Dell'Osso, *Insight in body dysmorphic disorder with and without comorbid obsessive-compulsive disorder*, «CNS Spectrums» 11 (2006), 7, pp. 494-498; K.A. Phillips -

di rassicurazione circa il difetto, ma queste portano sollievo solo temporaneo, quando lo portano. Sentimenti di consapevole vergogna per il proprio difetto possono portare all'evitamento delle situazioni di lavoro, scuola o di contatto sociale.

Il desiderio è quello di migliorare questo presunto difetto e i soggetti spesso ricercano e ottengono svariati trattamenti medici o chirurgici al fine di correggerlo, ma ciò spesso porta ad un peggioramento del disturbo, causando preoccupazioni nuove e più intense; si genera così un circolo vizioso.

I disturbi del controllo degli impulsi, già descritti fra le patologie in cui è presente un'alterazione quantitativa del desiderio, sono caratterizzati tuttavia anche da un'alterazione della qualità del desiderio del soggetto, poiché l'oggetto del desiderio si discosta da ciò che comunemente ci si aspetterebbe. Un soggetto con tricotillomania può desiderare di strappare una ciocca dei propri capelli anche con il rischio di provare dolore e provocare a lungo termine degli effetti antiestetici, così come nella piromania chi ne è affetto agisce senza pensare alle conseguenze e ai possibili danni che le sue azioni potranno provocare alle persone e alle proprietà.

All'interno delle alterazioni qualitative del desiderio ritroviamo anche il disturbo da abuso di sostanze, in cui è coinvolta la via dopaminergica mesolimbica.

Una sostanza diffusa come l'eroina attiva i neuroni dopaminergici del sistema meso-limbico indirettamente, inibendo i neuroni GABAergici del mesencefalo che hanno azione inibitoria sui neuroni dopaminergici.

Invece la cocaina, a differenza delle altre droghe, non aumenta la normale attività dei neuroni dopaminergici, ma impedisce che la dopamina rilasciata venga ricaptata e catabolizzata dalla terminazione nervosa, permettendone così l'accumulo nelle sinapsi³⁵.

Perciò, pur con diversi meccanismi, le droghe producono un aumento della concentrazione della dopamina a livello dei recettori delle cellule bersaglio. La somministrazione di cocaina, eroina ed altre sostanze d'abuso, produce una 'liberazione' di dopamina anche nel *Nucleus Accumbens*, l'area del sistema limbico che gioca

E. Hollander, *Treating body dysmorphic disorder with medication: evidence, misconceptions, and a suggested approach*, «Body Image» 5 (2008), 1, pp. 13-27.

³⁵ M. Codispoti - G. Gerra - O. Montebanocci - A. Zaimovic - M.A. Raggi - B. Baldaro, *Emotional perception and neuroendocrine changes*, «Psychophysiology» 40 (2003), 6, pp. 863-868.

un ruolo importante nell'integrazione della appetizione e della 'consumazione'³⁶.

La caratteristica essenziale del disturbo da abuso di sostanze è la modalità patologica d'uso di una sostanza; vi possono essere reiterata incapacità di adempiere ai principali obblighi legati al proprio ruolo, un uso ripetuto in situazioni in cui è particolarmente rischioso assumere sostanze, molteplici problemi legali e ricorrenti problemi sociali e interpersonali. La persona può continuare a usare la sostanza malgrado il presentarsi di conseguenze indesiderabili, persistenti o ricorrenti sul piano sociale o interpersonale (difficoltà coniugali o divorzio, scontri verbali o fisici)³⁷. Un ruolo fondamentale svolge senz'altro il *craving*, cioè il desiderio impulsivo per una sostanza psicoattiva, per un cibo o per qualunque altro oggetto-comportamento gratificante: questo desiderio sostiene il comportamento di *addiction* e la compulsione finalizzati all'ottenimento dell'oggetto del desiderio. Esistono due forme di *craving* diverse dal punto di vista delle aspettative del paziente: da un lato la preoccupazione di assumere la sostanza per evitare l'astinenza, ovvero il '*craving* negativo', dall'altro il desiderio della sostanza sostenuto dall'aspettativa di una incentivazione, di una gratificazione (la ricerca di un '*reward*' produce un '*craving* positivo'). Il *craving* rappresenta il desiderio per gli effetti della sostanza di cui il soggetto ha già fatto esperienza e che sono risultati gratificanti: ciò che mantiene attivo questo desiderio sono l'impiego eccessivo della sostanza, in particolare durante l'astinenza dopo un periodo di dipendenza, il cambiamento della soglia della gratificazione a livello del sistema nervoso centrale, con stati affettivi negativi, e i 'rinforzi' indotti a partire da meccanismi condizionati³⁸.

Secondo un modello psicobiologico di analisi del *craving* esistono tre vie attraverso cui esso si instaura, in relazione alle aspettative che ne sostengono l'intensità, ai neurotrasmettitori coinvolti e allo stile di personalità correlato. La prima è quella del *reward craving*: la via che lo attiva è appunto il desiderio della gratificazione. La disregolazione del sistema dopaminergico/oppioide e una personalità *reward-seeking* (*novelty, sensation-seeking*) ne sarebbero responsabili. La seconda via genera il *relief craving*, ed è

³⁶ M.N. Potenza, *Non-substance and substance addictions*, «Addiction» 104 (2009), 6, pp. 1016-1017; Id., *Review. The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: an overview and new findings*, «Philosophical Transactions of the Royal Society of Biological Sciences» 363 (2008), 1507, pp. 3181-3189.

³⁷ American Psychiatric Association, *op. cit.*

³⁸ M. Codispoti - G. Gerra - O. Montebanocci - A. Zaimovic - M.A. Raggi - B. Baldaro, *op. cit.*

sostenuta dal desiderio di ridurre la tensione o lo stato di attivazione. I soggetti più suscettibili sarebbero caratterizzati da una elevata reattività allo stress. Infine, la terza via porta all'*obsessive craving*, che è la mancanza di controllo nei confronti del pensiero intrusivo della sostanza. La disfunzione neuroendocrina associata a questa terza condizione sarebbe un *deficit* del sistema della serotonina, in correlazione con un tipo di personalità con difficoltà del controllo degli impulsi³⁹.

È da sottolineare come all'interno del disturbo del controllo degli impulsi e dei disturbi da abuso di sostanze si possano venire a creare situazioni di *addictive behavior*, ovvero casi in cui il soggetto non mette più in atto un determinato comportamento, ad esempio l'assunzione di una sostanza stupefacente, per il raggiungimento di uno specifico fine, come il piacere legato all'assunzione di una sostanza, ma perché è ormai dipendente dal comportamento stesso; si crea quindi una dipendenza dal comportamento più che da ciò che si raggiunge con esso.

Anche nei disturbi dell'alimentazione si ritrova un'alterazione della qualità del desiderio, che risulta incentrato sulla magrezza e sull'influenza che questa ha sull'autostima della persona.

Nell'anoressia mentale si ha il rifiuto di mantenere il proprio peso corporeo al di sopra del peso minimo normale e un intenso timore di aumento ponderale. La presenza di un'alterazione dell'immagine corporea per ciò che riguarda forma e dimensioni corporee porta a situazioni di eccessivo controllo e di vera e propria malnutrizione. In questi soggetti i livelli di autostima sono fortemente influenzati dalla forma fisica e dal peso corporeo: la perdita di peso viene considerata come una straordinaria conquista e un segno di ferrea autodisciplina, mentre l'incremento ponderale viene esperito come un inaccettabile fallimento e una perdita delle capacità di controllo. Esistono due sottotipi di anoressia: il primo è definito 'con restrizioni', ovvero il peso corporeo viene controllato con la dieta, il digiuno o l'attività fisica eccessiva; il secondo sottotipo è caratterizzato invece da abbuffate e/o condotte di eliminazione⁴⁰. Spesso il soggetto affetto non si rende conto della reale gravità della situazione ed è necessario ospedalizzarlo per e-

³⁹ G. Gerra - S. Bertacca - A. Zaimovic - M. Pirani - B. Branchi - M. Ferri, *Relationship of personality traits and drug of choice by cocaine addicts and heroin addicts*, «Substance Use Misuse» 43 (2008), 3-4, pp. 317-330.

⁴⁰ American Psychiatric Association, *op. cit.*

vitare un eccessivo decadimento fisico che ne mette in pericolo la vita.

Nella bulimia sono presenti abbuffate e inappropriati metodi compensatori per prevenire il conseguente aumento di peso. Un'abbuffata è l'ingestione in un determinato periodo di tempo di una quantità di cibo maggiore rispetto a quanto la gran parte degli individui assumerebbe in circostanze simili⁴¹. I soggetti con bulimia nervosa tipicamente si vergognano delle loro abitudini alimentari patologiche e tentano di nasconderle. Le crisi bulimiche avvengono in solitudine, il più segretamente possibile. L'episodio può essere più o meno pianificato ed è di solito caratterizzato dalla rapidità dell'ingestione del cibo. L'abbuffata continua finché il soggetto non si sente 'pieno da star male' ed è precipitata da stati di umore disforico, condizioni interpersonali di stress, intensa fame in seguito ad una restrizione dietetica, oppure da sentimenti di insoddisfazione relativi al peso, la forma del corpo o il cibo. Una crisi bulimica è inoltre accompagnata dalla sensazione di perdita del controllo, di estraneamento, di incapacità di resistere al cibo, che è poi seguita da senso di colpa e di fallimento e perciò seguita da condotte di eliminazione per controllare il peso.

Nel disturbo ossessivo compulsivo (DOC) il desiderio è una *compulsione egodistonica* ovvero vissuta come coercitiva e involontaria. Le caratteristiche essenziali di questa patologia sono rappresentate dalla presenza di ossessioni o compulsioni ricorrenti, sufficientemente gravi da far perdere al paziente molto tempo (in particolare tali da richiedere più di un'ora al giorno) o da causare disagio marcato o menomazione significativa⁴². Le ossessioni sono idee, pensieri, impulsi o immagini persistenti, sono vissute come intrusive o inappropriate e causano ansia e disagio marcati. L'egodistonia è la sensazione che il contenuto delle ossessioni sia estraneo, fuori dal proprio controllo e che non sia il tipo di pensiero che ci si aspetterebbe di avere. Comunque l'individuo è in grado di riconoscere che le ossessioni sono il prodotto della sua mente e non vengono imposte dall'esterno, ovvero non vi è inserzione del pensiero. Le ossessioni più frequenti sono pensieri ripetitivi di contaminazione, dubbi ripetitivi, la necessità di disporre gli oggetti in un determinato ordine, impulsi aggressivi o terrifici e fantasie ses-

⁴¹ *Ibid.*

⁴² *Ibid.*

suali inappropriate⁴³. I pensieri, impulsi o immagini non sono semplicemente preoccupazioni eccessive riguardanti difficoltà reali della vita, ed è improbabile che essi siano correlati a situazioni realmente problematiche.

L'individuo con ossessioni di solito cerca di ignorare o sopprimere tali pensieri o impulsi o di neutralizzarli con un altro pensiero o azioni, ovvero con delle compulsioni.

Le compulsioni sono comportamenti ripetitivi o azioni mentali come pregare, contare, ripetere mentalmente delle parole, il cui obiettivo è quello di prevenire o ridurre l'ansia e il disagio generate dall'ossessione. In alcuni casi gli individui mettono in atto azioni rigide e stereotipate, senza riuscire a spiegarne il motivo. Per definizione le compulsioni sono chiaramente eccessive e non connesse in modo realistico con ciò che sono designate a neutralizzare o prevenire⁴⁴.

Le ossessioni e le compulsioni possono sostituire comportamenti utili e soddisfacenti e possono essere altamente distruttive per il funzionamento complessivo del soggetto. Poiché le intrusioni ossessive possono distrarre, frequentemente portano a una riduzione del rendimento nell'esecuzione di compiti cognitivi che richiedono concentrazione, come leggere o calcolare. Inoltre molti individui evitano gli oggetti o le situazioni che provocano ossessioni o compulsioni. Tale evitamento può diventare esteso e limitare gravemente il funzionamento generale⁴⁵.

Aspetti di trattamento

A) Il ruolo degli psicofarmaci

Gli psicofarmaci possono riequilibrare un desiderio nelle patologie di cui si è parlato.

I farmaci che agiscono determinando un *aumento del desiderio* sono gli antidepressivi, il cui ruolo è quello di aumentare la disponibilità neurotrasmettitoriale a livello delle sinapsi del sistema nervoso centrale; attualmente i più diffusi sono gli SSRI (inibitori del *reuptake* della serotonina), le cui azioni non si limitano al trattamento della depressione, ma si estendono anche al disturbo os-

⁴³ B. Dell'Osso - A.C. Altamura - E. Mundo - D. Marazziti - E. Hollander, *Diagnosis and treatment of obsessive-compulsive disorder and related disorders*, «International Journal of Clinical Practice» 61 (2007), 1, pp. 98-104.

⁴⁴ American Psychiatric Association, *op. cit.*

⁴⁵ D.J. Stein - D. Denys - A.T. Gloster - E. Hollander - J.F. Leckman - S.L. Rauch - K.A. Phillips, *Obsessive-compulsive disorder: diagnostic and treatment issues*, «Psychiatric Clinics of North America» 32 (2009), 3, pp. 665-685.

sessivo-compulsivo e alla bulimia nervosa⁴⁶. Il loro effetto è quello di aumentare la concentrazione intrasinaptica di serotonina bloccando la sua fisiologica ricaptazione ed eliminazione.

Fra i farmaci che agiscono determinando una *riduzione degli impulsi e dei desideri patologici* si ritrovano gli *stabilizzanti del tono dell'umore*, ancora gli SSRI, gli *antagonisti degli oppioidi* e gli *antipsicotici*⁴⁷; i primi sono in grado di modificare il tono dell'umore ripristinando la condizione di eutimia rispetto a quella maniacale o depressiva e di prevenire le fluttuazioni cicliche del disturbo bipolare⁴⁸.

Gli antipsicotici vengono principalmente utilizzati nel trattamento della schizofrenia; i sintomi produttivi della schizofrenia quali allucinazioni e deliri sarebbero sottesi all'iperattività delle vie dopaminergiche mesolimbiche, mentre i sintomi negativi, quali anergia ed anedonia, sembrano più correlabili a una compromissione della via mesocorticale a livello frontale e a una contemporanea disfunzione dei sistemi serotoninergico e glutamatergico⁴⁹. Gli antipsicotici tipici (o neurolettici) bloccano i recettori dopaminergici postsinaptici. Gli antipsicotici atipici sono più efficaci nei pazienti con sintomi negativi in quanto bloccano anche i recettori serotoninergici, permettendo un miglioramento sia dei sintomi negativi sia dei *deficit* cognitivi, insieme ad una ridotta incidenza di effetti collaterali⁵⁰.

⁴⁶ A.C. Altamura - B. Dell'Osso - M. Buoli - M. Bosi - E. Mundo, *Short-term intravenous citalopram augmentation in partial/nonresponders with major depression: a randomized placebo-controlled study*, «International Clinical Psychopharmacology» 23 (2008), 4, pp. 198-202; N.A. Fineberg - K.J. Craig, *Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorders* cit.; J. Zohar, *Escitalopram in the treatment of obsessive-compulsive disorder*, «Expert Review of Neurotherapeutics» 8 (2008), 3, pp. 339-349.

⁴⁷ A.C. Altamura - D. Armadoros - M. Jaeger - R. Kernish - J. Locklear - H.P. Volz, *Importance of open access to atypical antipsychotics for the treatment of schizophrenia and bipolar disorder: a European perspective*, «Current Medical Research and Opinion» 24 (2008) 8, pp. 2271-2282.

⁴⁸ A.C. Altamura - E. Mundo - B. Dell'Osso - G. Tacchini - M. Buoli - J.R. Calabrese, *Quetiapine and classical mood stabilizers in the long-term treatment of bipolar disorder: a 4-year follow-up naturalistic study*, «Journal of Affective Disorders» 110 (2008), 1-2, pp. 135-141; A.C. Altamura - A. Santini - E. Mundo, *Treatment issues in bipolar II depression*, «The International Journal of Neuropsychopharmacology» 9 (2006), 6, pp. 775-776.

⁴⁹ J.M. Kane - T. Lencz, *Cognitive deficits in schizophrenia: short-term and long-term*, «World Psychiatry» 7 (2008), 1, pp. 29-30; J.M. Kane, *An evidence-based strategy for remission in schizophrenia*, «Journal of Clinical Psychiatry» 69 (2008), 3, pp. 25-30.

⁵⁰ A.C. Altamura - W.V. Bobo - H.Y. Meltzer, *Factors affecting outcome in schizophrenia and their relevance for psychopharmacological treatment*, «International Clinical Psychopharmacology» 22 (2007) 5, pp. 249-267; W.T. Carpenter - J.I. Koenig, *The evolution of drug development in schizophrenia: past issues and future opportunities*, «Neuropsychopharmacology» 33 (2008), 9, pp. 2061-2079.

Il ruolo delle psicoterapie

Nell'ambito del trattamento dei disturbi citati meritano di essere menzionate anche le psicoterapie; infatti in diversi pazienti può essere necessaria una figura che possa aiutare a migliorare alcuni comportamenti disfunzionali del paziente e la qualità delle sue relazioni interpersonali, che in queste patologie spesso divengono difficoltose. Sono soprattutto le relazioni con la famiglia o altri *caregiver* a subire un peggioramento; infatti essi devono imparare ad accettare e a gestire la malattia del soggetto, che deve essere assistito con costanza, richiedendo spesso grandi sacrifici a chi convive con esso⁵¹.

In quest'ottica assumono rilievo la psicoterapia cognitivo-comportamentale e la psicoterapia interpersonale:

- la *psicoterapia cognitivo-comportamentale* è caratterizzata dall'utilizzo di tecniche volte a migliorare alcuni abituali comportamenti disfunzionali del paziente, che possono divenire pervasivi e condizionare in maniera importante la sua vita; fra di essi spiccano i rituali compulsivi che interferiscono notevolmente sulla qualità di vita dei pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo. In questo caso una delle tecniche comportamentali sarà quella di 'bloccare' i rituali esponendo così, gradualmente, il paziente alle situazioni da lui più temute⁵². In questo modello psicoterapeutico vengono inoltre utilizzate tecniche cognitive che inducono il paziente a riflettere in maniera critica sull'utilità, razionalità, origine e potenziale patogeno dei modelli mentali con cui rappresenta se stesso e gli altri. Questo porterà a una maggiore consapevolezza della natura delle emozioni dolorose che caratterizzano i disturbi del paziente;

- la *psicoterapia interpersonale* è attualmente proposta nel trattamento delle diverse fasi e dei numerosi sottotipi dei disturbi dell'umore. L'obiettivo è quello di affrontare quattro aree principali di intervento: lutto non risolto, transizione di ruolo, contrasti di ruolo e *deficit* interpersonali⁵³. Il terapeuta valuta con il paziente quale di queste quattro aree sia più associabile con l'insorgenza dell'episodio depressivo in atto e in seguito propone una 'rinegoziazione' atta a migliorare le difficoltà presenti in quest'ambito.

⁵¹ J.M. Kane - T. Lencz, *Cognitive deficits in schizophrenia* cit.

⁵² B. Dell'Osso - E. Mundo - D. Marazziti - A.C. Altamura, *Switching from serotonin reuptake inhibitors to duloxetine in patients with resistant obsessive compulsive disorder: a case series*, «Journal of Psychopharmacology» 22 (2008), 2, pp. 210-213.

⁵³ A.C. Altamura, *Fondamenti di psichiatria e psicofarmacologia clinica* cit.

L'intervento è focalizzato sul miglioramento delle relazioni interpersonali e del ruolo sociale attuali, piuttosto che analizzare eventi intrapsichici e cognitivi del passato.

Conclusioni

Il desiderio presenta delle variazioni nella *qualità* e nella *quantità* nella maggior parte delle persone, ma talvolta queste variazioni possono divenire profonde e dare luogo a una patologia psichiatrica. Poiché il desiderio è di fatto ciò che muove l'uomo, lo spettro di alterazioni che lo caratterizzano può sfociare in numerose patologie caratterizzate da quadri clinici anche molto diversi.

I meccanismi neurobiologici che sottendono al desiderio hanno come protagonista il neurotrasmettitore dopamina, la cui concentrazione può essere modificata mediante l'uso o l'abuso di sostanze, che hanno un ruolo terapeutico, nel caso dei farmaci, o al contrario possono provocare situazioni disfunzionali, nel caso delle sostanze stupefacenti o degli alcolici.

Grazie alle metodiche di *neuroimaging* si è sempre più in grado di caratterizzare quali aree cerebrali siano coinvolte nelle patologie psichiche, riuscendo a registrarne le variazioni funzionali durante lo svolgimento di particolari compiti. Migliorando queste tecniche in un prossimo futuro sarà possibile comprendere meglio anche quale sia il tipo di trattamento più adeguato e specifico per ciascuna patologia.

Al momento esistono differenti approcci per la cura dei disturbi associati all'alterazione del desiderio, e spesso una loro associazione, come quella fra l'utilizzo di farmaci combinato alla psicoterapia, può condurre a un miglior risultato terapeutico e alla diminuzione, o attenuazione, della gravità degli episodi e delle loro ricorrenze.