

MARIA ANTONIETTA RUBINO\*

## **Pensiero religioso e Disturbo Ossessivo-Compulsivo**

### *Introduzione*

La religiosità, dimensione profonda e strutturante dell'esperienza umana, orienta scelte, valori, comportamenti e visioni del mondo. Quando elementi religiosi vengono incorporati in modalità disfunzionali all'interno di un assetto psicopatologico, come nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo, possono generarsi dinamiche interiori complesse e invalidanti.

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (*Obsessive-Compulsive Disorder*, OCD) è una patologia psichiatrica eterogenea, la cui prevalenza è stimata tra l'1% e il 3% nella popolazione generale. Ha un decorso cronico, fluttuante, con un esordio spesso in età adolescenziale o nei primi anni dell'età adulta. Una sua manifestazione clinicamente rilevante è l'OCD a tematica religiosa, spesso descritto nella letteratura internazionale come *Religious OCD* (ROCD) o *Scrupulosity*, caratterizzato da un'intensa preoccupazione per la moralità, il peccato, la purezza spirituale e l'osservanza rituale.

Questo lavoro cerca di esplorare il rapporto tra pensiero religioso e OCD, con particolare attenzione alle implicazioni cliniche, culturali e spirituali.

### *1. Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo*

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo è classificato nel *DSM-5-TR* tra i Disturbi ossessivo-compulsivi e correlati. È caratterizzato dalla presenza di ossessioni: pensieri, impulsi o immagini ricorrenti, vissute come intrusive, incontrollabili, ego-distoniche, in contrasto con il sistema di valori e l'immagine di sé del soggetto, e compulsioni: comportamenti ripetitivi o azioni mentali eseguite per ridurre l'ansia o prevenire un evento temuto, strategie difensive rigide e disfunzionali, che offrono un sollievo temporaneo, ma che rinforzano nel tempo il ciclo ossessivo.

\* Psichiatra e psicoterapeuta analista junghiano.

L'OCD interessa una molteplicità di dimensioni, tra cui contaminazione, ordine e simmetria, controllo, danno, responsabilità, tematiche morali e religiose. Queste ultime si manifestano in individui con una marcata interiorizzazione di valori religiosi, etici e spirituali e coinvolgono la fede, una delle dimensioni più profonde dell'identità e della coscienza morale del soggetto.

## 2. *Lo scrupolo religioso*

In un Manuale ormai datato di Psichiatria Pastorale (Bless 1952) troviamo la descrizione della scrupolosità come una condizione al limite fra nevrosi e psicosi. Etimologicamente la parola deriva da *scrupulum*, nome che indica un piccolissimo peso romano, esattamente la 280<sup>a</sup> parte di una libbra o anche una minuscola pietra che, entrata nella scarpa, impedisce di camminare, metafora della sensazione di costrizione che impedisce il sereno fluire della vita. Lo scrupolo si manifesta come conflitto interiore tra il desiderio di vivere una vita devota e il terrore di trasgredire, anche minimamente, i precetti religiosi. Il tema dello scrupolo è ben noto alla spiritualità cristiana e gli stessi santi ne furono affetti, individuando il rimedio efficace nell'obbedienza alla guida spirituale.

Scrivono s. Alfonso de' Liguori (1751: 499): «Tutta l'angustia degli scrupolosi è nel temere che, operando, non operino già con lo scrupolo, ma con il dubbio di peccare, e perciò incorrano nel peccato». Lo scrupoloso si percepisce colpevole nonostante la consapevolezza razionale di non esserlo. Il desiderio di vivere una vita devota coesiste con la paura di trasgredire anche i minimi precetti.

S. Ignazio di Loyola, nella sua autobiografia, narra che subì una violenta crisi di scrupoli, trascorrendo giorni e notti tormentandosi e cercando di determinare ciò che era peccato e ciò che non lo era affatto e se dovesse o meno confessare antiche mancanze e come più si sforzasse di fare chiarezza, tanto più era immerso nell'oscurità. «Il nemico osserva bene se un'anima è grossolana oppure delicata e se è delicata fa in modo da renderla delicata fino all'eccesso per poi maggiormente angosciarla e confonderla» (s. Ignazio 1998: 349).

Teresa del Bambino Gesù, Filippo Neri, e dopo di lui Francesco di Sales e Giovanni Bosco, considerarono lo scrupolo come un ostacolo alla vita spirituale, consapevoli delle ripercussioni fisiche, emotive e spirituali che comporta. Il biografo di Filippo Neri, padre Pietro Giacomo Bacci, racconta: «Egli esortava i suoi a disprezzare gli scrupoli, onde a simili persone vietava il confessarsi così spesso (...), per la stessa ragione quando nel confessarsi entravano in scrupoli soleva mandarli alla comunione senza volerli ascoltare»; «Egli

inoltre soleva dire che era un' infermità che suol far tregua, ma rare volte pace, e che la sola umiltà ne riportava la vittoria» (Bacci 2021: II X, n. 7). Più recentemente s. Josemaría Escrivá, nel suo ruolo di formatore e educatore, scrive: «Respingi quegli scrupoli che ti tolgono la pace. Non è da Dio ciò che ruba la pace dell'anima» (Escrivá 2000: 50, n. 258).

Quando diventa malattia ossessiva, la scrupolosità religiosa si connota per rigidità, dubbi, automatismi rituali, ansia, ipercontrollo, colpa, isolamento e sofferenza. La dimensione spirituale risulta oscurata e la pratica religiosa tende a trasformarsi in un insieme di rituali coercitivi. Nella scrupolosità patologica il tentativo di esercitare controllo coincide con l'essere controllati e privati della libertà, con una ridotta capacità di andare oltre la letteralità del sintomo e di accedere a processi di simbolizzazione. Le compulsioni sembrano ridurre l'ansia, ma in realtà la perpetuano. Allo scrupolo si interconnette la rimuginazione: un pensiero ripetitivo e incontrollabile, caratterizzato da circolarità, focalizzazione su problemi irrisolti e senso di impotenza.

Uno studio clinico di Greenberg e Huppert (2010) ha mostrato che i pazienti con ROCD presentano livelli significativamente più alti di senso di colpa, intolleranza dell'incertezza e responsabilità ipertrofica rispetto ad altri sottotipi di OCD. Spesso coesiste una coscienza perplessa, che porta a un'incertezza paralizzante tra azioni opposte, generando insoddisfazione continua e stanchezza psicologica. Un tratto distintivo è il dubbio patologico rispetto alla correttezza delle proprie azioni religiose. Il soggetto si chiede ossessivamente: "Ho pregato nel modo giusto?", "Dio mi ha perdonato?", "Sto bestemmiando senza accorgermene?". Questi interrogativi non favoriscono una crescita spirituale, ma alimentano un ciclo disfunzionale di angoscia e ritualizzazione (Abramowitz et al. 2002). Esempi comuni di ossessioni religiose includono: dubbi incessanti sull'aver bestemmiato o mancato di rispetto a Dio; timori di pregare nel modo sbagliato; paura di ricevere l'eucaristia in stato di peccato; sensazioni di impurità spirituale nonostante frequenti confessioni. Esempi comuni di compulsioni: preghiere ripetute secondo schemi rigidi; confessioni reiterate e spesso vissute come insoddisfacenti; richieste continue di conferme da parte di figure religiose o autorità spirituali (Miller e Hedges 2008); evitamento di luoghi sacri per timore di contaminazione spirituale; consultazione ripetuta di autorità religiose.

Se nel culto religioso le pratiche rituali consentono di instaurare un legame con l'elemento sacro o la divinità per il loro significato simbolico e spirituale, nel ROCD esse diventano un sistema di controllo coercitivo interiore e si traducono in comportamenti ripetitivi volti ad alleviare l'ansia. Dio è percepito come giudice punitivo e la fede tende a ridursi a una rigida osservanza norma-

tiva. Tali manifestazioni non sono riconducibili a una maggiore religiosità in sé, bensì a una distorsione patologica della pratica religiosa (Sica et al. 2002). Le condotte, pur ispirandosi formalmente a pratiche religiose, ne tradiscono lo spirito quando sfociano in comportamenti meccanici, coercitivi e privi di serenità.

### *3. Fede autentica e sintomo ossessivo*

Uno degli snodi clinicamente più delicati consiste nel discriminare tra fede genuina e sintomo ossessivo.

Secondo Nelson et al. (2006), l'esperienza religiosa condizionata dal disturbo mostra alcune caratteristiche tipiche: rigidità assoluta nell'interpretazione delle norme religiose, incapacità di tollerare il dubbio o l'ambiguità morale, elevata frequenza di ruminazioni e compulsioni religiose, sofferenza soggettiva significativa e compromissione del funzionamento.

Come nota il teologo R. Guardini (1953), la vera religiosità non risiede nel formalismo esteriore, ma nella libertà e nell'abbandono fiducioso a Dio. Mentre la fede è sentita come fonte di significato e consolazione, il pensiero ossessivo si basa sulla paura, sulla colpa e sul perfezionismo esasperato. Il soggetto vive i pensieri come estranei e angoscianti, nonostante si senta obbligato a seguirli; ha una visione manichea del bene e del male e una rappresentazione di Dio come giudice severo ed inflessibile.

### *4. Il perfezionismo morale*

Molti individui con ROCD presentano un marcato perfezionismo morale, ovvero la convinzione disfunzionale di dover essere impeccabili sotto il profilo etico e religioso, pena il fallimento esistenziale o la condanna divina.

Questo eccesso di moralità può derivare da: modelli educativi severi e punitivi, interiorizzazione rigida di precetti religiosi o dogmi, sensibilità morale elevata, unita a insicurezza e bisogno di controllo. Il perfezionismo, tuttavia, non coincide necessariamente con una maggiore spiritualità, ma con un'ansia esistenziale.

Il modello cognitivo-comportamentale individua nella sopravvalutazione della responsabilità, nell'intolleranza dell'incertezza morale (Siev, Baer 2011) e nel senso di colpa, i principali fattori di mantenimento del disturbo (Rachman 1997; Salkovskis 1985).

Salkovskis (1985) ha sottolineato il ruolo della sovrastima della responsabilità morale e della necessità di controllo dei pensieri come fattori centrali nella genesi del disturbo. In particolare, la “fusione pensiero-azione morale” (*moral thought-action fusion*), per cui avere un pensiero blasfemo è percepito come moralmente equivalente al compierlo, può esprimersi in formule come: “Potrei essere dannato per questo pensiero”; “Devo essere certo al 100% che Dio mi ha perdonato”; “Se penso una bestemmia, sto peccando” (Shafran et al. 1996). È stata inoltre riscontrata una frequente associazione con altri fattori di rischio, quali una storia familiare positiva per disturbi psichiatrici (68%) e l’esposizione a eventi traumatici (oltre il 50%).

Le differenze culturali e religiose influenzano il contenuto e l’espressione dei sintomi del ROCD: la confessione ripetuta nei cattolici, l’abluzione rituale nei musulmani e le pratiche prescritte nelle comunità ebraiche mostrano quanto il contesto religioso e culturale sia importante nella valutazione e nel trattamento dell’OCD e richieda approcci terapeutici culturalmente sensibili (Ayoub 2024).

Il modello metacognitivo sottolinea la difficoltà del soggetto ad accettare l’incertezza morale, portandolo a rimuginare compulsivamente per ottenere rassicurazione spirituale (Wells 1997). La paura non è soltanto legata al castigo divino, ma soprattutto alla contaminazione morale e alla possibilità di essere una cattiva persona.

Dal punto di vista psicodinamico il ROCD può essere letto come espressione di conflitti inconsci tra pulsioni aggressive o sessuali inaccettabili e un Super-Io particolarmente rigido. La religione, in questo contesto, diventa il campo di battaglia simbolico di tali conflitti e le compulsioni religiose rappresentano una modalità difensiva per controllare l’angoscia connessa a desideri repressi (Freud 1907; Rizzuto 1994). L’Io è in conflitto con contenuti mentali che non riesce a rimuovere, a cui conferisce una valenza patologica. L’agire ossessivo avrebbe una sua intenzionalità, quale tentativo simbolico di rielaborare conflitti passati non risolti, in una ripetizione ritualistica, difesa contro l’angoscia esistenziale, in particolare legata alla morte. La coscienza temporale dell’ossessivo risulta alterata: dominano la percezione del presente e la ritenzione del passato, mentre è deficitaria la capacità di proiettarsi nel futuro. L’individuo resta così intrappolato in una sospensione del tempo, dove l’agire ripetitivo funge da tentativo fallimentare di eludere la finitezza umana. K. Jaspers (1964) ha descritto l’ideazione coatta come la convivenza conflittuale tra credenza e consapevolezza della falsità, generando una tensione irrisolvibile tra verità ed errore che distingue il pensiero ossessivo dal dubbio fisiologico.

Le neuroscienze hanno individuato correlati neurobiologici nel circuito cortico-striato-talamico, implicato nel controllo dell’inibizione e nella rego-

lazione dell'ansia. Studi di neuroimaging (Saxena e Rauch 2000) mostrano iperattivazione della corteccia orbito-frontale e del nucleo caudato nei pazienti con OCD, inclusi quelli con sintomi a contenuto religioso; ciò suggerisce una disfunzione nei meccanismi di inibizione e controllo degli impulsi. Resta, tuttavia, da chiarire una specificità per la variabile religiosa.

La religione non va considerata di per sé un fattore patogeno, ma come contenitore tematico del disagio ossessivo e funge da struttura narrativa attraverso cui si esprimono i sintomi (Nelson 2006).

La spiritualità, di per sé, può svolgere nella vita del credente un ruolo protettivo, offrendo significato, contenimento e resilienza. È, pertanto, essenziale distinguere tra vissuto di fede integrato e compulsività religiosa, attraverso una valutazione attenta del contesto, del grado di libertà interiore e dell'integrazione personale della credenza.

### *5. La dimensione transculturale*

La prevalenza del ROCD è significativa all'interno della popolazione con OCD, con stime che oscillano tra il 5% e il 33%, a seconda dei criteri utilizzati e della cultura di riferimento (Miller e Hedges 2008). Vi è una forte sovrapposizione tra tratti di personalità ossessiva, caratterizzati da perfezionismo morale, iper-responsabilità, rigidità cognitiva, e la vulnerabilità al ROCD. Alcuni studi hanno evidenziato come il contenuto religioso delle ossessioni tenda a manifestarsi più frequentemente in soggetti con una storia personale o familiare di intensa religiosità, oppure in contesti dove la fede è fortemente legata a nozioni di colpa, purezza e salvezza. Il contesto religioso e culturale esercita una forte influenza: le società con una religiosità più normativa e prescrittiva presentano una maggiore incidenza di casi di ROCD. Numerosi studi clinici e transculturali hanno evidenziato come il fenomeno non sia esclusivo delle tradizioni cristiane occidentali, ma si manifesti in forma analoga in molte altre culture e religioni, assumendo caratteristiche specifiche in base al contesto dottrinale, rituale e morale di riferimento.

La letteratura mostra come sia prevalente in credenti altamente religiosi (McIngvale 2017; Buchholz 2019), in particolare in contesti con norme religiose rigide, come l'ebraismo ultraortodosso o l'islam (Greenberg 2008; Inozu 2012). In ambienti cattolici possono emergere dubbi legati alla validità della confessione o alla purezza dell'intenzione; nei contesti protestanti è centrale il timore di essere dannati o non "veramente salvati" (Abramowitz 2004). La maggiore associazione tra contaminazione mentale (percezione

soggettiva di impurità interiore in assenza di contatto fisico) e scrupolosità nei protestanti potrebbe riflettere specificità teologiche e dottrinali che accentuano la responsabilità individuale nei confronti del peccato (Fergus 2014). Nei campioni di soggetti esaminati sono emerse coesistenti intrusioni sessuali (es. sesso forzato, omosessualità, immoralità sessuale, rapporti con persone indesiderate) e intrusioni religiose (es. dubbi sulla percezione divina, timore di violare dottrine religiose, paura della punizione divina, ossessioni legate all'adorazione) che suggeriscono sia somiglianze che differenze qualitative tra le culture, come se una struttura comune della sintomatologia ossessiva fosse declinata secondo contesti religiosi e culturali specifici (Kahya, Inozu e Clark 2023). In contesti islamici si osservano rituali di abluzioni ripetuti e ossessioni legate alla contaminazione spirituale (Abdel-Khalek 2011); è ben documentata la presenza di *waswās* – termine arabo che indica pensieri intrusivi e ossessivi legati alla purezza rituale (*tahara*), alla recitazione corretta delle preghiere (*salat*), all'intenzione corretta nell'adorazione (*niyyah*), e al timore di aver commesso involontariamente atti impuri o blasfemi. Il *waswās* è spesso affrontato con strategie religiose e spirituali, ma può anche degenerare in quadri clinici compatibili con l'OCD (Al-Krenawi e Graham 2000; Ghaleb et al. 2022).

Nel contesto ebraico, particolarmente nell'ebraismo ortodosso e ultraortodosso, dove l'osservanza delle leggi religiose permea ogni aspetto della vita quotidiana, si osservano forme di scrupolosità legate all'osservanza delle *halakhot* (precetti legali) in materia di alimentazione kasher, purezza rituale, preghiera e sabato; si riscontrano rituali compulsivi relativi all'osservanza della *Kashrut* o dello *Shabbath* (Siev 2011). Il concetto di "*chumra*" (rigore) può, in casi clinici, trasformarsi in un bisogno patologico di perfezione religiosa, generando ansia e ritualizzazioni estenuanti (Greenberg e Witztum 2001). L'articolo di D. Greenberg e G. Shefler, pubblicato sull'"Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences" (2008), analizza in profondità le risposte rabbiniche a pazienti con sintomi religiosi dell'OCD, evidenziando come i leader spirituali possano fungere da ponte o da ostacolo tra religione e salute mentale.

Da qui la necessità di un dialogo strutturato tra operatori della salute mentale e autorità religiose, soprattutto in contesti in cui la religione è un elemento fondante dell'identità personale e collettiva. Un approccio integrato, rispettoso dei confini tra competenze cliniche e spirituali, può offrire sollievo dal tormento ossessivo e favorire la possibilità di vivere la religione come fonte di gioia e non di angoscia.

Anche nel contesto induista e buddhista si registrano manifestazioni simili. In India pazienti con OCD possono presentare ossessioni legate al karma,

alla contaminazione spirituale o alla corretta esecuzione di rituali devozionali (Raguram et al. 1996).

Religiosità e senso di colpa risultano significativamente associati alla sintomatologia e all'evoluzione dell'OCD. In particolare, la religiosità può fungere sia da fattore di rischio che da modulatore del decorso clinico, mentre il senso di colpa appare costantemente associato a una maggiore gravità del disturbo (Kumar et al. 2021). Alcuni praticanti buddhisti hanno riportato compulsioni legate alla recitazione mantrica, al controllo della mente durante la meditazione o al timore di pensieri “non puri” che contaminino il cammino spirituale (Didonna 2009). La sintomatologia più frequente comprendeva ossessioni di contaminazione, ossessioni religiose e compulsioni di pulizia, con il 36% dei soggetti che presentava un pattern misto contaminazione/religione. Studi precedenti (e.g. Akhtar et al. 1975; Steketee 1993) evidenziavano una rilevante incidenza di ossessioni religiose nell'OCD e l'associazione tra religiosità e ossessioni sessuali.

Questi dati indicano che la scrupolosità religiosa può essere letta come espressione di una vulnerabilità psicopatologica ampiamente diffusa, modulata dalle diverse tradizioni. La forma dei contenuti ossessivi varia, ma la struttura cognitiva (intolleranza dell'incertezza, senso di colpa ipermorale e bisogno di controllo) resta relativamente stabile attraverso culture e fedi. Un approccio transculturale è cruciale per evitare riduzionismi etnocentrici, per promuovere una comprensione clinica rispettosa e culturalmente sensibile del fenomeno, e per aprire a una riflessione più ampia sul rapporto tra vissuto del sacro e vulnerabilità psichica. Il senso del divino, per molte tradizioni religiose, si accompagna a un'esperienza ambivalente: attrazione e timore, intimità e distanza, misericordia e giudizio. In chi è predisposto a strutture di pensiero ossessivo, questa tensione può radicalizzarsi, portando a una percezione deformata di Dio. Il timore di offendere l'Assoluto, anche involontariamente, assume contorni fobici: il peccato non è più soltanto errore morale, ma rovina ontologica che contamina l'essere.

È interessante notare come nelle scritture ebraico-cristiane la giustizia divina sia costantemente bilanciata dalla misericordia (cfr. *Sal* 103,10-14), ma il paziente scrupoloso tende a rimuovere questa polarità, sviluppando una teologia implicita fondata sulla colpa e sull'espiazione continua. Questo squilibrio può essere aggravato da interpretazioni letterali o moralistiche dei precetti religiosi o da ambienti educativi che enfatizzano la punizione e il dovere religioso assoluto. Nel contesto ossessivo la colpa, che nella sua forma fisiologica è un'emozione morale utile a regolare i comportamenti sociali e personali, si trasforma in un fenomeno invalidante, cronico, svincolato dall'azione concre-

ta e impermeabile alla rassicurazione. Accanto alla colpa, l'altra dimensione spesso compromessa è quella della grazia: la possibilità di essere perdonati, accolti e redenti. Il pensiero ossessivo esige una sicurezza assoluta e definitiva, che la fede religiosa, per sua natura, non può offrire in termini razionali. Questo alimenta il conflitto interiore, rafforzando il circuito ossessivo.

## *6. Le implicazioni cliniche e il trattamento*

In ambito clinico e pastorale è fondamentale distinguere tra la tensione spirituale autentica e la manifestazione patologica, che può paralizzare la libertà interiore e spegnere la fiducia, pur presentandosi sotto forma di zelo religioso.

Padri spirituali e direttori di coscienza, come Ignazio di Loyola (2008: cap. 22), hanno da sempre riconosciuto il rischio della “tentazione sotto apparenza di bene”, in cui il soggetto viene spinto a un eccesso che paralizza la volontà e alimenta l'angoscia. La tradizione spirituale ha, talvolta, distinto cause naturali, quali stanchezza, errata educazione, ambiente opprimente o predisposizione psicologica, e cause preternaturali, come prove spirituali o azioni del demonio. Nel presente contesto clinico, tali categorie vanno considerate come linguaggi propri del discernimento spirituale e non come eziologie psicopatologiche alternative alla valutazione medico-psicologica. La spiritualità cristiana contempla già strumenti di discernimento per identificare e distinguere il ROCD da esperienze religiose intensamente vissute, ma non disfunzionali, come le vocazioni monastiche o le conversioni. Il trattamento del ROCD richiede un approccio integrato. È importante che la guida spirituale sappia riconoscere i segni del disturbo ossessivo così da non rafforzare inconsapevolmente le compulsioni, per esempio, autorizzando confessioni ripetute o sostenendo paure morali infondate. Una teologia del limite, dell'imperfezione umana e della grazia fornisce strumenti preziosi per riconcettualizzare il rapporto con Dio in termini non ansiogeni.

Il ROCD, inoltre, può coesistere con altri disturbi psichiatrici, in particolare con la depressione maggiore, il disturbo d'ansia generalizzato e i disturbi di personalità di tipo ossessivo-compulsivo o evitante (Steketee et al. 1997).

Le terapie cognitivo-comportamentali con esposizione e prevenzione della risposta (ERP) si sono dimostrate efficaci nel ridurre le compulsioni religiose, nell'aiutare il paziente a tollerare l'incertezza e nel ridimensionare il “falso senso di responsabilità morale”, che porta il soggetto a sovrastimare le conseguenze dei propri pensieri o azioni (Rachman 1993). Secondo il modello di Salkovskis (1985), il paziente viene gradualmente esposto ai pensieri temuti

(es. “potrei aver offeso Dio”) senza ricorrere a compulsioni (es. confessione immediata), fino a ridurre l’ansia associata e la dipendenza dal comportamento rituale. Elemento centrale è la “ristrutturazione cognitiva” di convinzioni disfunzionali, come: “Devo essere moralmente perfetto per essere amato da Dio”, “Un pensiero cattivo equivale a un’azione cattiva”, “Se non prego nel modo corretto, sarò punito”.

Le terapie farmacologiche per l’OCD si basano principalmente sull’uso di antidepressivi serotoninergici. Questi farmaci sono efficaci nel ridurre i sintomi ossessivo-compulsivi, sebbene spesso siano necessarie dosi più elevate e periodi di trattamento più lunghi rispetto alla depressione. Una quota significativa di pazienti con OCD non risponde adeguatamente alla monoterapia con antidepressivi inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SSRI). In questi casi si considerano strategie di potenziamento con antipsicotici atipici in quadri resistenti, oppure il passaggio ad altri antidepressivi, quali gli inibitori della ricaptazione della serotonina e noradrenalina (SNRI) o i triciclici come la clomipramina.

L’uso dei trattamenti farmacologici varia significativamente tra i paesi e risente di fattori culturali, organizzativi e di accesso alle cure. Le differenze tra contesti nazionali confermano l’importanza di valutare l’OCD anche alla luce dei sistemi sanitari e delle rappresentazioni culturali della malattia.

È importante che il terapeuta abbia una sensibilità culturale e spirituale adeguata, evitando sia la condiscendenza acritica sia la svalutazione della fede. Un’efficace presa in carico clinica del ROCD presuppone una postura di rispetto verso la dimensione religiosa del paziente, senza per questo rinunciare alla chiarezza diagnostica e alla forza dell’intervento psicoterapeutico. Per riprendere in modo prudente una suggestione freudiana, la religione può funzionare sia come risorsa simbolica sia come campo di espressione del sintomo. Spetta al clinico, in alleanza con il paziente, distinguere tra le due possibilità.

### *Conclusione*

Il confine tra fede e patologia non è sempre evidente, ma può essere tracciato attraverso l’ascolto clinico attento, la riflessione teologica e il rispetto dell’esperienza soggettiva. Trattare il Disturbo Ossessivo-Compulsivo religioso richiede una visione integrata, capace di riconoscere la sofferenza psichica senza misconoscere la dimensione spirituale. Alcuni autori hanno proposto l’integrazione tra approcci clinici e riflessioni teologiche, al fine di evitare una polarizzazione tra trattamento e fede (Greenberg e Huppert 2010).

La collaborazione tra terapeuti e guide spirituali (sacerdoti, imam, rabbini, responsabili di comunità), pertanto, può favorire un lavoro sinergico, volto a distinguere l'autenticità della fede dall'influenza patologica del disturbo. Essa rappresenta una risorsa preziosa, se impostata su basi di reciproco rispetto e competenza (Miller e Hedges 2008). Il consulente spirituale formato in materia di salute mentale contribuisce ad una corretta decostruzione e rielaborazione teologica dei sintomi, evitando derive moralistiche o interpretazioni demonizzanti della malattia; i terapeuti, dotati di "competenza culturale", possono dialogare con le categorie religiose senza patologizzarle.

## Bibliografia

- Abdel-Khalek A.M. 2011. *Islam and mental health: A few speculations*, “Mental Health, Religion & Culture”, 14(2), pp. 87-92.  
<https://doi.org/10.1080/13674676.2010.544867>
- Abramowitz J.S., Deacon B.J., Woods C.M., Tolin D.F. 2004. *Association between Protestant religiosity and obsessive-compulsive symptoms and cognitions*, “Depression and Anxiety”, 20(2), pp. 70-76.  
<https://doi.org/10.1002/da.20021>
- Abramowitz J.S., Huppert J.D., Cohen A.B., Tolin D.F., Cahill S.P. 2002. *Religious obsessions and compulsions in a non-clinical sample: The Penn Inventory of Scrupulosity (PIOS)*, “Behaviour Research and Therapy”, 40(7), pp. 825-838.  
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00070-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00070-5)
- Al-Krenawi A., Graham J.R. 2000. *Cultural and psychiatric diagnosis: A research agenda for the DSM-IV and beyond*, “Transcultural Psychiatry”, 37(1), pp. 5-20.
- Akhtar S., Wig N.N., Varma V.K., Pershad D., Verma S.K. 1975. *A phenomenological analysis of symptoms in obsessive-compulsive neurosis*, “British Journal of Psychiatry”, 127, pp. 342-348.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.127.4.342>
- Alfonso de' Liguori A.M. 1751. *La quiete per gli scrupolosi*, in Id., *Operette spirituali*, Benedetto Gessari ed., Napoli.
- American Psychiatric Association. 2022, *DSM-5-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina, Milano.
- Ayoub W.A.R., Dib El Jalbout J., Maalouf N., Ayache S.S., Chalah M.A., Abdel Rasoul R. 2024. *Obsessive-Compulsive Disorder with a Religious Focus: An Observational Study*, “Journal of Clinical Medicine”, 13(24), 7575.  
<https://doi.org/10.3390/jcm13247575>
- Bacci P.G. 2021. *Vita di san Filippo Neri. Fondatore della Congregazione dell'Oratorio*, Parva, Roma.
- Bless H. 1952. *Manuale di psichiatria pastorale*, Marietti, Torino, pp. 160-178.
- Buchholz J.L., Abramowitz J.S., Riemann B.C., Riemann L., Blakey S.M., Leonard R.C., Thompson K.A. 2019. *Scrupulosity, religious affiliation and symptom presentation in obsessive-compulsive disorder*, “Behavioural and Cognitive Psychotherapy”, 47, pp. 478-492.  
<https://doi.org/10.1017/s1352465818000711>
- Didonna F. 2009. *Mindfulness and Obsessive-Compulsive Disorder: Developing a Way to Trust and Validate One's Internal Experience*, in F. Didonna (ed.), *Clinical Handbook of Mindfulness*, Springer, New York, NY.  
[https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6\\_12](https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6_12)
- Escrivá J. 2000, *Cammino*, Oscar Mondadori, Milano.
- Fergus T.A. 2014. *Mental contamination and scrupulosity: Evidence of unique asso-*

- ciations among Catholics and Protestants*, “Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders”, 3(3), pp. 236-242.  
<https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.05.004>
- Freud S. 1907. *Azioni ossessive e pratiche religiose*, in Id., *Opere*, vol. V, Bollati Boringhieri, Torino, pp. 341-349.
- Ghaleb Y., Al-Kubaisy T., Othman N. 2022. *Waswās (obsessive intrusive thoughts) among Muslims: Conceptual and clinical considerations*, “Journal of Muslim Mental Health”, 16(1), pp. 19-34.
- Greenberg D., Huppert J.D. 2010. *Scrupulosity: A unique subtype of obsessive-compulsive disorder*, “Current Psychiatry Reports”, 12(4), pp. 282-289.  
<https://doi.org/10.1007/s11920-010-0127-5>
- Greenberg D., Shefler G. 2008. *Ultra-Orthodox rabbinic responses to religious obsessive-compulsive disorder*, “Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences”, 45(3), pp. 183-192.
- Greenberg D., Witztum E. 2001. *Obsessive compulsive disorder in ultra-orthodox Jewish patients: A comparison of religious and non-religious symptoms*, “Comprehensive Psychiatry”, 42(2), pp. 99-108.
- Guardini R. 1953. *La fede e il pensiero moderno*, Morcelliana, Brescia.
- Ignazio di Loyola. 1998. *Esercizi spirituali*, San Paolo, Milano.
- 2008. *Il racconto del pellegrino*, Città Nuova, Roma.
- İnözü M., Clark D.A., Karanci A.N. 2012. *Scrupulosity in Islam: A comparison of highly religious Turkish and Canadian samples*, “Behavior Therapy”, 43(1), pp. 190-202.  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.06.002>
- Jaspers K. 1964. *Psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Kahya Y., İnözü M., Clark D.A. 2023. *Thematic Content Analysis of Repugnant Intrusions in Highly Religious Canadian and Turkish Samples*, “Journal of Religion and Health”, 63(4), pp. 2821-2846.  
<https://doi.org/10.1007/s10943-023-01747-1>
- Kang L.L., Rowatt W.C., Fergus T.A. 2016. *Moral foundations and obsessive-compulsive symptoms: A preliminary examination*, “Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders”, 11, pp. 22-30.
- Kirmayer L.J. 2012. *Cultural competence and evidence-based practice in mental health: Epistemic communities and the politics of pluralism*, “Social Science & Medicine”, 75(2), pp. 249-256.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.018>
- Kumar E., Sharma A., Bansal P.D. et al. 2021. *The Role of Religiosity and Guilt in Symptomatology and Outcome of Obsessive-Compulsive Disorder*, “Psychopharmacology Bulletin”, 51(3), pp. 38-49.
- McIngvale E., Rufino K., Ehlers M., Hart J. 2017. *An In-Depth Look at the Scrupulosity Dimension of Obsessive-Compulsive Disorder*, “Journal of Spirituality in Mental Health”, 19(4), pp. 295-305.  
<https://doi.org/10.1080/19349637.2017.1288075>
- Miller C.H., Hedges D.W. (2008), *Scrupulosity disorder: An overview and introductory analysis*, “Journal of Anxiety Disorders”, 22(6), pp. 1042-1058.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.11.004>

- Nelson E.A., Abramowitz J.S., Whiteside S.P., Deacon B.J. 2006. *Scrupulosity in patients with obsessive-compulsive disorder: Relationship to clinical and cognitive phenomena*, "Journal of Anxiety Disorders", 20(8), pp. 1071-1086.
- Okasha A., Saad A., Khalil A.H., El Dawla A.S., Yehia N. 1994. *Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: A transcultural study*, *Comprehensive Psychiatry*, 35(3), pp. 191-197.  
[https://doi.org/10.1016/0010-440X\(94\)90191-0](https://doi.org/10.1016/0010-440X(94)90191-0)
- Rachman S. (1993), *Obsession, responsibility and guilt*, "Behaviour Research and Therapy", 31(2), pp. 149-154.  
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(93\)90066-4](https://doi.org/10.1016/0005-7967(93)90066-4).
- 1997. *A cognitive theory of obsessions*, *ibi*, 35(9), pp. 793-802.  
[https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)00040-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)00040-5).
- 2003. *The Treatment of Obsessions*, Oxford University Press.
- Raguram R., Venkateswaran A., Ramakrishna J., Weiss M.G. 1996. *Traditional community resources for mental health: A report of temple healing from India*, "BMJ", 313(7071), pp. 1319-1320.
- Raguram R., Weiss M.G., Channabasavanna S.M., Devins G.M. 1996. *Stigma, depression and somatization in South India*, "American Journal of Psychiatry", 153(8), pp. 1043-1049.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.153.8.1043>.
- Rizzuto A.M. 1994. *La nascita del Dio vivente. Studio psicoanalitico*, Borla, Roma.
- Salkovskis P.M. 1985. *Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis*, "Behaviour Research and Therapy", 23(5), pp. 571-583.  
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(85\)90105-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90105-6).
- Saxena S., Rauch S.L. 2000. *Functional neuroimaging and the neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder*, "Psychiatric Clinics of North America", 23(3), pp. 563-586.  
[https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(05\)70181-7](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70181-7).
- Shafran R., Thordarson M.A., Rachman S. 1996. *Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder*, "Journal of Anxiety Disorders", 10(5), pp. 379-391.
- Sica C., Novara C., Sanavio E. 2002. *Religiousness and obsessive-compulsive cognitions and symptoms in an Italian population*, "Behaviour Research and Therapy", 40(7), pp. 813-823.  
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00120-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00120-6)
- Siev J., Baer L., Minichiello W.E. 2011, *Obsessive-compulsive disorder with religious obsessions: Clinical characteristics and implications for treatment*, "Journal of Anxiety Disorders", 25(8), pp. 923-931.
- Steketee G., Eisen J., Dyck I., Warshaw M., Rasmussen S. 1999. *Predictors of course in obsessive compulsive disorder*, "Psychiatry Research", 89(3), pp. 229-238.  
[https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(99\)00104-3](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(99)00104-3)
- Wells A. 1997. *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*, Wiley, London.