



Diagnosi e Terapie

Disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo è un disturbo d'ansia in cui la mente è invasa da pensieri persistenti e incontrollabili, o in cui la persona è spinta irresistibilmente a compiere certe azioni; ne conseguono un disagio psicologico notevole ed una pericolosa riduzione delle capacità di funzionamento dell'individuo che presenta questo disturbo, soprattutto nelle relazioni interpersonali e nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana.

Dati recenti indicano che il DOC è assai più comune di quanto si ritenesse in passato, si stima infatti che ne soffra circa il 2-3% della popolazione, con una maggiore frequenza di comparsa nelle donne rispetto agli uomini.

Come il nome stesso lascia intendere, il DOC è quindi caratterizzato da *ossessioni* e *compulsioni*; almeno l'80% dei pazienti con il disturbo ossessivo-compulsivo ha sia ossessioni che compulsioni, meno del 20% ha solo ossessioni o solo compulsioni.

Le *ossessioni* sono pensieri, immagini o impulsi che si presentano in maniera eccessiva, assillante e spiacevole e risultano fuori dal controllo della persona che le sperimenta. Vengono per questo definite egodistoniche, in quanto vissute come disturbanti ed intrusive e, almeno quando le persone non sono assediate dall'ansia, percepite come infondate ed insensate. Le ossessioni sono accompagnate da emozioni sgradevoli, come paura, disgusto e dubbio. Clinicamente, le ossessioni più frequenti riguardano le paure di contaminazione che esprimono qualche impulso sessuale o aggressivo, oppure le paure ipocondriache di qualche disfunzione fisica. Le ossessioni possono presentarsi anche come una forma estrema di dubbio, indecisione e tendenza a rimandare all'infinito.

Le *compulsioni* sono comportamenti ripetuti ed irrefrenabili (lavarsi le mani, riordinare, controllare), come anche azioni mentali (contare, pregare, ripetere formule mentalmente) definiti spesso rituali o cerimoniali che vengono messi in atto dalla persona per ridurre il senso di disagio e di ansia provocati dai pensieri e dagli impulsi tipici delle ossessioni oppure a prevenire e scongiurare il verificarsi di una situazione temuta o di una catastrofe. La loro finalità è quella di eludere in qualche modo il pesante senso di disagio che si avverte e di contenere la propria ansia, anche se il rapporto tra questi comportamenti compulsivi e ciò che mirano a prevenire non è assolutamente realistico; è come se la persona cercasse nel rituale un compromesso, una sorta di relazione magica di potere con il suo mondo interno ed esterno. In generale, tutte le compulsioni che riguardano la pulizia, il lavaggio, il controllo, l'ordine, il conteggio, il collezionare ritrasformano in rigide regole di comportamento e sono bizzarre ed eccessive.

Il DSM-IV-TR individua una serie di criteri che consentono al clinico di diagnosticare un Disturbo Ossessivo-Compulsivo:

A. Ossessioni o compulsioni.

Ossessioni come definite da 1), 2), 3) e 4):

1) pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti, vissuti, in qualche momento nel corso del disturbo, come intrusivi o inappropriati, e che causano ansia o disagio marcati

2) i pensieri, gli impulsi, o le immagini non sono semplicemente eccessive preoccupazioni per i problemi della vita reale

3) la persona tenta di ignorare o di sopprimere tali pensieri, impulsi o immagini, o di neutralizzarli con altri pensieri o azioni

4) la persona riconosce che i pensieri, gli impulsi, o le immagini ossessivi sono un prodotto della propria mente (e non imposti dall'esterno come nell'inserzione del pensiero).

Compulsioni come definite da 1) e 2):

1) comportamenti ripetitivi (per es., lavarsi le mani, riordinare, controllare), o azioni mentali (per es., pregare, contare, ripetere parole mentalmente) che la persona si sente obbligata a mettere in atto in risposta ad un'ossessione, o secondo regole che devono essere applicate rigidamente

2) i comportamenti o le azioni mentali sono volti a prevenire o ridurre il disagio, o a prevenire alcuni eventi o situazioni temuti; comunque questi comportamenti o azioni mentali non sono collegati in modo realistico con ciò che sono designati a neutralizzare o a prevenire, oppure sono chiaramente eccessivi.

B. In qualche momento nel corso del disturbo la persona ha riconosciuto che le ossessioni o le compulsioni sono eccessive o irragionevoli. Nota Questo non si applica ai bambini.

C. Le ossessioni o compulsioni causano disagio marcato, fanno consumare tempo (più di 1 ora al giorno), o interferiscono significativamente con le normali abitudini della persona, con il funzionamento lavorativo (o scolastico), o con le attività o relazioni sociali usuali.

D. Se è presente un altro disturbo di Asse I, il contenuto delle ossessioni o delle compulsioni non è limitato ad esso (per es., preoccupazione per il cibo in presenza di un Disturbo dell'Alimentazione; tirarsi i capelli in presenza di Tricotillomania; preoccupazione per il proprio aspetto nel Disturbo da Dismorfismo Corporeo; preoccupazione riguardante le sostanze nei Disturbi da Uso di Sostanze; preoccupazione di avere una grave malattia in presenza di Ipocondria; preoccupazione riguardante desideri o fantasie sessuali in presenza di una Parafilia; o ruminazioni di colpa in presenza di un Disturbo Depressivo Maggiore).

E. Il disturbo non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., una droga di abuso, un farmaco) o di una condizione medica generale.

Il clinico può utilizzare la specificazione "con scarso insight" qualora, per la maggior parte del tempo, durante l'episodio attuale, la persona non riconosce che le ossessioni e compulsioni sono eccessive ed irragionevoli.

Un individuo con Disturbo Ossessivo-Compulsivo appare ritentivo e rigido, pervicace e manifesta una logica di accumulo (per es., collezioni) e una marcata aggressività verso se stesso e verso gli altri che interferisce nelle relazioni sociali. Generalmente il soggetto mostra un'eccessiva parsimonia che rasenta la tirchieria e la rigida ostinazione e la sua logica di accumulo gli impedisce di gettare via oggetti inutili

e privi di valore affettivo. Tende al perfezionismo e quindi risulta molto esigente verso se stesso e verso gli altri nell'esecuzione di un compito, per cui non tende a delegare ad altri, a meno che non lo svolgano seguendo direttamente le sue indicazioni. Pensa inoltre di essere disapprovato per i suoi vissuti sessuali, aggressivi o di dipendenza. Queste caratteristiche di personalità spesso portano a confondere il DOC con il Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità, il quale risulta essere sicuramente più grave sia per la precocità dell'esordio che per la mancanza di senso di disagio avvertita dall'individuo rispetto ai suoi rituali e al suo modo di essere. Nel DOC, invece, è spesso presente la consapevolezza dell'irrazionalità dei propri sintomi e questo gli consente di chiedere un aiuto che possa redimerlo dalla sua sintomatologia, mentre nel DOCP, la persona è frequentemente condotta in terapia da altri (familiari, partners e colleghi di lavoro) che non sono più in grado di sostenere il suo comportamento.

Dall'insorgenza del disturbo alla ricerca di un aiuto passano in media 15 anni a differenza di quanto avviene per altri disturbi di ansia, per esempio per il disturbo di panico.

Il DOC esordisce di solito nell'adolescenza e nella prima età adulta, ma non è infrequente l'esordio tra i 10 ed i 15 anni. Il decorso della malattia è nella maggior parte dei casi cronico, con un'accentuazione dei sintomi in relazione ad eventi stressanti (post-partum nella donna, cambiamenti di lavoro, situazioni conflittuali ecc.).

Il trattamento per il DOC prevede una terapia farmacologica condotta in combinazione ad un trattamento psicoterapeutico di tipo cognitivo-comportamentale o psicodinamico a seconda della preferenze del paziente e della gravità del disturbo.

La terapia farmacologica del DOC è caratterizzata storicamente dall'impiego dell'antidepressivo tricyclico Clomipramina, mentre di recente si è largamente diffuso l'impiego degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI); entrambi queste sostanze si sono rilevate efficace nel trattamento del DOC. Nella psicoterapia cognitivo-comportamentale vengono utilizzate varie tecniche mirate ad esporre il soggetto all'ansia che si sviluppa quando il rituale non viene effettuato. Il trattamento delle compulsioni è molto più efficace rispetto a quello delle ossessioni in quanto è più facile creare delle situazioni "risposta-prevenzione" in cui i pazienti vengono esposti all'ansia che si manifesta quando non cedono alle compulsioni. La psicoterapia cognitiva ha come obiettivo terapeutico la modificazione di alcuni processi di pensiero automatici e disfunzionali alla base del DOC. Mentre un approccio di tipo psicodinamico al Disturbo ossessivo-compulsivo prevede la gestione, la soddisfazione e la canalizzazione della pulsionalità prorompente inaccettata che scatena la maggior parte della sintomatologia di questo disturbo d'ansia.



Dott.ssa
Federici Mariachiara
Psicologa

Via G. Reni
04019 Terracina (LT)