

IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO

La *personalità* può essere descritta come una configurazione caratteristica di una persona di modalità di risposta comportamentale nella vita ordinaria, una totalità di solito stabile e prevedibile.

Quando questa totalità sembra differire dalla normalità in modo da eccedere la gamma di variazioni che si osserva nella maggior parte delle persone e quando i tratti di personalità sono rigidi e maladattativi e causano una compromissione funzionale e un disagio soggettivo si può diagnosticare un *disturbo della personalità*.

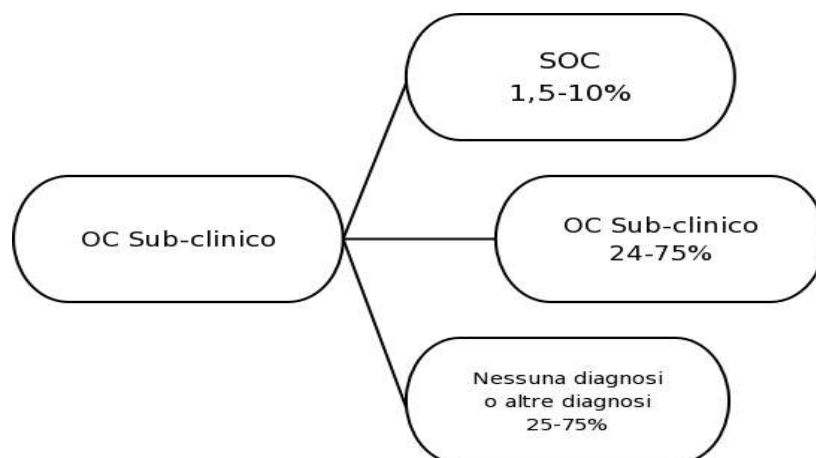
Nel disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) predominano il perfezionismo, l'ordine e l'inflessibilità; il DOC ha un impatto negativo sul funzionamento sociale e lavorativo e sulla qualità di vita del paziente, ha gravi implicazioni per il contesto familiare, e comporta costi sociali e sanitari rilevanti.

Le *ossessioni* sono idee, pensieri, impulsi o immagini ricorrenti o persistenti, vissuti, in qualche momento nel corso del disturbo, come intrusivi o inappropriati, e che causano ansia o disagio marcati.

Le *compulsioni* sono comportamenti ripetitivi o azioni mentali che la persona si sente obbligata a mettere in atto in risposta ad un'ossessione, o secondo certe regole che devono essere applicate rigidamente.

Epidemiologia ed eziologia:

- prevalenza 1-3%
- M=F, ma nei casi di esordio in età adolescenziale il rapporto M/F è 3:1
- probabile trasmissione familiare
- ha esordio in età giovanile, più frequentemente nell'adolescenza o nella prima età adulta (10-25 anni)
- esordio in età infantile: 15%
- esordio dopo i 40 anni: 5%
- spesso i pz provengono da un ambiente familiare caratterizzato da dura disciplina
- gli studi epidemiologici indicano la presenza di un'elevata percentuale di soggetti che, pur presentando tipici sintomi ossessivo-compulsivi, non soddisfano i criteri diagnostici per il DOC relativi alla gravità (resistenza, durata, frequenza, disagio soggettivo) o all'interferenza con il funzionamento sociale e lavorativo; quindi:



La personalità premorbosa dei pazienti ossessivo-compulsivi è stata variamente definita: personalità anacastica, personalità psicastenica e carattere anale. La definizione più frequentemente riportata è quella di Freud del *carattere anale*: ordine, parsimonia ed

ostinazione.

Ritardo nel trattamento dei pz:

- esordio dei sintomi ossessivo-compulsivi: 14-45 anni
- richiesta di aiuto specialistico: 24 anni
- diagnosi corretta: 30 anni
- trattamento corretto 31,5 anni

Fattori che possono spiegare la ridotta prevalenza del DOC nella popolazione psichiatrica:

1. La ridotta consapevolezza dell'assurdità dei pensieri ossessivi o dei comportamenti compulsivi, o la tendenza a mantenere "nascosti" tali comportamenti, ritenendoli esperienze assurde o incomprensibili agli altri.
2. La riluttanza a rivolgersi allo specialista se non quando la sofferenza è grave ed il disturbo invalidante.
3. Le difficoltà di familiari, educatori, amici a "riconoscere" questi comportamenti, confondendoli con i "rituali" frequenti in alcune fasi dello sviluppo, o considerandoli espressione di tratti caratteriali.
4. La tendenza a rivolgersi al medico di base o ad altri specialisti (dermatologi, chirurghi plastici, internisti), allegando una serie di problemi correlati alla sintomatologia OC.
5. Il mancato riconoscimento dei sintomi OC da parte degli psichiatri.
6. La frequente coesistenza di altre condizioni psichiatriche (ansia, depressione), che possono rendere difficile la diagnosi.

Motivazioni della richiesta di intervento:

1. da parte del PAZIENTE:

- lamentele generiche di perdita di efficienza mentale
- ansia marcata, insonnia, depressione del tono dell'umore
- preoccupazioni a contenuto ipocondriaco sia di natura somatica sia di natura psichica
- preoccupazioni dimorfofobiche sulla propria identità e ruolo sessuale
- disturbi somatici e/o lesioni fisiche di natura incerta

2. da parte dei FAMILIARI:

- progressivo deterioramento del rendimento scolastico
- conflittualità nell'ambiente familiare
- cambiamenti nello stile di vita precedente
- abuso di ansiolitici o alcolici

Principali interferenze sul funzionamento psicosociale:

- ridotta autostima
- ridotti obiettivi
- difficoltà nella relazione coniugale
- difficoltà nelle relazioni familiari
- difficoltà nelle relazioni sociali
- difficoltà scolastiche
- abuso di alcolici
- tentativi di suicidio

Impatto sulla famiglia:

- coinvolgimento nei sintomi OC
- interferenza nella vita sociale e relazionale
- problemi psicologici (ansia, depressione, disagio)
- interferenze nelle scelte di vita
- problemi di salute fisica

- difficoltà lavorative
- difficoltà economiche

Criteri diagnostici:

Per fare diagnosi di DOC, il DSM-IV richiede la presenza di ossessioni e/o compulsioni che:

- determinano marcato disagio
- provocano notevole perdita di tempo
- interferiscono significativamente con le normali abitudini della persona, con il normale funzionamento lavorativo, con le attività o le relazioni sociali abituali

E la presenza di quattro o più dei seguenti punti:

- attenzione per i dettagli, le regole, gli elenchi, l'ordine, l'organizzazione o gli schemi, al punto che va perduto lo scopo principale dell'attività
- mostra un perfezionismo che interferisce con il completamento dei compiti
- eccessiva dedizione al lavoro e alla produttività fino all'esclusione delle attività di svago e delle amicizie
- esageratamente coscienzioso, scrupoloso ed inflessibile in tema di moralità, etica o valori
- incapace di gettare via oggetti consumati o di nessun valore anche quando non hanno alcun significato affettivo
- è riluttante a delegare compiti o lavorare con altri, a meno che non si sottomettano esattamente al suo modo di fare le cose
- adotta una modalità di spesa improntata all'avarizia, sia per sé che per gli altri; il denaro è visto come qualcosa da accumulare in vista di catastrofi future
- manifesta rigidità e testardaggine

Clinica:

Nel 91% dei casi le ossessioni e le compulsioni sono associate, mentre si presentano ossessioni isolate nel 8,5% e compulsioni isolate nello 0,5% dei pz.

Tipiche associazioni tra ossessioni e compulsioni:

OSSESSIONI	COMPULSIONI
O. di contaminazione	C. di lavaggio e pulizia
O. aggressive, sessuali, religiose, somatiche	C. di controllo
O. con necessità di simmetria e ordine	C. a mettere ordine, c. di calcolo
O. di accumulo e/o raccolta	C. di accumulo e/o raccolta

L'esordio del DOC è generalmente graduale ed insidioso. Durante gli anni di malattia il quadro sintomatologico tende ad "allargarsi": nuovi sintomi si aggiungono o si sovrappongono a quelli precedenti, superandoli per gravità o per intensità.

1. ESORDIO NELL'INFANZIA:

- preponderanza di soggetti maschili (M/F=2/1)
- familiarità per un DOC o per un disturbo a tipo tic (25%)
- sintomi ossessivo-compulsivi più atipici
- rituali non accompagnati da ossessioni ("rituali puri")
- elevato riscontro di segni neurologici
- prognosi sfavorevole

2. ESORDIO TARDIVO:

- preponderanza di soggetti femminili
- maggiore frequenza di "ossessioni pure"
- decorso frequentemente episodico
- risposta positivi agli IRS (= Inibitori del Reuptake della Serotonina)
- prognosi favorevole

Sintomatologia e caratteristiche:

- comportamenti di evitamento
- esagerato senso di responsabilità (“se non agisco quando prevedo un guaio, divento colpevole come se lo avessi causato intenzionalmente”)
- pensiero magico (pensare a qualcosa di brutto rende più probabile che ciò accada)
- sovrastima del pericolo (“se qualcosa di brutto deve succedere, è più probabile che capiti a me e non agli altri”)
- intolleranza all'incertezza (“posso essere assolutamente certo delle cose che faccio solo se le controllo molte volte”)
- perfezionismo
- l'eccessiva dedizione al lavoro con esclusione delle attività di svago e delle amicizie
- l'eccessiva attenzione per i dettagli e l'organizzazione
- l'indecisione
- l'insistenza irragionevole affinché gli altri si sottomettano incondizionatamente al proprio volere
- la mancanza di generosità

Decorso:

1. CRONICO: con fluttuazioni più o meno accentuate della sintomatologia (~75%)
2. CRONICO INGRAVESCENTE: 6-14%
3. EPISODICO: con periodi di remissione completa della sintomatologia (10-15%)

Fino all'80% dei pz con DOC presenta sintomi depressivi; la depressione che insorge nel contesto di un DOC tende a configurarsi come un quadro di demoralizzazione secondaria, conseguente alla continua frustrazione dei tentativi di controllo della sintomatologia ossessivo-compulsiva e/o della compromissione delle capacità lavorative e delle relazioni sociali e affettive indotta dagli stessi sintomi.

Valutazione clinica:

Principali difficoltà:

- riluttanza a descrivere il contenuto delle ossessioni e la tipologia delle compulsioni, ritenute dal soggetto inaccettabili, ripugnanti e socialmente imbarazzanti
- timore di essere vittime di incomprensione o di ridicolo per la stranezza o la bizzarria dei sintomi
- preoccupazione per le implicazioni della sintomatologia OC (segni di una malattia grave, rischio di ospedalizzazione, conseguenze legali...)
- atteggiamenti ostili o di rifiuto per la scarsa motivazione del pz
- tendenza a concentrarsi su aspetti secondari del disturbo (ansia, depressione, difficoltà familiari o coniugali...)

Approccio al pz:

- essere comprensivi, umili ed affidabili
- offrire un ascolto attento e partecipato, non valutativo
- costruire un clima di fiducia
- evitare segnali (anche metaverbali) di sorpresa o ilarità sui resoconti del pz
- evitare spiegazioni o interpretazioni eccessive e dettagliate sul significato dei sintomi

Approccio ai familiari:

- utilizzare i familiari come fonte di notizie
- valutarne il coinvolgimento nella sintomatologia OC
- fornire informazioni sulle principali caratteristiche del disturbo e sul programma terapeutico
- coinvolgere i familiari nella corretta gestione del caso

Diagnosi differenziale e aree di sovrapposizione con altri disturbi:

- sindrome depressiva maggiore
- sindrome d'ansia
- schizofrenia
- ipocondria
- disturbo da stress post-traumatico
- disturbi fobici
- disturbi di dismorfismo corporeo
- disturbi da tic
- disturbi del comportamento alimentare

Terapia:

Fattori che influenzano la scelta del trattamento iniziale:

- età
- gravità della sintomatologia
- comorbidità con condizioni mediche o psichiatriche
- precedenti esperienze terapeutiche
- aspettative, motivazioni ed orientamento del pz
- disponibilità e costi del trattamento

1. Farmacologica:

- gli IRS o SSRI (clorimizaprina, fluoxetina, fluvoxamina, sertralina) sono i farmaci di scelta
- sono previste terapie a lungo termine per consolidare i benefici ottenuti e prevenire le recidive
- principali effetti collaterali degli IRS: riduzione del desiderio sessuale, secchezza delle fauci, nausea, diarrea, stipsi, anoressia, vomito, aumento di peso, cefalea, ansia, agitazione, irrequietezza, insonnia,

2. Psicoterapia:

- **COMPORTAMENTALE** (terapia d'elezione): deve tendere ad interrompere la sequenza ossessione-ansia-compulsione, dissociando l'idea ossessiva dall'ansia con tecniche di esposizione e/o bloccando il rinforzo negativo costituito dal rituale
- **COGNITIVA**: deve tendere ad individuare e ristrutturare il sistema di convinzioni e regole decisionali che inducono il pz ossessivo a valutare cognitivamente determinate situazioni come fonte di minaccia per l'integrità dell'immagine di sé

3. Integrata:

- **VANTAGGI**: risoluzione più rapida con più rapida sospensione del trattamento farmacologico, riduzione del rischio di recidive
- **SVANTAGGI**: difficoltà pratiche (scarsa disponibilità di operatori adeguatamente formati), costi elevati

Pasquale Scognamiglio pasquale@bruttocarattere.org © 2005

Questo file e' distribuito con una licenza *Attribuzione - Non Commerciale - Condividi allo stesso modo 2.0 Italia* Creative Commons.

Una nota riassuntiva della licenza e' reperibile su <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/it/>

Una copia integrale della licenza e' reperibile su <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/it/legalcode>