

## **IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO**

Prof. Francesco Catapano  
Dipartimento di Psichiatria

### **Giorgia, ricercatrice in biologia, 44 anni**

- Lavoro da dieci anni con Mario, un collega specializzato in batteriologia. Mario mi ha confessato, sei mesi fa, che la madre è ammalata di cancro. Si è intrattenuto con me, per sfogarsi; però più mi parlava della madre, più mi sentivo disgustata e preoccupata.
- Nei giorni successivi, non sopportavo l'idea di toccarlo, né di trovarmi ad un metro da lui.
- Mi ossessionava il timore che mi avrebbe trasmesso la malattia della madre: eppure lo so che il cancro non si prende per contagio.

- **Malgrado ciò, facevo il possibile per non incontrarlo e lui non riusciva a capire perché lo tenessi a distanza.**
- **Un giorno è passato da casa e mi ha lasciato una lettera. Sono stata assalita dal terrore che la lettera avesse contaminato la mia casella e, peggio ancora, di avere contaminato io stessa il mio appartamento leggendola in casa.**
- **Poi ho incominciato a pensare che tutte le lettere che mi arrivavano potessero trasmettermi il cancro, perché passate attraverso la casella contaminata. Allora ho cominciato a ritirare la posta solo con i guanti”.**

Salvatore è un disoccupato di 35 anni, vive con i genitori. Alla prima visita si presenta molto trasandato, con la barba incolta, e visibilmente sofferente.

“Da alcune settimane non riesco più a dormire a casa. Sono tormentato dal pensiero di poter introdurre in casa dei microbi, che danneggerebbero i miei familiari. Dormo in macchina, poco distante da casa. Lei capirà con questo freddo!

Al mattino, quando i miei familiari vanno al lavoro e sono sicuro di non incontrarli, rientro in casa e posso mangiare e lavarmi. Prima di fare questo, devo però utilizzare guanti e mascherina, disinfettare tutto quello che tocco con uno spray.

Questa paura dei microbi è una costante della mia vita. Ci sono stati periodi in cui ho dovuto studiare “sistemi di protezione” sempre più complessi. Pensi che qualche tempo fa, ho scoperto l'utilità dei rotoloni di carta per la cucina. Di sera, dopo essermi lavato per ore, e prima di mettermi a letto, mi avvolgevo nella carta come una mummia. Il sistema però non funzionava bene, perché spesso al mattino la carta la ritrovavo a pezzi, e l'“effetto protettivo” saltava. Ho scoperto allora le virtù del cellophan, certo più resistente, ma infinitamente più pericoloso. Pensi che pur lasciando accuratamente il viso libero per poter respirare, più volte ho rischiato di soffocare.”

### NICOLA, 43 anni

- Nicola, assicuratore, si lavava le mani almeno cinquanta volte al giorno (ma in certi periodi anche più di cento). La sua pelle era così intrisa di sapone che gli bastava bagnarsi con un po' d'acqua per trovarsele piene di schiuma.
- Nicola sapeva che non erano sporche, così come era perfettamente consapevole che ciò che toccava non poteva essere tutto contaminato.
- Ma non riusciva a levarsi dalla testa la sensazione che le mani fossero sporche, perciò si lavava e si rilavava, in preda ad un'ansia costante: "Me le sono pulite davvero o no? E le ho strofinate bene?"
- A un certo punto la pelle gli si era così arrossata, che tra le dita si erano formate delle piaghe. Bastava che ci cadesse sopra una goccia d'acqua ed il dolore diventava insopportabile (DERMATOLOGO)
- Eppure Nicola continuava a lavarsi. Non poteva smettere. Era il suo terribile segreto, che cercava di tenere nascosto con stratagemmi degni di un agente segreto.

### ALCUNI ESEMPI DI OSSESSIONI "NORMALI"

- **Impellente necessità di verificare di aver chiuso a chiave l'auto parcheggiata pochi minuti prima**
- **Esigenza di controllare di non aver lasciato acceso l'elettrodomestico in cucina**
- **Timore di poter contrarre una malattia usando un bagno pubblico o toccando delle banconote**
- **Impulso improvviso a rubare qualcosa o a danneggiare qualcosa**
- **Paura di poter far male ad una persona cara**

**“Non mi sono mai più liberato da un’ossessione dell’ordine che ancora angustia i miei familiari: bastano un pezzo di carta fuori posto, un giornale non piegato, una tazza sporca per attentare alla mia serenità, se non alla mia lucidità di mente. Come un ispettore del KGB, o un Frankstein, ancora oggi setaccio la casa ogni qualche ora ... precipitando in fondo a un cassetto ogni lettera o foglietto aperto che qualcuno abbia posato per un momento sul tavolo, ... sciacquando e posando capovolta in lavastoviglie quella tazza di caffè che una delle mie vittime ha lasciato un momento sul tavolo in attesa che il caffè si raffreddi, sgomberando impietosamente da ogni superficie visibile chiavi, occhiali, biglietti, medicine: tutto casca nelle fauci del mostro che divora e annienta, purché ci sia un briciolo d’ordine in questa casa sottosopra.”**

**Amos Oz, Una storia di amore e di tenebra, Feltrinelli**

### **IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO CRITERI DIAGNOSTICI (DSM-IV)**

**Il DSM-IV richiede la presenza di ossessioni e/o compulsioni che:**

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

## IDEE OSSESSIVE

### Idee che:

- **insorgono con un senso di obbligatorietà, vincolo, pressione**
- **sono ricorrenti e persistenti**
- **non sono eliminabili con la volontà ed il ragionamento**
- **sono riconosciute dall'individuo come proprie, ma considerate inaccettabili e rifiutate perché vissute come estranee (egodistoniche) determinano sentimenti di fastidio, ansia o disagio marcato**
- **il soggetto tenta di ignorare o di sopprimere o di neutralizzare con altri pensieri o azioni**

## OSSESSIONI AGGRESSIVE

- **Impulso a compiere atti sgradevoli, immorali o illegali. Frequentemente l'impulso riguarda una persona cara o significativa, con conseguente amplificazione dei sensi di colpa. Talvolta c'è la paura o il dubbio di aver già compiuto l'atto.**
  - **Tali ossessioni non vengono mai agite (contrariamente a quanto accade nei pazienti con discontrollo degli impulsi, in cui peraltro l'impulso è egosintonico e vissuto con desiderio e ricerca del piacere).**
- ✓ Timore di fare male agli altri
  - ✓ Timore di fare male a se stessi
  - ✓ Immagini violente o terrificanti
  - ✓ Timore di lasciarsi sfuggire oscenità o insulti
  - ✓ Timore di fare qualcosa di imbarazzante
  - ✓ Timore di agire sotto altri impulsi (per es., derubare una banca, rubare in un negozio, imbrogliare il cassiere)
  - ✓ Timore di essere responsabile se le cose andranno male (per es., la ditta andrà in bancarotta a causa mia)
  - ✓ Timore che possa accadere qualcosa di terribile (per es., un incendio, furto con scasso, morte o malattia di parenti, amici ed una varietà di superstizioni)

• **Antonia, nonna pensionata, 72 anni**

**"Mia figlia mi affida mio nipote tutti i giovedì. Quando sono sola con lui nel parco o per strada, penso improvvisamente che potrei buttarlo nel laghetto o che potrei spingerlo sotto un autobus. Allora evito di restare sola con lui vicino al laghetto e, quando siamo sul marciapiede, lo tengo sempre dalla parte opposta della carreggiata."**

**OSSESSIONI DI CONTAMINAZIONE**

- Sono le ossessioni più frequenti.
  - I pazienti sono ossessionati dalla paura dello sporco, della contaminazione con sostanze infette o disgustose, dei germi, degli insetti o altri animali.
  - Talvolta il disagio è legato alla semplice sensazione di sentirsi sporco.
  - In altri casi il timore è quello che la contaminazione possa provocare una malattia o che il paziente possa divenire il vettore di qualche malattia.
- ✓ Preoccupazioni o disgusto verso escrementi o secrezioni corporee (ad es., urine, feci, saliva)
  - ✓ Preoccupazione per la sporcizia o i germi
  - ✓ Preoccupazione eccessiva per le contaminazioni ambientali (per es., amianto, radiazione, rifiuti tossici)
  - ✓ Preoccupazione eccessiva per le cose di casa (per es., detersivi, solventi, animali domestici)
  - ✓ Preoccupazione di ammalarsi
  - ✓ Preoccupazione di contagiare altre persone

- **Anna, coniugata, anni 35**

**“Ogni giorno quando mio marito rientra dal lavoro, lo costringo a svestirsi completamente nell’ingresso per paura che i suoi vestiti possano essere contaminati. Nonostante questo, il pensiero dei germi continua a tormentarmi e sono costretta a lavare e rilevare qualsiasi cosa mio marito abbia toccato”.**

#### **OSSESSIONI SESSUALI**

- Pensieri, immagini o impulsi proibiti o perversi
- Contenuti sessuali che riguardano bambini o l’incesto
- Contenuti sessuali che riguardano l’omosessualità
- Pensieri ossessivi di comportamenti sessuali violenti

- **OSSESSIONI RELIGIOSE**

- Preoccupazione di sacrilegio o di blasfemia
- Eccessiva preoccupazione sui problemi di moralità o di giusto/sbagliato

**Mario, sposato, 37 anni, due figli**

**"Mi trovo alla posta, in fila. Altri uomini sono accanto a me e mi viene all'improvviso l'idea che potrei fare loro delle avance, bacciarli sulla bocca o toccargli i genitali. Mentalmente sono costretto a ripetermi mille volte: "non voglio". Tutto ciò non è sufficiente devo uscire immediatamente dall'ufficio postale. Questo pensiero mi terrorizza, perché io non sono così!"**

**Alda, 75 anni, nonna, pensionata**

**"Non vado più in chiesa da mesi. Mentre dicevo le mie preghiere, nella mia mente è comparsa l'immagine di un uomo nudo visto qualche tempo fa sui cartelloni pubblicitari. Nei giorni successivi, avevo paura di dire ad alta voce, durante le funzioni religiose, parole scurrili o bestemmie. Ora questo mi succede anche quando sono in casa".**



**Gaspare, anni 32 impiegato modello, coniugato**

**Quando torno a casa e prendo in braccio la mia bambina, mi viene in mente che potrei avere dei contatti sessuali con lei e infilarle le dita nelle mutandine. Mi vedo mentre lo sto facendo, è qualcosa di insopportabile. In passato ho avuto timore di poterla picchiare o di mostrarle i miei genitali. Cosa penso! Non posso sopportare tutto questo! La respingo, evito di rimanere solo con lei. Mi sento disperato e non posso parlarne con nessuno. Sono disgustato di me stesso e non le nego che qualche volta ho pensato di farla finita.**

✓ **OSSESSIONI DI ACCUMULO/RACCOLTA**

Necessità di conservare ed accumulare (e talvolta perfino a raccogliere per strada) oggetti insignificanti e inservibili (riviste e giornali vecchi, pacchetti di sigarette vuoti, bottiglie vuote, asciugamani di carta usati, confezioni di alimenti), per la enorme difficoltà che hanno a gettarli.

✓ **OSSESSIONI CON NECESSITA' DI SIMMETRIA, ESATTEZZA, O ORDINE**

Chi ne soffre non tollera assolutamente che gli oggetti siano posti in modo anche minimamente disordinato o asimmetrico, perché ciò gli procura una sgradevole sensazione di mancanza di armonia e di logicità.

Talvolta, la necessità di simmetria o di ordine si accompagnano a pensiero magico, per cui l'azione deve essere compiuta esattamente in quel modo per evitare il verificarsi di sciagure o danni alle persone care.

**Giovanni ha 54 anni, lavora come addetto di segreteria in una scuola superiore.**

"Sono continuamente tormentato dalla necessità di controllare tutto prima di lasciare la scuola: finestre, porte, luci, fotocopiatrici. Per questi miei controlli resto a scuola alcune ore dopo la fine del mio orario di servizio. Quando ho completato tutto, mi sento più tranquillo e posso ritornare a casa. Tuttavia, spesso a casa devo mentalmente ripetere tutte le operazioni che ho effettuato. Qualche volta sono costretto a ritornare sul "luogo del delitto".

Ma il problema più grave si verifica di sera. A letto spesso improvvisamente, prima di addormentarmi, mi assale il pensiero di qualcosa che ho letto per caso nel fare le fotocopie: quasi sempre il nome di un personaggio famoso (scrittore, poeta, artista). Mi assale un'angoscia fortissima che non posso calmare se non quando ho ricordato il nome. Per fortuna mia moglie, con grande pazienza, mi aiuta elencandomi possibili soluzioni. Spesso questa "ricerca" dura diverse ore."

#### **OSSESSIONI DI TIPO SOMATICO**

- Preoccupazione di malattia
- Eccessive preoccupazioni centrate su parti del proprio corpo o sul proprio aspetto

#### **OSSESSIONI A VARIO CONTENUTO**

- Necessità di conoscere o ricordare
- Timore di dire certe cose
- Timore di non dire le cose esattamente
- Immagini intrusive (neutre)
- Suoni, parole o musica intrusive e senza senso
- Numeri fortunati o sfortunati
- Colori con significati particolari

- **Giovanni, studente in giurisprudenza, anni 22**

**"Non riesco più a studiare. Sono continuamente tormentato dal dubbio di non aver letto un determinato paragrafo. Anche dopo averlo letto più volte, non riesco ad andare avanti, perché improvvisamente il dubbio mi assale di nuovo".**

### **CARATTERISTICHE FORMALI DELLE OSSESSIONI**

- **Contenuti di coscienza caratterizzati da:**
  - **iteratività (persistenza e ricorrenza)**
  - **intrusività**
  - **incoercibilità**
  - **resistenza**
  - **coscienza di malattia (insight)**

### **Caratteristiche essenziali delle ossessioni**

- L'intensità di un'ossessione è essenzialmente riferita alla sua incoercibilità e incontrollabilità, oltre che al suo livello di estraneità e di egodistonia.
- Il livello di interferenza con lo svolgimento delle attività psichiche dipende sia dalla durata che dall'intensità dell'ossessione.
- La resistenza fa riferimento alla capacità del paziente di lottare contro l'idea intrusiva. Essa può presentare notevoli variazioni in rapporto all'entità dell'interferenza, alla durata di malattia, all'efficacia dei meccanismi di controllo compulsivi, alla presenza di un'eventuale comorbidità.
- L'insight è la capacità del paziente di riconoscere il contenuto delle proprie ossessioni come irragionevoli e prive di senso. L'insight può variare notevolmente nel corso della malattia, in relazione a particolari situazioni ambientali o alla presenza di comorbidità.

### **Preoccupazioni ossessive in altre sindromi psichiatriche**

- Preoccupazione per il cibo in presenza di un Disturbo dell'Alimentazione
- 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
- Ruminazioni di colpa in presenza di Disturbo Depressivo Maggiore

## LE COMPULSIONI

- ✓ **Le compulsioni sono comportamenti ripetitivi (per es., lavarsi le mani, riordinare, controllare) o azioni mentali (pregare, contare, ripetere parole mentalmente) che la persona si sente obbligata a mettere in atto in risposta ad un'ossessione, o secondo certe regole che devono essere applicate rigidamente.**
- ✓ **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 connessi in modo realistico con ciò che sono designati a neutralizzare o a prevenire, oppure sono chiaramente eccessivi.**
- ✓ **In alcuni casi gli individui mettono in atto azioni rigide e stereotipate, secondo regole elaborate senza riuscire a spiegare perché lo stanno facendo.**

### T. A., studente di anni 23

**Entrare in bagno, con il piede sinistro  
Chiudere la porta con la mano destra  
Aprire il rubinetto dell'acqua calda con la mano sinistra  
Attendere che l'acqua sia bollente  
Insaponare prima la mano sinistra e risciacquarla per almeno tredici volte  
Insaponare la mano destra e risciacquarla per almeno tredici volte  
Prendere l'asciugamano per l'angolo inferiore sinistro, con la mano destra  
Asciugare prima la mano sinistra, poi quella destra  
Prendere con il pollice e l'indice della mano sinistra un fazzoletto di carta  
Aprire la porta con il fazzoletto, evitando di toccare la maniglia con la mano**

### **COMPULSIONI DI TIPO PULIRE/ LAVARE**

- ✓ Lavaggi delle mani eccessivi o ritualizzati
- ✓ Fare la doccia, il bagno, lavarsi i denti, pulirsi in misura eccessiva o ritualizzata
- ✓ Coinvolgere nelle pulizie elementi della casa o altri oggetti inanimati
- ✓ Altri accorgimenti per rimuovere contatti con oggetti contaminati
- ✓ Altre misure per rimuovere i contaminanti

### **COMPULSIONI DI CALCOLO**

### **COMPULSIONI DI CONTROLLO**

- ✓ Controllare le porte, le serrature, il riscaldamento, gli accessori, il freno a mano dell'auto, ecc.
- ✓ Verificare di non aver fatto o di stare per fare male agli altri
- ✓ Verificare di non aver fatto o di stare per fare male a se stessi
- ✓ Controllare che non stia per accedere niente di terribile
- ✓ Controllare la presenza di contaminanti

### **RITUALI RIPETITIVI**

- ✓ Uscire/entrare da una porta, alzarsi e sedersi, ecc.

### **COMPULSIONI A METTERE ORDINE/ORGANIZZARE**

### **COMPULSIONI DI ACCUMULO/RACCOLTA**

#### **COMPULSIONI VARIE**

- ✓ **Rituali mentali (diversi dal verificare, contare)**
- ✓ **Bisogno di parlare, chiedere o confessare**
- ✓ **Bisogno di toccare**
- ✓ **Misure per prevenire:**      **danni a se stesso**  
   **danni ad altri**  
   **terribili conseguenze**

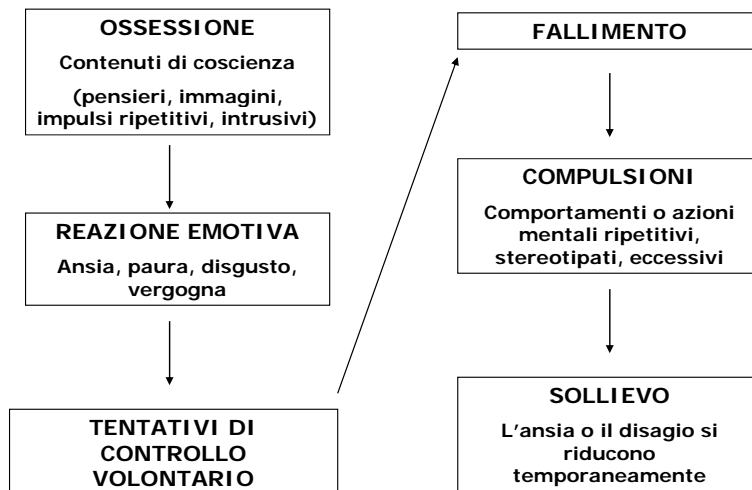
#### **Pietro, anni 33, impiegato, coniugato con un figlio**

**“Se incrocio un carro funebre, un’ambulanza, l’insegna di un ospedale o di una farmacia ho timore che possa accadere qualcosa di brutto a mia moglie o a mio figlio. Spesso questa paura mi prende anche indipendentemente da questo incontro. Più cerco di scacciare questo pensiero, più questo si impone alla mia mente, e mi sento angosciato. Allora devo toccare qualsiasi oggetto di ferro che trovo sul mio percorso e ripetermi mentalmente “tutto è OK!”, almeno cinque volte. Devo anche avvicinarmi agli alberi che incontro e toccarli in pochi attimi per tre volte o per un multiplo di tre. Se mi capita di toccare con la punta delle scarpe la linea di giuntura della pavimentazione stradale, devo tornare indietro e cambiare strada.”**

**Maria, cameriera, 35 anni**

**“Devo conservare tutto: anche oggetti di nessun valore che i clienti lasciano nelle stanze. Ho il timore che nella spazzatura ci possa essere qualcosa di importante. Ciò mi spinge a rovistare nei cestini delle camere e a conservare quello che trovo. So che potrei contrarre un’infezione o pungermi con un ago infetto. Per qualche tempo riesco a trattenermi, ma poi inesorabilmente ricomincio”.**

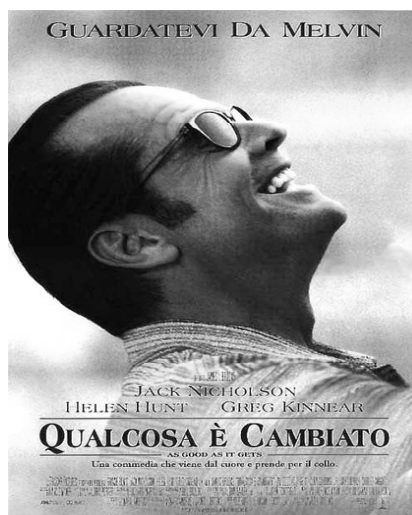
### La relazione tra le ossessioni e le compulsioni

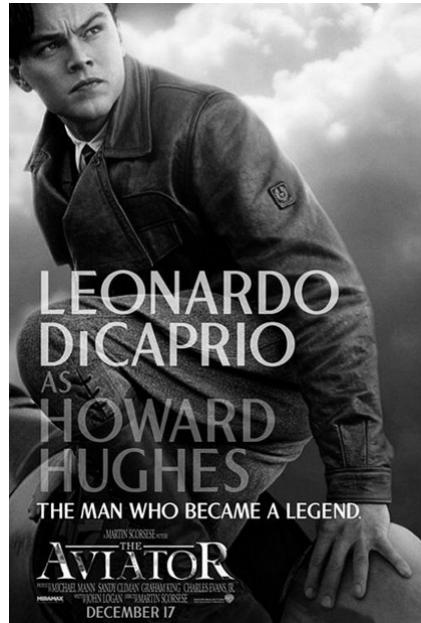




**IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO  
ASPETTI EPIDEMIOLOGICI**

**La prevalenza *lifetime* del DOC  
nella popolazione generale è valutata essere  
compresa tra l'1 e il 3%.**





## IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO ASPETTI EPIDEMIOLOGICI

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 (**quadri sub-clinici**).

## **IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO ASPETTI EPIDEMIOLOGICI**

- ✓ Il DOC ha esordio in età giovanile, più frequentemente nella adolescenza o nella prima età adulta (10-25 anni).
- ✓ Nel 15 % dei casi l'esordio del DOC avviene in età infantile.
- ✓ Nel 5% dei casi il DOC si manifesta in un'età superiore ai 40 anni.

## **IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO ASPETTI EPIDEMIOLOGICI**

- Il DOC ha eguale distribuzione tra i due sessi.
- Nei casi ad esordio in età adolescenziale, il rapporto M/F risulta essere di 3:1.
- Il DOC può avere una componente familiare: il 10-30% dei familiari di primo grado di pazienti ossessivi presenta un DOC conclamato.

## IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO ASPETTI EPIDEMIOLOGICI

- ✓ L'esordio del DOC è generalmente graduale ed insidioso.
- ✓ Il 30-70% dei pazienti con DOC riferisce che l'esordio del disturbo è avvenuto in conseguenza di evento psicosociale stressante (lutto, separazione, gravidanza, malattia somatica, problemi sessuali, ecc.). Il ruolo di questi eventi rimane tuttavia incerto.

## IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO ASPETTI EPIDEMIOLOGICI

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.

## IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO IMPATTO SULLA FAMIGLIA

	%
• Coinvolgimento nei sintomi OC	80
• Interferenza nella vita sociale e relazionale	74
• Problemi psicologici (ansia, depressione, disagio)	68
• Interferenza nelle scelte di vita	58
• Problemi di salute fisica	57
• Richieste di aiuto (informazioni, counseling)	57
• Difficoltà lavorative	31
• Difficoltà economiche	23

## IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO ASPETTI CLINICI

### Modalità di presentazione dei sintomi ossessivo-compulsivi

✓ Associazione di ossessioni e compulsioni	91%
✓ Prevalenti ossessioni	8.5%
✓ Prevalenti compulsioni	0.5%

## **IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO ASPETTI CLINICI**

Stabilità temporale dei sintomi ossessivo-compulsivi

- ✓ Il 70-85% dei pazienti ossessivi sperimenta modifiche nel pattern dei sintomi nel corso dell'evoluzione del disturbo.
- ✓ Le modificazioni sono particolarmente frequenti nell'infanzia e nell'adolescenza, e nelle prime fasi della malattia. Diventano sempre meno frequenti nell'età adulta.
- ✓ Progressivo "allargamento" del quadro sintomatologico: nuovi sintomi si aggiungono a quelli precedenti o si sovrappongono ad essi, superandoli per gravità o per intensità.

## **IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO DECORSO**

- ✓ **CRONICO**, con fluttuazioni più o meno accentuate della sintomatologia (~75%)
- ✓ **CRONICO INGRAVESCENTE** (6-14%)
- ✓ **EPISODICO**, con periodi di remissione completa della sintomatologia (10-15%)

## IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO IL PROBLEMA DELLA DEPRESSIONE

- ✓ Il 34-80% dei pazienti con DOC presenta sintomi depressivi.
- ✓ La comparsa della sintomatologia depressiva è più frequente dopo l'esordio del DOC.
- ✓ La depressione che insorge nel contesto di un DOC tende a configurarsi come un quadro di *demoralizzazione secondaria*, conseguenza della 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

## IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO IL PROBLEMA DELLA DEPRESSIONE

- ✓ La comparsa di una condizione depressiva può modificare alcune caratteristiche dei fenomeni ossessivi, in particolare la *"resistenza"* e la *"coscienza di malattia"*, che può determinare una maggiore *"invasività"* delle ossessioni, che possono perdere il carattere egodistonico.
- ✓ La presenza di una sintomatologia depressiva nell'ambito di un DOC ha importanti implicazioni terapeutiche (scelta del trattamento, interferenza con le terapie comportamentali).

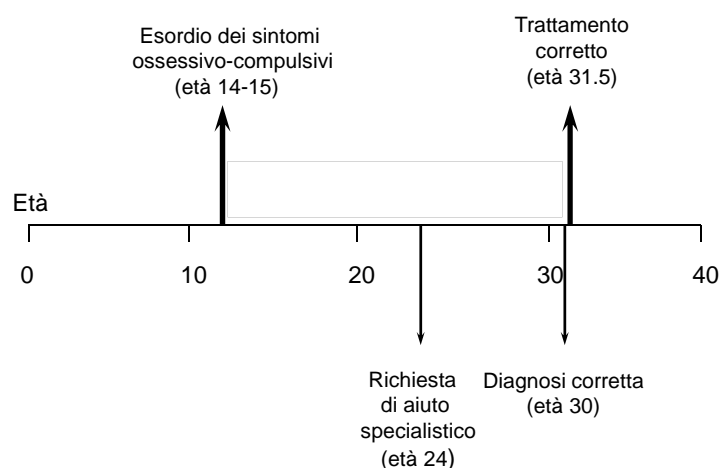
## LA PERSONALITA' PREMORBOSA

La personalità premorbosa dei pazienti ossessivi è stata variamente definita: personalità anancastica, carattere anale, personalità psicastenica.

Caratteristiche della personalità ossessiva sono:

- il 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 necessità di mantenere costantemente il controllo delle proprie emozioni (coartata espressione dell'affettività);
- l'eccessiva inflessibilità in tema di moralità, etica o valori;
- la mancanza di generosità.

## RITARDO NEL TRATTAMENTO DEI PAZIENTI OSSESSIVI





### FATTORI CHE POSSONO SPIEGARE IL RITARDO NELLA DIAGNOSI

1. La ridotta consapevolezza dell'assurdità dei pensieri ossessivi o dei comportamenti compulsivi.
2. La tendenza a mantenere "nascosti" tali comportamenti, ritenendoli esperienze assurde o incomprensibili dagli altri.
3. La riluttanza a rivolgersi allo specialista se non quando la sofferenza è grave ed il disturbo invalidante.
4. 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.

### FATTORI CHE POSSONO SPIEGARE IL RITARDO NELLA DIAGNOSI

5. 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.
6. Il mancato riconoscimento dei sintomi OC da parte degli psichiatri.
7. La frequente coesistenza di altre condizioni psichiatriche (ansia, depressione), che possono rendere difficile la diagnosi.

**IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO  
MOTIVAZIONI DELLA RICHIESTA DI INTERVENTO**

**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 dismorfofobiche o sulla propria identità e ruolo sessuale
- ✓ Disturbi somatici e/o lesioni fisiche di natura incerta

**IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO  
MOTIVAZIONI DELLA RICHIESTA DI INTERVENTO**

**FAMILIARI**

- Progressivo deterioramento del rendimento scolastico
- Conflittualità nell'ambiente familiare
- Cambiamenti nello stile di vita precedente
- Abuso di ansiolitici o alcolici

### IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO INIBITORI DEL REUPTAKE DELLA SEROTONINA

✓ CLORIMIPRAMINA	75-250	mg/die
✓ FLUOXETINA	20-80	mg/die
✓ FLUVOXAMINA	200-300	mg/die
✓ SERTRALINA	50-200	mg/die
✓ PAROXETINA	40-60	mg/die
✓ CITALOPRAM	20-60	mg/die

### EFFICACIA DEGLI IRS NEL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO

Gli studi sull'efficacia antiossessiva degli IRS hanno evidenziato che:

- ✓ il 40-60% dei pazienti ossessivi trattati con un IRS risponde al trattamento
- ✓ l'entità del miglioramento della sintomatologia OC risulta generalmente compresa tra il 30 ed il 60%;
- ✓ un'esigua minoranza (<15%) dei pazienti trattati con un IRS presenta una remissione completa della sintomatologia OC;
- ✓ il miglioramento della sintomatologia OC è indipendente dalla attività antidepressiva degli IRS;
- ✓ il miglioramento della sintomatologia OC si rende evidente dopo un periodo di latenza di 4-6 settimane, aumentando progressivamente fino a raggiungere un massimo intorno alla 10<sup>a</sup>-12<sup>a</sup> settimana di trattamento

## **TRATTAMENTO FARMACOLOGICO A LUNGO TERMINE DEL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO**

### **OBIETTIVI**

- ✓ Consolidamento dei benefici ottenuti nella fase iniziale
- ✓ Prevenzione delle ricadute

## **IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO EFFICACIA A LUNGO TERMINE DEGLI IRS**

- ✓ L'effetto anti-ossessivo degli IRS non diminuisce con il tempo.
- ✓ La tollerabilità degli IRS nel trattamento a lungo termine è buona
- ✓ Nei pazienti che rispondono agli IRS, il trattamento deve essere protratto per almeno 12-24 mesi.
- ✓ La frequenza delle ricadute in seguito alla sospensione del trattamento con un IRS risulta essere molto elevata, essendo compresa tra il 23 e il 100%.
- ✓ La frequenza delle ricadute è indipendente dalla durata del trattamento prima della sospensione e dal dosaggio del farmaco. Le ricadute si presentano anche dopo periodi molto prolungati di trattamento (1-4 anni).

### **IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO EFFICACIA A LUNGO TERMINE DEGLI IRS**

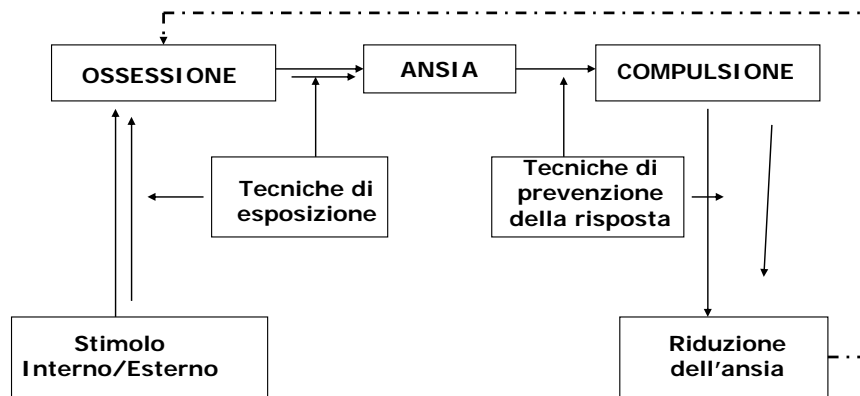
- ✓ Il peggioramento della sintomatologia OC si rende evidente nelle prime settimane di sospensione (4-8 settimane). In genere, il pronto ripristino del trattamento determina un rapido recupero dei livelli di miglioramento precedenti la fase di sospensione.
- ✓ Nella fase di mantenimento della terapia con un IRS una riduzione del 30-50% dei dosaggi del farmaco non determina un incremento significativo del rischio di riacutizzazioni della sintomatologia OC.

### **IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO INTERVENTI PSICOTERAPICI E PSICOLOGICI**

- ✓ Psicoterapia individuale ad orientamento analitico
- ✓ Psicoterapia individuale breve ad orientamento analitico
- ✓ Psicoterapia di gruppo ad orientamento analitico
- ✓ Psicoterapie individuali ad orientamento cognitivo
- ✓ Psicoterapie individuali ad orientamento comportamentale
- ✓ Psicoterapie di gruppo ad orientamento cognitivo-comportamentale
- ✓ Gruppi di auto-aiuto o di mutuo soccorso
- ✓ Interventi psicoeducativi sulla famiglia

## LE TECNICHE COMPORTAMENTALI

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



## IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO LE TECNICHE COMPORTAMENTALI

### TECNICHE DI ESPOSIZIONE

- ✓ Desensibilizzazione sistematica, in vivo o immaginativa
- ✓ Desensibilizzazione d'urto (flooding), in vivo o immaginativa
- ✓ Intenzione paradossa (paradoxical intention)
- ✓ Saturazione (satiation)

### TECNICHE DI BLOCCO

- ✓ Arresto del pensiero (thought stopping)
- ✓ Prevenzione della risposta (response prevention)
- ✓ Avversione (aversion relief)

## **IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO L'EFFICACIA DELLE TECNICHE COMPORTAMENTALI**

- Le tecniche di esposizione, se applicate da sole, determinano un miglioramento della sintomatologia OC nel 30-50% dei pazienti con DOC.
- L'efficacia è limitata soprattutto a pazienti con rituali di lavaggio e con esordio recente del disturbo.
- La frequenza di drop-out è del 15-30%.
- I miglioramenti della sintomatologia OC sono limitati.
- Le tecniche di blocco, se applicate da sole, hanno un'efficacia anti-ossessiva limitata: solo un terzo dei pazienti presenta un miglioramento significativo della sintomatologia OC.

## **IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO L'EFFICACIA DELLE TECNICHE COMPORTAMENTALI**

L'associazione di tecniche di esposizione e di prevenzione della risposta rappresenta il trattamento comportamentale di elezione nel DOC.

- Il 50-80% dei pazienti con DOC risponde favorevolmente;
- I miglioramenti ottenuti vengono mantenuti nel tempo (il 70-80% dei pazienti risulta essere "migliorato" o "molto migliorato", anche dopo periodi prolungati di follow-up);
- Il 20% dei pazienti interrompe precocemente il trattamento;
- Il 25% non accetta il trattamento.

## IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO LA PSICOTERAPIA COGNITIVA

### OBIETTIVI

- Individuazione e ristrutturazione del sistema di convinzioni e di regole decisionali che inducono il paziente ossessivo a valutare cognitivamente determinate situazioni come fonte di minaccia per l'integrità dell'immagine di sé:
  - ✓ esagerato senso di responsabilità
  - ✓ pensiero magico (fusione pensiero-azione)
  - ✓ sovrastima del pericolo
  - ✓ intolleranza all'incertezza
  - ✓ perfezionismo

### DURATA

- 1-2 incontri settimanali per 6-24 mesi

## IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO LA SCELTA DEL TRATTAMENTO INIZIALE

- ✓ Età
- ✓ Gravità della sintomatologia OC
- ✓ Caratteristiche del quadro clinico (predominanza di ossessioni o di compulsioni; gravità della sintomatologia depressiva e ansiosa; compromissione dell'insight)
- ✓ Comorbidità con condizioni mediche o psichiatriche
- ✓ Precedenti esperienze terapeutiche
- ✓ Aspettative, motivazione ed orientamento del paziente
- ✓ Disponibilità e costi del trattamento



## **IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO**

### **FORNIRE UN SUPPORTO PSICOEDUCATIVO AL PAZIENTE ED ALLA FAMIGLIA**

- Informazioni sulle caratteristiche dei sintomi, sull'evoluzione del disturbo, sulle possibili alternative terapeutiche, sull'efficacia degli interventi terapeutici disponibili
- Informazioni sulle procedure di trattamento relativamente ai tempi, al grado di impegno ed ai possibili disagi

### **FORMULARE UN PROGETTO TERAPEUTICO COMPRESIBILE E CONDIVISO DAL PAZIENTE E DAI FAMILIARI**

## **IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO**

### **SCELTA DEL SETTING TERAPEUTICO**

- ✓ Il trattamento è generalmente condotto a livello ambulatoriale, raramente richiede l'ospedalizzazione

### **MOTIVI PER IL RICOVERO**

- ✓ Valutazione diagnostica
- ✓ Presenza di una grave condizione depressiva
- ✓ Elevato rischio suicidarlo
- ✓ Compromissione dell'insight
- ✓ Contesto familiare scarsamente supportivo o francamente espulsivo
- ✓ Problemi legati al trattamento