

LA SINDROME OSSESSIVO-COMPULSIVA

Prof. Francesco Catapano
Dipartimento di Psichiatria

- 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”.

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.

“I GERMI SONO OVUNQUE!”

ANNA, 35 anni

- “Circa 10 anni fa la mia vita è cambiata, in modo radicale. Prima ero una donna normale, avevo le mie amicizie, i miei interessi, il mio lavoro. Ero sposata da circa 5 anni, avevo avuto appena il mio primo figlio.
- Improvvisamente una tegola grossa come un macigno mi cadde sulla testa. Seppi, non so come, che il mio vicino era morto di tetano contratto usando alcuni attrezzi da giardino, e allora pensai: “anch'io ho degli attrezzi da giardino che uso regolarmente, potrei contrarre la stessa malattia, potrei morire!”. Quest'idea mi tormentava, non riuscivo più a togliermela dalla testa, divenne una persecuzione, ci pensavo giorno e notte.
- Purtroppo ero solo all'inizio. Una mattina aprendo la finestra di una camera trovai un piccione morto sul davanzale: era stato il tetano ad ucciderlo, io lo sapevo, ne ero convinta. Decisi di chiudere ogni porta e ogni finestra di quella stanza, ma ogni accorgimento non bastò: i germi erano ovunque! Venivano trasportati dall'aria, potevano attaccarsi ai vestiti ed uccidermi se entravano in contatto con la pelle.

- Questi pensieri diventarono ben presto l'attività prevalente della mia giornata e la mia vita si trasformò in un incubo.
- Ovviamente tutto questo coinvolgeva anche la mia famiglia. Ogni volta che qualcuno rientrava in casa lo costringevo a farsi una doccia, cambiarsi da cima a fondo e una volta uscito dalla doccia rilavarsi e disinfettarsi mani e braccia per scongiurare la presenza di germi.
- Non uscivo più di casa se non in casi di estrema necessità: in questo caso mi coprivo tutto il corpo, mani e faccia per evitare che qualche virus entrasse in contatto con la mia pelle, e anche d'estate usavo delle grandi sciarpe, guanti e cappello: solo così mi sentivo sicura.
- Abbandonai il lavoro, persi le poche amicizie che ancora avevo e, così, entrai in depressione".

"IO DEVO CONTROLLARE TUTTO"

GIOVANNI, anni 32

- "Ho paura di tutto... Queste paure le ho fin da bambino, e riguardano la possibilità che qualcuno possa star male a causa mia, per una mia mancanza o per un mio errore.
- Per esempio, nel lavoro sono costretto a controllare molte volte un pezzo, perché temo di averlo saldato male, e ciò potrebbe risultare pericoloso per qualche altro operaio, o peggio causare la morte di decine di persone. Se saldo male un pezzo e questo viene montato su un ascensore, potrebbe verificarsi un cedimento, una rottura, e l'ascensore potrebbe cadere.
- Ultimamente sono stato anche rimproverato da un mio superiore perché sono lento nel lavoro e ciò causa dei ritardi per l'intera produzione, ma non ci posso fare niente, io devo controllare".

"ORDINE, ORDINE, E... ANCORA ORDINE"

MARIA, anni 28

- "Il disordine mi inquieta. Non che io stia male nel vero senso della parola, non questo no, è solo che, quando vedo che un oggetto non è al posto suo, ciò mi procura un certo fastidio. E' come se sentissi che qualcosa non va, che non c'è coerenza, armonia, logicità. E così, sono costretta a rimettere tutto in ordine. Se non lo faccio subito il fastidio si tramuta in ansia, in angoscia, così mi agito e non riesco più a fare nulla.
- A volte passo l'intera mattina a rimettere a posto, a riassetare e riporre ogni singolo oggetto. Quando mio marito invita degli ospiti succede il finimondo. Questi arrivano coi loro bambini, e si sa come sono i bambini, toccano tutto... non stanno mai fermi, spostano, cambiano di posto... un inferno. Poi quando finalmente se ne vanno io devo rimettere tutto come stava prima e così perdo delle ore".

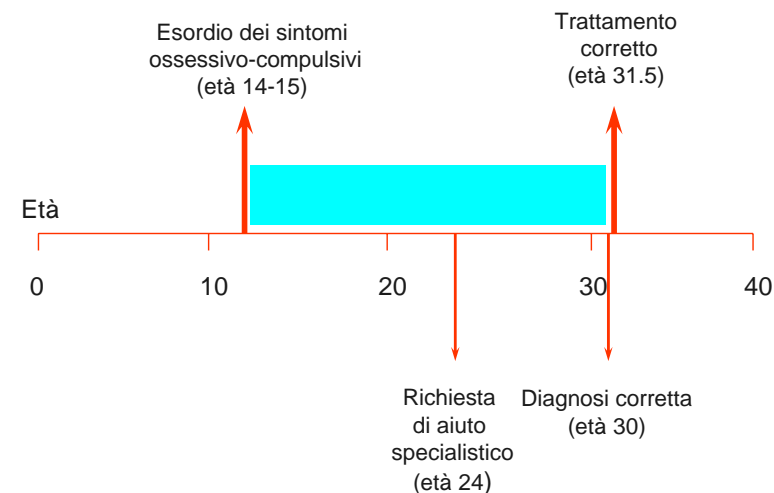
IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO ASPETTI EPIDEMIOLOGICI

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**).

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
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 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 le normali abitudini della persona, con il normale funzionamento lavorativo, con le attività o le relazioni sociali abituali.

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

- ✓ Le ossessioni sono idee, pensieri, impulsi o immagini, ricorrenti o persistenti, vissuti, in qualche momento nel corso del disturbo, come intrusivi e inappropriati, e che causano ansia o disagio marcati.
- ✓ Il soggetto tenta di ignorare o di sopprimere questi pensieri o impulsi, o di neutralizzarli con altri pensieri o azioni.
- ✓ Il soggetto riconosce che le ossessioni sono il prodotto della propria mente, e che non sono imposte dall'esterno (come nell'inserzione del pensiero).
- ✓ I pensieri, gli impulsi o le immagini non sono semplicemente eccessive preoccupazioni per i problemi della vita reale (ad esempio, preoccupazioni finanziarie, lavorative o scolastiche).

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

ALCUNI ESEMPI DI OSSESSIONI

- "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".
- "Quando sono vicina a mia figlia ho improvvisamente un impulso irrefrenabile a stringerle le mani al collo per soffocarla. Non posso fare altro che scappare in bagno e ripetermi all'infinito: non lo farò!".

ALCUNI ESEMPI DI OSSESSIONI

- "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".
- "Non vado più in chiesa da mesi. Mentre dicevo le mie preghiere, nella mia mente compariva l'immagine di un uomo nudo visto qualche tempo fa sui cartelloni pubblicitari. Ora questo mi succede anche quando sono in casa".

CARATTERISTICHE FORMALI DELLE OSSESSIONI

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

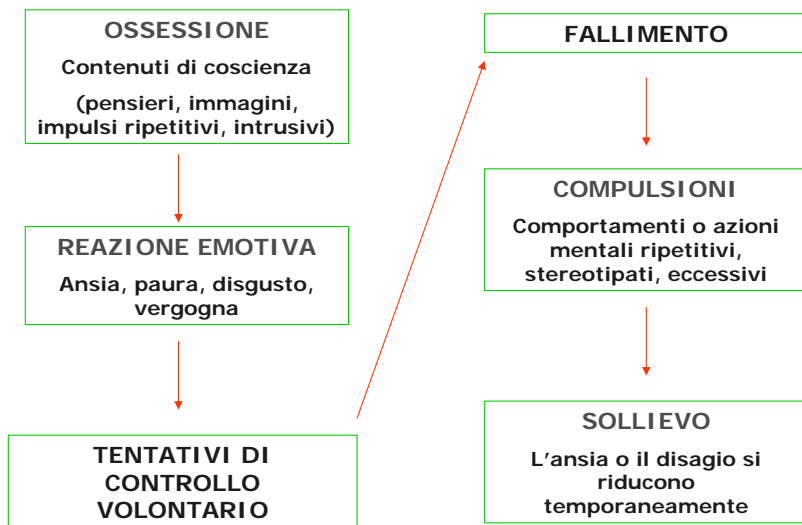
IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO CRITERI DIAGNOSTICI (DSM-IV)

- ✓ 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,

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

La relazione tra le ossessioni e le compulsioni



IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO TIPOLOGIA DEI SINTOMI OC

Osessioni	(%)	Compulsioni	(%)
Contaminazione	54.8	Lavaggio e pulizia	53.8
Varie	48.1	Varie	50
Simmetria e ordine	45.2	Ripetitive	34.6
Aggressive	31.7	Ordine/organizzare	26.9
Sessuali	14.4	Controllo	24
Religiose	8.6	Calcolo	15.4
Accumulo e raccolta	6.7	Accumulo/collezione	5.7
Somatiche	3.8		

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

Tipiche associazioni tra ossessioni e compulsioni

Osessioni	Compulsioni
O. di contaminazione	C. di lavaggio e di pulizia
O. aggressive, sessuali, religiose, somatiche	C. di controllo
O. con necessità di simmetria e di ordine	C. a mettere ordine/organizzare, c. di calcolo, rituali ripetitivi
O. di accumulo/ raccolta	C. di accumulo/raccolta

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 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 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.

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 può essere considerato responder;
- ✓ 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^a-12^a settimana di trattamento;
- ✓ la percentuale di drop-out dovuti ad effetti collaterali è compresa tra il 10 e il 15%.

PRINCIPALI EFFETTI COLLATERALI RIPORTATI NEGLI STUDI SULL'EFFICACIA ANTIOSSESSIVA DEGLI IRS

CLORIMIPRAMINA (a)	FLUOXETINA (b)	FLUVOXAMINA (c)	SERTRALINA (d)	PAROXETINA (e)
Disturbi della visione	Secchezza delle fauci	Astenia	Riduzione dell'appetito	Astenia
Stipsi	Nausea	Dispepsia	Anorgasmia	Riduzione dell'appetito
Ipersudorazione	Sonnolenza	Cefalea	Diarrea	Secchezza delle fauci
Secchezza delle fauci	Ansia ed eccitamento	Insomnia	Nausea	Insomnia
Insomnia	Disfunzioni sessuali	Nausea	Insomnia	Nausea
Disturbi della minzione		Nervosismo	Nausea	Disfunzioni sessuali
Nausea		Sonnolenza		Sonnolenza
Nervosismo		Disfunzioni sessuali		Tremori
Ipotensione posturale				
Riduzione del desiderio sessuale				
Sonnolenza				
Tremore				

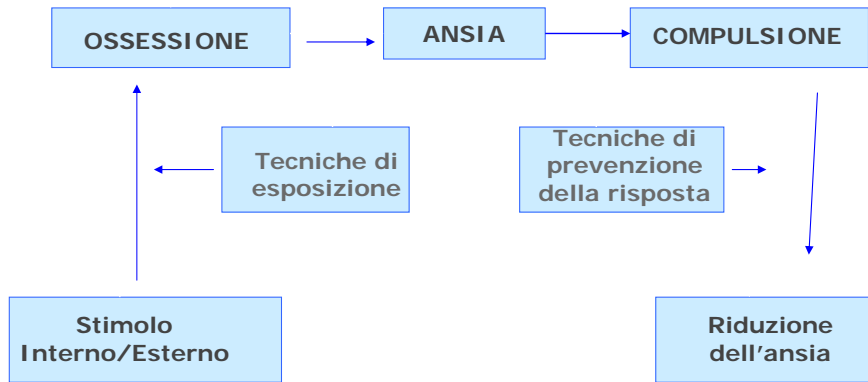
a Collaborative Clorimipramine Study Group, 1991; b Tollefson, 1994; c Greist, 1995; d Greist, 1995; e Wheadon, 1993

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)
- ✓ Comorbilità con condizioni mediche o psichiatriche
- ✓ Precedenti esperienze terapeutiche
- ✓ Aspettative, motivazione ed orientamento del paziente
- ✓ Disponibilità e costi del 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

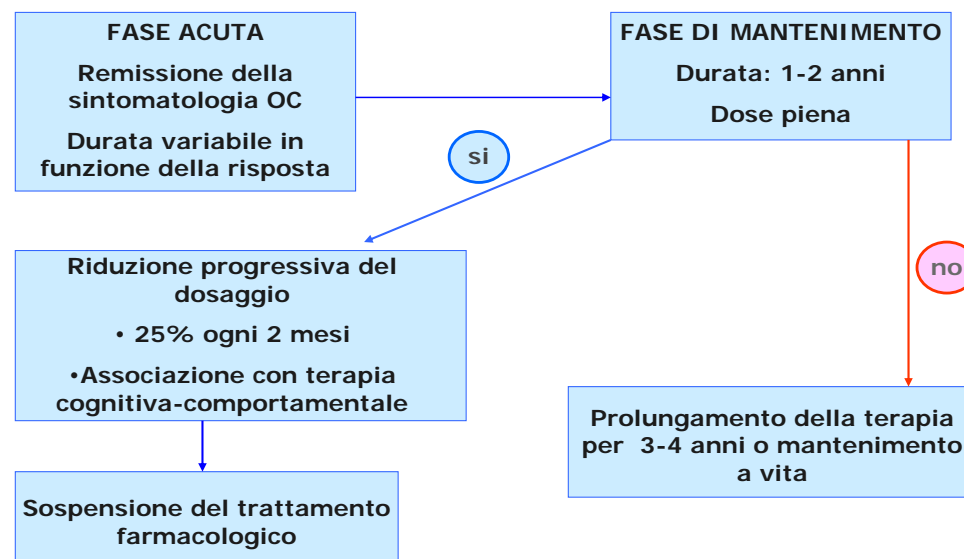
- ✓ L'effetto anti-ossessivo degli IRS non diminuisce con il tempo.
- ✓ La tollerabilità degli IRS nel trattamento a lungo termine è buona
- ✓ Nei pazienti che rispondono agli IRS, il trattamento deve essere protratto per almeno 12-24 mesi.
- ✓ La frequenza delle ricadute in seguito alla sospensione 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

STRATEGIE PER IL TRATTAMENTO A LUNGO TERMINE



IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO IL TRATTAMENTO INTEGRATO

VANTAGGI

- Controllo più rapido della sintomatologia
- Riduzione del rischio di ricadute e di cronicizzazione
- Possibilità di sospendere il trattamento farmacologico

LIMITI

- Scarsa disponibilità di operatori con adeguata formazione cognitivo-comportamentale e di preparazione specifica nel trattamento del DOC
- Ridotte informazioni sulla prassi ottimale per attuare un intervento combinato
 - sequenza dei tempi
 - terapeuta unico o terapeuti differenti
 - coerenza tra il rationale dei due tipi di intervento
 - difficoltà nella valutazione dei risultati
 - atteggiamento e motivazione del paziente nei confronti dei differenti trattamenti

COSTI ELEVATI

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

IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO

PROBLEMI LEGATI AL RICOVERO

- ✓ Difficoltà ad accettare il ricovero
- ✓ Peggioramento delle condizioni cliniche
- ✓ Richieste di dimissioni precoci
- ✓ Problemi di gestione
- ✓ Difficoltà con gli altri degenti