

Il disturbo ossessivo-compulsivo

Una palla al piede che rende schiavi della propria mente



Lavoro di maturità di:
Jano Lucchini 4N

Anno 2015/2016

Docente responsabile:
Prof. Giovanni Gandola

Indice

1. Abstract	5
2. Premessa	6
3. Introduzione	7
4. Cos'è il disturbo ossessivo-compulsivo	8
4.1 Sintomatologia	8
4.2 La Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale	8
4.3 Le ossessioni	9
4.4 Le compulsioni	10
4.5 Evitamento	11
4.6 Rassicurazione	12
4.7 Diagnosi	12
5. Categorie di disturbo ossessivo-compulsivo	14
5.1 Disturbo da contaminazione (lavaggio e pulizia)	14
5.2 Disturbo da controllo (verifica)	15
5.3 Disturbo da riordino (ordine e simmetria)	15
5.4 Disturbo da accumulo	16
5.5 Disturbo da superstizione eccessiva	16
5.6 Ossessioni pure	17
5.7 Compulsioni mentali (non manifeste)	17
5.8 Compulsioni di ripetizione	18
5.9 Compulsioni a contare	18
6. Esordio e decorso	19
6.1 Esordio	19
7. Cause del disturbo ossessivo-compulsivo	21
7.1 Ipotesi comportamentiste	21
7.2 Ipotesi cognitive	23
8. Concezione di Freud	25
8.1 Sigmund Freud	25
8.2 La nevrosi ossessiva	25
8.3 Ereditarietà del DOC	28
9. Psicoterapia cognitivo-comportamentale	30
9.1 Cos'è e come funziona	30

9.2	La psicoterapia comportamentale	31
9.3	La psicoterapia cognitiva	32
9.4	Caratteristiche della PCC	32
9.5	Efficacia	33
10.	Il trattamento farmacologico	35
10.1	Gli inizi della terapia farmacologica	35
10.2	L'inibizione della ricaptazione della serotonina	35
10.3	Aspetti negativi	35
10.4	Terapie alternative	36
10.5	Trattamento combinato	37
11.	Conclusioni	38
12.	Bibliografia e sitografia	39
12.1	Bibliografia	39
12.2	Sitografia	39
12.3	Sitografia delle immagini	39

1. Abstract

Il lavoro di maturità che ho sviluppato vuole essere una ricerca approfondita sul tema del disturbo ossessivo-compulsivo. Questo disturbo colpisce il 2-3% della popolazione ed è caratterizzato dalla presenza di ossessioni e compulsioni, le quali sono innumerevoli e di svariato tipo. Non si conoscono cause scientificamente provate del disturbo, ma nel testo vengono riportate le ipotesi sia neurobiologiche che psicologiche formulate negli anni, tra cui l'iniziale teoria della nevrosi ossessiva sviluppata da Sigmund Freud. Benché non esiste una cura che dia la certezza di guarire completamente, nel mio lavoro verranno illustrati diversi trattamenti, sia medico-farmacologici che psicoterapeutici, i quali permettono nella maggioranza dei casi grandi miglioramenti o, a volte, la totale scomparsa dei sintomi.

2. Premessa

Nel mio lavoro di maturità ho scelto di approfondire il tema del disturbo ossessivo-compulsivo poiché nutro un grande interesse verso la psicologia e la medicina. Ho trovato il giusto compromesso, la giusta combinazione, in questa patologia psichiatrica, in cui le due scienze si uniscono, sia per quanto riguarda la ricerca delle cause, sia per i trattamenti di cura.

Affrontato in maniera sintetica rispetto all'enorme mole di informazioni disponibili sul tema durante il corso OC di psicologia, il disturbo ossessivo-compulsivo mi ha da subito affascinato, in particolare l'incertezza legata alle sue origini, alle cause che ne comportano l'apparizione, le quali da decenni e ancor oggi sono oggetto di varie ipotesi formulate da grandi studiosi, primo fra tutti Sigmund Freud.

Motivato a proseguire gli studi nell'ambito della psicologia e attratto da sfide come la ricerca delle esatte cause e il perfezionamento della sua cura, ho quindi deciso di studiare e analizzare con maggior profondità i vari aspetti già conosciuti e le diverse ipotesi finora formulate sul disturbo ossessivo-compulsivo.

3. Introduzione

“Quando sono fuori di casa, sono continuamente assalita dalla preoccupazione di potermi contagiare: nel bus, sulla scala mobile di un grande magazzino, al bar, in una toilette pubblica. Perciò preferisco rimanere a casa. E se devo uscire, utilizzo un fazzoletto disinfettante per premere il pulsante d’arresto del bus. Quando poi arrivo a casa, mi devo lavare le mani da 20 a 30 volte, poi mi devo cambiare, indossando dei vestiti che metto solo in casa, e devo fare una doccia prolungata, che riesco a interrompere solo quando ho l’impressione di essere finalmente “pulita”. Se non la faccio, mi viene in mente di poter diffondere la contaminazione in ogni angolo della casa. Non riuscirei a perdonarmi se dovessi nuocere ai miei figli. So che le mie paure sono esagerate, ma quando arriva l’ossessione non mi posso più fermare. Mi piacerebbe poter tornare a dare la mano alle persone che incontro, ad invitare a casa i miei amici ed i compagni dei miei bambini.” ^[1] - Maria, impiegata d’ufficio, madre di due figli

Questa è la testimonianza di Maria, la quale soffre di disturbo ossessivo-compulsivo, una patologia psichiatrica poco conosciuta, che però è tutt’altro che rara.

Questo disturbo è caratterizzato da pensieri ossessivi che spesso, come nel caso di Maria, sono assurdi ed insensati. Nonostante le persone che ne soffrono se ne rendano conto, è impossibile per loro reprimere questi pensieri indesiderati, e ciò gli causa un grande malessere.

Come Maria, molte altre persone affette da disturbo ossessivo-compulsivo temono di danneggiare chi gli sta attorno. Per questo motivo, essi tendono a condurre una vita solitaria, isolandosi a volte fino al punto di aver paura al pensiero di lasciare le mura domestiche. A contribuire al loro isolamento vi è la vergogna che essi provano nei confronti della loro malattia, per cui spesso tendono a tenerla nascosta agli altri.

Questa vergogna è anche dovuta alla limitata conoscenza che al giorno d’oggi la gente ha riguardo al disturbo ossessivo-compulsivo. Molta gente è infatti convinta che questo disturbo sia raro ed incurabile, e questo fatto ha inoltre come conseguenza che diverse persone affette dal disturbo tendono a rivolgersi solo tardivamente ad uno specialista, evitando così una terapia funzionale per diversi anni.

Tutt’oggi non si hanno ancora certezze sul perché alcune persone arrivano a soffrire di disturbo ossessivo-compulsivo, vi sono però diverse ipotesi che ne spiegano la comparsa, e la ricerca di queste è stato uno degli obiettivi del mio lavoro di maturità. Inoltre mi sono domandato quanto realmente fosse diffuso il disturbo, come lo vive una persona che ne è affetta. Ho pure voluto informarmi su quali strumenti di cura esistono, e quanto efficaci sono.

Come detto, ho svolto questo lavoro di maturità per aumentare la mia conoscenza personale riguardo al disturbo ossessivo-compulsivo, ma anche per poter diffondere quanto imparato, al fine di contribuire all’eliminazione di certi “miti” non veritieri che circolano a proposito di questa patologia.

1. *La malattia nascosta*, di M. Rufer, C. Poppe, C. Constantin Brenni e S. Walitza. Opuscolo informativo della “Società svizzera per i disturbi ossessivi-compulsivi”, febbraio 2015.

4. Cos'è il disturbo ossessivo-compulsivo

Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) è un disturbo d'ansia caratterizzato dalla presenza di ossessioni e compulsioni.

4.1 Sintomatologia

Il disturbo ossessivo-compulsivo è caratterizzato da sintomi specifici, che vanno individuati al più presto, poiché una giusta e tempestiva diagnosi permette un percorso di cura migliore. Per intraprendere un programma di trattamento ottimale bisogna infatti stabilire degli obiettivi, il che rende necessario conoscere correttamente la qualità e la quantità dei sintomi.

I sintomi principali del disturbo sono come detto le ossessioni e le compulsioni: almeno l'80% delle persone affette da DOC hanno sia pensieri ossessivi che comportamenti compulsivi, mentre una minor percentuale sperimenta solamente pensieri ossessivi poiché utilizza metodi alternativi per ridurre il livello di ansia, e viceversa alcuni tipi di compulsioni (per esempio le compulsioni a contare) sono basati su ossessioni non definite o sconosciute.^[2]

Altri fenomeni caratteristici del disturbo ossessivo-compulsivo sono l'evitamento e la richiesta di rassicurazione.

4.2 La Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

I sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo vengono da sempre misurati e quantificati tramite diversi strumenti, ma dal 1989 l'introduzione della Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) modificò la procedura di diagnosi del DOC, in quanto ancora oggi costituisce lo strumento principale utilizzato per misurare i sintomi del disturbo.^[2]

La Y-BOCS fu inventata da W. Goodman, S. Rasmussen e colleghi appunto nel 1989, e tre anni dopo venne modificata da John Greist e colleghi, per adattarla alla somministrazione computerizzata. Oltre a queste due versioni, utilizzabili quasi unicamente da un professionista, ve ne è un'altra ideata da Lee Baer nel 1991 la quale è ideale per l'auto-somministrazione, cioè è pensata per persone che intraprendono un percorso di auto-aiuto tentando di guarire autonomamente dal disturbo.^[2]

La Y-BOCS è focalizzata sulla gravità dei sintomi, piuttosto che sulla loro tipologia o frequenza, e questo la rende particolarmente adatta per fornire misure sul loro cambiamento, ad esempio se vi sono miglioramenti o peggioramenti in seguito a trattamenti psicoterapeutici o farmacologici.^[6]

4.3 Le ossessioni

Un'ossessione è, secondo definizione, un fenomeno patologico che si manifesta con la presenza, persistente o periodica, di una rappresentazione mentale, un impulso, un affetto, che la volontà non riesce ad eliminare, e che risulta accompagnata da un sentimento sgradevole di ansia, paragonabile a quello di una minaccia imminente.^[1]

Le ossessioni sono quindi pensieri, immagini o impulsi che affiorano continuamente alla mente di una persona in modo intrusivo, fastidioso, e contro la sua volontà. Come detto, le ossessioni causano emozioni e sensazioni sgradevoli che possono essere ansia, disgusto o un generico disagio, e qualunque sforzo attuato per contrastarle o combatterle presenta rari risultati, solo momentanei. Le ossessioni preoccupano molto la persona, la quale ha la sensazione di esserne preda, e di non potersi difendere. Quando non è assalita dall'ansia, la maggior parte delle persone riconosce le proprie ossessioni come eccessive ed insensate, gli appaiono estranee e possono giudicarle addirittura orribili e ripugnanti, poiché esse non riflettono le vere convinzioni del soggetto, ma nonostante ciò non gli è possibile reprimerle o ignorarle. Le ossessioni incidono negativamente sulla qualità di vita della persona, in quanto possono limitare la sua capacità di concentrazione, la disturbano nella sua quotidianità e riducono notevolmente la sua autostima.^{[2][3][4]}



Fig.1 Le ossessioni sono pensieri intrusivi, fastidiosi, indesiderati, che causano emozioni e sensazioni sgradevoli.

La differenza tra le ossessioni, che sono un fenomeno patologico, e le preoccupazioni, che seppure esagerate sono normali, consiste nel fatto che queste ultime sono associate a eventi negativi, legati a situazioni di vita quotidiana, che è ragionevole temere che si verifichino. Esse, contrariamente alle compulsioni, non appaiono eccessive e prive di una base razionale, ma si riferiscono a rischi reali o verosimili, che tutti riconoscono come tali. Le ossessioni sono tali solamente se creano un consistente disagio nella persona e se interferiscono con la qualità della sua vita quotidiana, aspetto non presente nelle preoccupazioni normali.^[2]

Il contenuto delle ossessioni comprende una vasta gamma di possibilità: nel 45% dei casi si tratta di un'ossessione da contaminazione, nel 42% di dubbio patologico, nel 36% è somatica¹, nel 31% è un necessità di simmetria, nel 28% un impulso aggressivo, nel 26% un impulso sessuale, mentre nel 13% altri tipi di ossessione. Nel 60% dei pazienti, si riscontrano più di un'ossessione.^[5]

Il contenuto delle ossessioni verrà approfondito più a fondo nel capitolo successivo.

¹ Che si riferisce al corpo umano

4.4 Le compulsioni

Una compulsione è per definizione un impulso irresistibile, una costrizione, l'essere spinto da necessità a fare qualche cosa.^[1]

Nel disturbo ossessivo-compulsivo, le compulsioni, definite anche rituali (sequenze di azioni) o cerimoniali, sono comportamenti ripetitivi oppure azioni mentali, che il soggetto deve mettere in atto ripetutamente, senza possibilità d'interruzione o limitazione, al fine di ridurre l'ansia e la paura provocate dalle ossessioni, oppure una sensazione di colpa o inquietudine. Sono quindi un tentativo di elusione del disagio, un mezzo per tentare di conseguire un controllo sulla propria ansia, oppure a volte un modo per, secondo la mente del soggetto, prevenire o impedire catastrofi o eventi negativi. Le persone si sentono costrette, obbligate, a compiere i rituali compulsivi in seguito ad un pensiero ossessivo, i quali vengono spesso attuati secondo particolari regole o in maniera stereotipata, quindi seguendo una determinata sequenza di azioni specifiche, ma ciononostante in certi momenti riconoscono che i loro atteggiamenti compulsivi sono privi di senso ed esagerati. Le compulsioni sono inoltre spesso accompagnate da uno stato di tensione fisica oltre che mentale, caratterizzato da sudorazione, tensioni muscolari, tremori, sensazioni di avere la testa confusa o nausea, il quale compromette severamente la vita quotidiana di chi ne soffre, dato i rituali compulsivi possono protrarsi anche per ore. La persona solitamente prova un disagio e un'ansia molto forte che svaniscono unicamente al termine del rituale, rendendo molto difficile il tentativo di resistervi, attuato a volte da chi ne soffre.^{[2][3][4]}

Le azioni compulsive possono essere suddivise in compulsioni manifeste (o aperte), le quali possono venire osservate da chiunque, e compulsioni non manifeste (o nascoste, coperte), che invece non sono visibili.^[3]

A questo punto è lecito domandarsi la differenza tra una compulsione non manifesta e un'ossessione, poiché sono abbastanza simili tra loro, essendo entrambi dei pensieri. La differenza sta nell'effetto che hanno sulla persona: i pensieri ossessivi provocano sensazioni sgradevoli, come paura e ansia, mentre le azioni manifeste sono un tentativo di combattere quel sentimento sgradevole, in quanto il loro effetto è quello di eliminarlo o inibirlo.^[3]

Inoltre, sorge spontaneo chiedersi dove sia situato il limite tra dei comportamenti che, per quanto meticolosi, lievemente esagerati o ripetitivi, rimangono comunque "normali", e dei comportamenti compulsivi. Forniamo un esempio: una persona ordinata che per abitudine riordina sempre la sua scrivania alla sera dopo il lavoro. Se gli viene chiesto il motivo del riordino, potrà rispondere: "Perché lo faccio volentieri, perché mi rilassa, e la mia scrivania ritorna in uno stato accettabile". Una persona che soffre di DOC invece, metterà in ordine perché sente una necessità, un'urgenza interiore che gli impone di farlo, e soprattutto impiegherà magari 3 ore per portare a termine il riordino, mentre la persona normale ordinata solamente 10 minuti. La persona compulsiva riconosce da sé che il suo atteggiamento è di gran lunga esagerato, ma non riesce a fare diversamente, e questo pesa notevolmente sul suo umore poiché ha un disagio, un peso, che grava sulla sua vita ogni giorno, minando il suo lavoro, la sua serenità e la sua gioia di vivere.^[3]

Come per le ossessioni, le compulsioni sono innumerevoli e svariate: nel 60% dei casi si tratta di compulsioni da controllo, nel 50% di lavaggio, nel 36% di conta, nel 31% vi è la necessità di chiedere o confessare qualcosa, nel 28% una compulsione per la simmetria e la precisione, nel 18% di accumulo, e nel 48% dei casi si tratta di pazienti con compulsioni multiple.^[5]

4.5 Evitamento

Un ulteriore sintomo caratteristico del disturbo ossessivo-compulsivo è l'evitamento, un fenomeno messo in atto dai soggetti che soffrono del disturbo, nei confronti di tutte le situazioni che innescano in loro i pensieri ossessivi e il rispettivo malessere. Lo scopo di questi evitamenti è, come si può facilmente dedurre, attuare una prevenzione al fine di evitare qualsiasi possibile contatto con lo stimolo ansiogeno. Costituiscono un tentativo di controllare i pensieri ossessivi e di non trovarsi costretto a compiere i rituali, i quali sono estenuanti, sfibranti e distruttivi per la persona.^[2]

Una persona che soffre di un'ossessione da contaminazione con lo sporco potrebbe quindi entrare in contatto solamente con oggetti sterilizzati evitando tutti gli altri, ad esempio aprendo le porte o accendendo le luci con i gomiti, e restando in uno stato di allerta massima nei luoghi pubblici. Chi invece pensa che determinati numeri, parole o colori portino sfortuna a sé stesso o ai suoi cari eviterà di entrarvi in contatto o di vederli anche solo accidentalmente, quindi prendendo l'esempio dei numeri non guarderà più la televisione, l'orologio, i calendari, evitando tutte quelle situazioni dove si possono presentare delle cifre. Per quanto riguarda le ossessioni pure, che verranno spiegate nel capitolo successivo, dato che sono prive di atteggiamenti compulsivi atti a diminuire l'ansia, l'evitamento è il meccanismo principale: prendendo come esempio una persona che teme di essere omosessuale, per contrastare i suoi timori non può fare altro che evitare di trovarsi davanti a persone nude dello stesso sesso, oppure smettere di guardare la televisione o la gente per strada, e così via. In quest'ultimo caso l'evitamento è sì benefico poiché diminuisce il malessere della persona, ma nasconde una trappola letale, poiché la induce a pensare che l'unico motivo per cui non ha commesso atti omosessuali è perché non si è mai trovata nelle condizioni per farlo, alimentando così la sua errata convinzione di amare persone dello stesso sesso.^[2]

Come si intuisce, nonostante gli evitamenti abbiano lo scopo di mantenere basso il livello di ansia e disagio prevenendo situazioni indesiderate, essi incidono pesantemente sulla qualità di vita della persona, poiché limitano la sua quotidianità e la inducono in uno stato di allerta e tensione perenne.

4.6 Rassicurazione

Spesso chi soffre di disturbo ossessivo-compulsivo tende a cercare continue richieste di rassicurazioni da parenti e amici riguardo delle loro preoccupazioni. Queste rassicurazioni assumono hanno una funzione tranquillizzante per la persona, la quale le sfrutta per diminuire il proprio livello di ansia, dovuto ai suoi timori, tramite appunto la rassicurazione da parte di una persona fidata.

Ad esempio, nel caso tema la contaminazione, il paziente chiederà frequentemente se determinati oggetti o cibi sono stati lavati, se qualcuno ha toccato le sue cose, se gli altri si sono lavati dopo esser stati in bagno o dopo aver toccato cose "sporche". Se invece per esempio vi è un disturbo da controllo, per cui il paziente teme future disgrazie causate da proprie omissioni o dimenticanze, questo cercherà continue rassicurazioni dai suoi cari riguardo all'aver chiuso il gas, le porte e le finestre, aver spento la luce o il fornello elettrico, non aver investito nessuno mentre guidava o non aver tracce di sangue addosso.

[2]

Le rassicurazioni sono quindi fondamentali per diminuire l'ansia e il malessere della persona, e inoltre possono spesso permettergli di non dover mettere in atto i rituali compulsivi, che nell'esempio del disturbo da controllo comporterebbero un ripetuto ed eccessivo ritorno a casa per controllare d'aver spento e chiuso e tutto, oppure un continuo fare inversione in macchina per verificare di non aver investito nessuno negli ultimi metri, e queste, appare evidente, sono azioni estremamente stancanti, che oltre a rubare molto tempo pesano gravemente sulla qualità di vita della persona.

Per parenti e amici però, le continue richieste di rassicurazione rappresentano un notevole impegno che, soprattutto sul lungo termine, può risultare molto stancante, ma non sono l'unico fattore che rende impegnativa la convivenza con una persona che soffre di disturbo ossessivo-compulsivo.

4.7 Diagnosi

Ricapitolando, una diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo può venire assegnata nel caso siano presenti ossessioni e compulsioni, che compromettano il normale funzionamento sociale e lavorativo della persona e che non siano giustificate da altri disturbi d'ansia o malattie psichiatriche.

Le caratteristiche generali del disturbo sono la ripetitività, la frequenza e la persistenza dell'attività ossessiva, la sensazione che tale attività sia imposta, il senso di ansia e disagio (malessere) scaturito da quest'attività, la presenza di rituali o comportamenti compulsivi, la presenza del fenomeno dell'evitamento e delle richieste di rassicurazione.^[7]

Dato l'importante influsso negativo che il DOC ha sulla vita di chi ne è afflitto, e dato il fenomeno di "feedback positivo" caratteristico di questo disturbo (per cui col passare del tempo la convinzione della legittimità dei propri timori aumenta e i comportamenti compulsivi abitudinari si consolidano e diventa più difficile resistervi), appare evidente

come una diagnosi precoce sia fondamentale per il benessere del paziente e la buona riuscita del trattamento, che se a sua volta precoce e specifico offre più possibilità di un miglioramento significativo, o di una guarigione completa.

È quindi importante presentarsi dal medico di famiglia o da un professionista appena inizia a delinearsi un sospetto fondato di soffrire di DOC. Lo specialista valuterà i sintomi, avvierà le indagini del caso e infine stabilirà una diagnosi sulla base di quanto visto prima.

[4]

Riconoscere questa malattia è però un processo complicato da diversi fattori: purtroppo molte persone tengono nascosta questa malattia, in quanto se ne vergognano, si sentono in colpa, hanno paura di essere giudicate male o emarginate a causa dell'insensatezza dei loro sintomi. Inoltre il contenuto dei pensieri ossessivo può essere aggressivo, osceno o imbarazzante, per cui la persona si sente spesso diversa dagli altri, inadeguata, goffa, strana, e tende quindi a mantenere segreta la malattia. In più, bisogna considerare che i primi segnali della malattia sono di solito rilevati solo in seguito con retrospezione, poiché inizialmente le compulsioni, nonostante sembrano già strane, servono per affrontare l'ansia provocata dalle ossessioni, e perciò i disturbi sono più moderati e discreti (per poi aumentare in seguito), con conseguenza una difficile e ritardata presa di coscienza da parte della persona di soffrire di una malattia che necessita una cura. Altri fattori che influenzano una diagnosi tempestiva possono essere la non conoscenza del DOC da parte del medico di famiglia, oppure l'ignoranza dell'opinione pubblica, dove circolano ancora troppe poche informazioni sulla malattia e sulla possibilità di una cura efficace.^[4]

Al giorno d'oggi, la maggior parte delle persone afflitte dal disturbo ossessivo-compulsivo arrivano quindi tardi alla cura, la quale spesso non è neppure abbastanza specifica. Dall'inizio della malattia passano in media oltre sette anni prima che venga cercata una cura funzionale, ma anche dal momento che viene formulata una diagnosi corretta all'inizio della cura possono passare altri anni, per cui complessivamente in media prima dell'inizio di un percorso di cura efficace possono passare fino a 10 anni. Per questo motivo ribadisco l'importanza fondamentale di rivolgersi tempestivamente a uno specialista, al fine di stabilire velocemente una diagnosi corretta, la cui assenza può rappresentare davvero un notevole problema per il paziente.^[4]

1. Vocabolario Treccani, <http://www.treccani.it/vocabolario/>
2. Vincere le ossessioni, di Gabriele Melli, Eclipsi, Firenze 2011
3. Avrò chiuso la porta di casa?, di Susanne Fricke e Iver Hand, Erickson, Trento 2011
4. La malattia nascosta; Società svizzera per i Disturbi ossessivi compulsivi, 2015
5. D. Nutt e J. Ballenger, Anxiety Disorders, Blackwell Publishing, Torino 2005
6. <http://www.psychiatryonline.it/node/3614>
7. <http://www.apc.it/pazienti-ossessivi/disturbo-ossessivo-compulsivo>

5. Categorie di disturbo ossessivo-compulsivo

Il disturbo ossessivo-compulsivo, a differenza di altri disturbi psichiatrici, ha una natura particolarmente varia e può presentarsi in differenti forme e combinazioni. È perciò complicato definire delle sotto categorie del disturbo le quali permettano a ogni persona affetta da DOC di identificarsi interamente in una di esse. Tuttavia, elencherò ora le tipologie di disturbi ossessivi-compulsivi più comuni, utilizzate convenzionalmente nella pratica clinica.

5.1 Disturbo da contaminazione (lavaggio e pulizia)

Si tratta di ossessioni e compulsioni connesse a improbabili (o irrealistici) contagi o contaminazioni da parte di sostanze quali germi, batteri, sostanze tossiche, sporcizia, oppure urine, feci, sangue, siringhe, carne cruda, persone malate, genitali, sudore, peli, ma anche saponi, detersivi o sostanze chimiche. La contaminazione può essere anche relativa a "sporco" di natura sociale, come il tossicodipendente, il barbone, l'anziano, oppure di natura metafisica, come il male, il diavolo, ecc.

Il pensiero ossessivo di chi ne soffre può essere caratterizzato dal timore che lui stesso o qualcuno dei suoi familiari possa contagiarsi, ammalarsi o diffondere il contagio, oppure da una forte sensazione di disgusto legata all'entrare in contatto con determinate sostanze.

L'azione compulsiva correlata può essere di prevenzione (per esempio indossare dei guanti per fare la spesa o mantenere una distanza dalle persone), e nel caso non possa venir messa in atto fa scatenare una sensazione di ansia o, meno frequentemente, di collera.

Nella maggior parte dei casi la compulsione consiste invece in una serie di rituali di lavaggio, pulizia, sterilizzazione o disinfezione volti a neutralizzare l'azione dei germi (dopo la presunta contaminazione) e a diminuire il proprio livello di ansia. Tali rituali, di cui fanno parte il lavaggio intensivo delle mani secondo uno schema determinato (che se eseguito con imprecisione va ripetuto da capo) e la pulizia approfondita di vestiti e superfici, sono ritenuti dagli stessi esecutori come esagerati ed eccessivi (perciò spesso motivo di vergogna) ma la loro esecuzione non può venire impedita poiché le persone affette dal disturbo non ne sono in grado.

Questa tipologia di disturbo ha un'importante influenza su familiari e conoscenti del paziente, costretti ad evitare luoghi "contaminati" e a eseguire loro stessi i rituali di lavaggio.

Il signor Danieli provava ribrezzo nei confronti di quelle persone che gli apparivano poco curate, e stava attento a mantenere una precisa distanza nei confronti degli altri. Sul lavoro gli capitava però di dover dare la mano a un cliente; lo assaliva allora un pressante impulso a lavarsi le mani il prima possibile con sapone o disinfettante, azione che compiva spesso e seguendo modalità molto dettagliate e rigide.



Fig.2 Un rituale di lavaggio delle mani, eseguito meticolosamente secondo uno schema determinato.

5.2 Disturbo da controllo (verifica)

Si tratta di ossessioni e compulsioni implicanti controlli minuziosi protratti e ripetuti senza necessità, volti a riparare o prevenire gravi disgrazie o incidenti.

I pensieri ossessivi caratteristici sono il dubbio di aver fatto qualcosa di male e non ricordarlo (o non essersene accorti) o il dubbio di non aver fatto il possibile per prevenire qualunque ipotizzabile catastrofe, la cui attualizzazione graverebbe sulla propria responsabilità.

In risposta ai loro timori mettono in atto azioni compulsive, le quali possono essere aperte (evidenti, visibili, manifeste) o coperte, non manifeste (processi mentali). Esempi di compulsioni di controllo possono essere verificare di aver chiuso porte e finestre, il rubinetto del gas e dell'acqua, di aver spento le luci in ogni stanza, di aver contato bene i soldi, di non aver investito qualcuno senza accorgersene o di non avere tracce di sangue addosso. Il controllo compulsivo è quindi finalizzato a tranquillizzarsi e abbassare il proprio livello di ansia.

Anche questo tipo di rituali coinvolge spesso i familiari che sono oggetto di continue richieste di rassicurazione ed ai quali viene talvolta chiesto di effettuare controlli al posto della persona stessa.

La signora Bianchi teme che una scheggia di vetro possa cadere nel cibo che prepara. Per questo controlla ripetutamente e accuratamente tutte le bottiglie di vetro che le capitano sotto mano. Per evitare il problema decise di acquistare solamente bottiglie e bicchieri di plastica ma dopo breve tempo realizzò che anche la plastica può scheggiarsi e la sua ossessione si tramutò ma persistette.

5.3 Disturbo da riordino (ordine e simmetria)

Chi soffre di questo disturbo necessita che gli oggetti siano posti in modo assolutamente ordinato e simmetrico, secondo una sequenza logica ben precisa (per esempio la dimensione, il colore, ecc.). In caso opposto, una sgradevole sensazione di mancanza di armonia e logicità causa loro malessere, e li induce a passare ore del loro tempo a riordinare ed allineare gli oggetti in questione, fino a sentirsi completamente tranquilli e soddisfatti.

Le ossessioni di ordine e simmetria possono riguardare anche il proprio corpo: muscoli, capelli, polsini della camicia e portafoglio in tasca, devono risultare "perfetti" e simmetrici, pena ripetuti rituali di messa in ordine o di controllo allo specchio.

Come per le altre modalità di disturbo ossessivo-compulsivo, i disturbi da riordino influiscono negativamente su parenti e conoscenti del paziente (costretti a prestare un'eccessiva attenzione a non modificare alcun ordine), limitandone la vita sociale.

La signora Santini occupa ore e ore del suo tempo a rimettere nel "giusto" ordine gli oggetti della sua abitazione. Solo per mettere in ordine i prodotti alimentari nel frigorifero, millimetro per millimetro, le costa quattro ore di tempo. Suo marito si adatta alle richieste di ordine espresse da lei può muoversi a piacimento solo nel suo studio. Avere visite è un

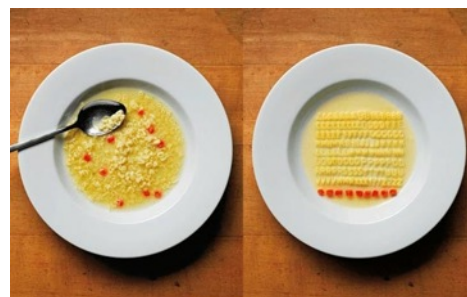


Fig.3 Un esempio di atteggiamento compulsivo legato a ossessioni di ordine e simmetria.

evento temibile per la signora Santini; una volta aveva avuto bisogno di ben tre giorni per ristabilire il "suo" ordine, nonostante gli ospiti si fossero trattenuti solo nel soggiorno.

5.4 Disturbo da accumulo

È un disturbo caratterizzato dalla volontà di conservare ed accumulare oggetti insignificanti e inservibili di qualsiasi sorta, o in certi casi, esclusivamente di un determinato tipo (per esempio solamente opuscoli, fogli e giornali).

La possibilità che in un tempo futuro un oggetto qualsiasi possa divenire utile costituisce per il paziente un pensiero ossessivo, che gli impedisce di gettare o dar via alcunché per il timore di averne bisogno un giorno o l'altro. Se gli viene chiesto di gettar via qualcosa, alla sola idea ne rimangono sconvolti e il loro livello d'ansia aumenta notevolmente.

Lo spazio occupato dalle "collezioni" diventa spesso tale da limitare gli spostamenti e la vita stessa della persona e dei suoi familiari. Spesso sono infatti quest'ultimi a richiedere il trattamento terapeutico per il paziente, che nella maggior parte dei casi non si rende conto dell'eccesso in cui incorre. Gli oggetti accumulati costituiscono addirittura un motivo di orgoglio per la persona affetta dal disturbo.



Fig.4 L'abitazione di una persona affetta da un DOC da accumulo.

La signora Girardi, se scorgeva degli opuscoli o dei fogli da una qualche parte, li doveva raccogliere e portare con sé. Non riusciva a buttar via i giornali vecchi, perché diceva che avrebbe potuto averne bisogno in futuro. Il suo soggiorno era ormai da anni inabitabile, perché vi aveva accatastato opuscoli e giornali, in pile alte fino al soffitto. Nella sua camera da letto era rimasto solo un "sentierino" che dava accesso al letto, mentre il resto della stanza era pieno di giornali, riviste e brochures.

5.5 Disturbo da superstizione eccessiva

Si tratta di un pensiero superstizioso esasperato, reso patologico dall'accentuazione delle preoccupazioni e del peso a esse attribuito. Preoccupazioni di origine superstiziosa infatti, se presenti con frequenza minore e con un livello più basso di ansia da esse scatenata, sarebbero assolutamente normali e non correlate ad alcun disturbo psichico.

Il soggetto affetto da questa patologia invece ritiene che il fatto di compiere o meno determinati gesti, di pronunciare o non pronunciare alcune parole, di vedere o non vedere certe cose, certi numeri o certi colori, e in generale di mettere in atto o meno determinate azioni specifiche, sia determinante per l'esito degli eventi.

Il pensiero ossessivo, come per esempio la vista di numeri considerati sfortunati o l'aver pensato a eventi negativi (morte, incidenti, ecc.) mentre effettuava determinate operazioni (parlare, leggere, camminare, ecc.) e il timore che essi si trasformino in realtà, mette la persona in uno stato di ansia che diminuisce solamente in seguito al compimento di azioni compulsive quali la ripetizione dello stesso gesto (ad esempio cancellare e riscrivere la stessa parola, pensando a cose positive) oppure il compimento di un altro rituale "anti-iella".

5.6 Ossessioni pure

Questa categoria si differenzia dalle precedenti in quanto il soggetto che ne soffre non presenta alcun rituale compulsivo, ma soltanto pensieri ossessivi.

Con questi ultimi la persona immagina di compiere atti indesiderati e inaccettabili, privi di senso, pericolosi o socialmente sconvenienti, spesso di natura aggressiva (aggreddire qualcuno, immaginare situazioni aggressive senza volerlo, cedere a un impulso pericoloso, ecc.), sessuale (avere rapporti omosessuali o pedofilici, tradire il partner, cedere a immagini o impulsi sgradevoli, ecc.), religiosa (bestemmiare, compiere azioni blasfeme involontariamente, ecc.) oppure sociale (offendere persone care, ecc.).

A suscitare l'alto livello di ansia non è tanto il pensiero ossessivo stesso, quanto il fatto che la presenza stessa del pensiero venga considerata, da chi lo subisce, come segno di una reale identità aggressiva, pedofila, omosessuale, perversa o blasfema. È importante sottolineare che i soggetti che sperimentano un determinato pensiero ossessivo non sono realmente quello che l'impulso o l'idea affiorata alla loro mente fa loro temere di essere. Questi pensieri creano quindi un profondo senso di disagio nel soggetto, poiché contrastano con i suoi valori, e con quanto ritiene giusto e opportuno.

Per fare un esempio una persona può avere un'improvvisa fantasia sessuale alla vista di qualcuno dello stesso sesso e magari provare un'effettiva eccitazione, interpretando come una possibile omosessualità latente il fatto che questa immagine si presenti nella sua mente. Il disturbo ossessivo è quindi caratterizzato dalla preoccupazione che accadano determinati eventi, i quali confermerebbero questa sua ipotetica omosessualità.

I pensieri ossessivi di questa tipologia portano chi ne soffre a formulare un dialogo interno, una discussione con sé stesso, finalizzata alla rassicurazione, tramite la ricerca affannosa di prove efficaci per dimostrare che ciò non può essere vero, tormentandosi all'infinito alla ricerca della garanzia che tale sospetto sia infondato.

Sebbene le ossessioni pure non comprendano rituali compulsivi, i soggetti che ne soffrono mettono in atto un gran numero di evitamenti, al fine di rassicurarsi e prevenire la possibile realizzazione delle proprie ossessioni.

La signora Alberti è di continuo disturbata da un pensiero che si insinua nella sua testa: "Magari odio mia figlia", quando, in realtà, è proprio la figlia, la persona che lei ama di più al mondo.

Il signor Pisani teme di poter importunare sessualmente le sue colleghe di lavoro. È felicemente sposato, e non ha davvero nessun interesse per le sue colleghe di lavoro.

Alla signora Giudici, una buona osservante, viene in mente troppo spesso il pensiero blasfemo "Dio è uno stupido". Ne soffre parecchio, perché è una donna assai credente, e un tale pensiero contrasta radicalmente con la sua fede cristiana.

5.7 Compulsioni mentali (non manifeste)

Le compulsioni mentali non possono essere definite come una reale categoria di disturbi ossessivi, poiché la natura delle ossessioni può essere una qualunque delle precedenti.

La particolarità di questo disturbo sta nell'assenza, come per le ossessioni pure, di comportamenti compulsivi effettivi, sostituiti da cerimoniali mentali (contare, pregare, ripetere frasi, formule, preghiere, pensieri positivi o numeri fortunati), atti a scongiurare la possibilità che il contenuto del pensiero ossessivo si avveri, e diminuire di conseguenza il livello d'ansia.

5.8 Compulsioni di ripetizione

Questa tipologia di disturbo ossessivo-compulsivo è caratterizzata da comportamenti compulsivi di ripetizione, mentre il pensiero ossessivo alla base di essi può essere variato o addirittura sconosciuto.

In alcuni casi la causa dell'atteggiamento compulsivo possono essere pensieri negativi e irrazionali (ossessioni pure) che inducono la persona a ripetere l'azione in corso (durante l'insorgimento del pensiero ossessivo) fino a quando non riesce a formulare un pensiero positivo che annulli l'ossessione.

In altri casi una persona può sentire l'impulso di ripetere ad esempio determinate frasi o parole, conoscendone il motivo che la induce a farlo, oppure ignorando completamente quale esso possa essere.

Il signor Clementi deve ripetere di continuo le frasi, e perfino le singole parole che pronuncia. Lo fa con l'intento di pronunciarle "giuste", ossia in modo armonioso e comprensibile. A casa, chiede spesso a sua moglie se questa o quest'altra parola le sia sembrata "giusta". E questo, per un ora, o anche più.

5.9 Compulsioni a contare

Un'ulteriore categoria può consistere nella necessità di contare qualsiasi cosa. Alcuni soggetti affetti da disturbo ossessivo-compulsivo sentono l'improvviso impulso di contare determinati oggetti, e il tentativo di interrompere questa compulsione provoca loro un aumento del livello d'ansia, li rende irrequieti.

Questa tipologia di compulsioni si presenta a volte combinata con le compulsioni di ripetizione: secondo questi soggetti il numero delle ripetizioni dev'essere un numero "buono". Questa sorta di pensiero magico, superstizioso, provoca in loro una diminuzione del livello d'ansia, fa placare l'angoscia.

Il signor Romani si sente obbligato a contare tutto. Recentemente, mentre si trovava da un cliente, ha sentito il bisogno di contargli le lentiggini. Quando si parla con lui, sembra sempre un po' distratto, ma è perché è troppo occupato a contare. Quando tenta di smettere di contare, diventa irrequieto.

Fonti del capitolo:

1. www.aidoc.it
2. Gabriele Melli, Vincere le ossessioni, Eclipsi, Firenze 2011.
3. Susanne Fricke e Iver Hand, Avrò chiuso la porta di casa?, Erickson, Trento 2011.

6. Esordio e decorso

6.1 Esordio

In passato il disturbo ossessivo-compulsivo era considerato poco comune, poiché si credeva che interessasse unicamente lo 0.05% della popolazione. A partire dal 1984 invece, diversi studi² evidenziarono una maggiore presenza del disturbo, il quale viene oggi considerato abbastanza comune, dato che colpisce dal 2% al 3% della popolazione, e forme più leggere sono presenti nel 8-10% della popolazione. Vennero eseguiti studi in tutto il mondo al fine di verificare la diffusione del disturbo a livello globale e i risultati mostrarono una discreta omogeneità: il minimo è stato riscontrato in Korea con l'1.9% di popolazione affetta dal disturbo e a Taiwan dove si è misurato uno 0.7% (in questo paese la diffusione di tutti i disturbi psichiatrici risulta relativamente bassa), mentre il massimo è stato riscontrato in Canada e USA, dove il 3.0% della popolazione soffre di DOC, e in Israele, dove il valore corrisponde a 3,6% (nella popolazione giovanile).^[1]

Diversi studi³ hanno inoltre analizzato se, essendo il DOC un disturbo globale, ci sono differenze nella diffusione delle ossessioni dovute alla differente posizione geografica o alla diversa cultura. Gli studi hanno evidenziato come in USA, India, UK, Giappone, Danimarca e Israele la forma più diffusa di DOC è sempre quella caratterizzata da ossessioni da sporco e contaminazione, mentre le meno diffuse sono, in tutti i paesi compresi dagli studi, ossessioni a sfondo religioso o sessuale, e quindi è dimostrato che le componenti geografiche e culturali non modificano la diffusione omogenea del disturbo. Si stima che in tutto il mondo le persone che soffrono di DOC sono almeno 50 milioni, esso viene quindi considerato un problema globale.^[1]

Il disturbo si manifesta senza distinzioni di età e sesso, e neppure di ceto sociale o professione, ciò significa che uomini e donne, indifferentemente, possono iniziare a soffrirne durante l'infanzia, l'adolescenza, o nella prima età adulta. Tuttavia il disturbo compare maggiormente in una determinata fascia di età, differente per i due sessi: nei maschi insorge più spesso tra i 6 e i 15 anni, mentre nelle donne tra i 20 e i 29 anni. Nel 15% dei casi comunque i primi sintomi si manifestano intorno ai 10 anni, nella maggior parte dei casi prima dei 25, e raramente dopo i 40 anni.^[2]

Il DOC può manifestarsi in due modalità: comparsa improvvisa o graduale. Quando compare in modo acuto, le persone sono in grado di riferire con precisione l'inizio dei sintomi ossessivi-compulsivi, i quali sono evidenti e improvvisi, e spesso causati da un evento stressante, traumatico, come una gravidanza o una perdita. Più frequentemente però accade che le persone non ricordino la comparsa precisa dei sintomi, poiché essi si manifestano in modo insidioso, subdolo, tramite l'accentuazione di azioni ripetitive preesistenti al sintomo stesso, causando all'inizio solo una leggera sofferenza che però si aggrava progressivamente.^[2]

² Robins *et al.* 1984; Bland *et al.* 1988; Karno *et al.* 1988; Sasson *et al.* 1997; Reinherz *et al.* 1993; Chen *et al.* 1993; Lindal & Stefansson 1993; Weissman *et al.* 1994; Valleni-Basille *et al.* 1994

³ Greenberg & Wtzum 1994; Okasha *et al.* 1994; Foa & Kozak *et al.* 1995; Sasson *et al.* 1997

6.2 Decorso

Se non curato, il disturbo ossessivo-compulsivo presenta quattro modalità di decorso:

- *Decorso episodico*: fasi in cui i sintomi sono presenti si intercalano a fasi caratterizzate dall'assenza dei sintomi durante l'arco di vita della persona, oppure si riscontrano episodi acuti, alternati a periodi con sintomi minimi. Spesso a ogni episodio o nuova fase acuta l'oggetto delle ossessioni cambia. È anche possibile che insorga un solo episodio isolato durante tutta la durata della vita.^[2]
- *Decorso cronico fluttuante*: sintomi incostanti nel tempo, continui miglioramenti e peggioramenti caratterizzano questo tipo di decorso. Fasi con sintomi più acuti si alternano a fasi con sintomi più moderati, ma non vi è mai la completa assenza di pensieri ossessivi e atteggiamenti compulsivi. Questa variabilità sintomatica è di norma correlata al livello di stress generale.^[2]
- *Decorso cronico stabile*: i sintomi si presentano in modo graduale accentuandosi costantemente, ma a un dato momento si stabilizzano rimanendo invariati nel tempo.^[2]
- *Decorso cronico ingravescente*: i sintomi si presentano in modo graduale, e periodi di peggioramento si alternano a periodi di stabilità, seguiti poi da nuovi peggioramenti, portando all'assenza di miglioramenti e ad una sintomatologia sempre più grave. È evidentemente la forma di decorso più grave riscontrabile, ma purtroppo anche quella più comune.^[2]

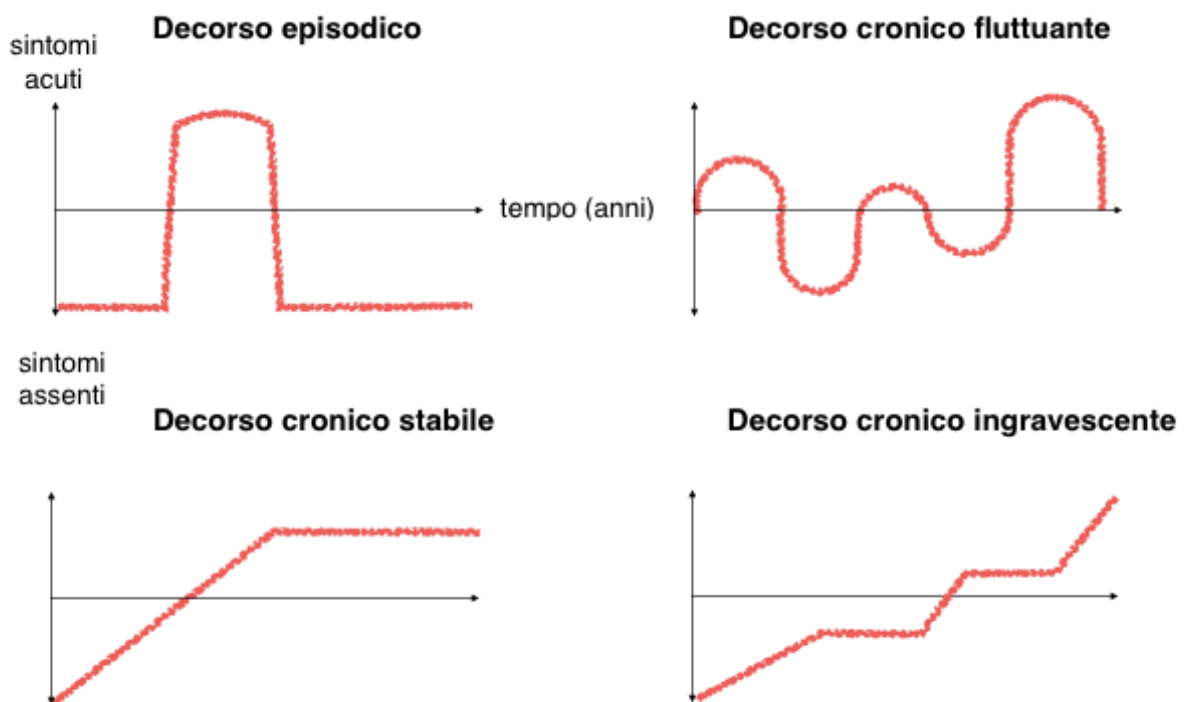


Fig.5 I quattro possibili decorsi del disturbo ossessivo-compulsivo

1. D. Nutt e J. Ballenger, Anxiety Disorders, Blackwell Publishing, Torino 2005.
2. Gabriele Melli, Vincere le ossessioni, Eclipsi, Firenze 2011.

7. Cause del disturbo ossessivo-compulsivo

Le cause alla base della comparsa del disturbo ossessivo-compulsivo sono ancora oggi sconosciute. Nel corso degli anni sono state formulate diverse ipotesi, sia psicologiche che neurobiologiche, alcune delle quali attendibili, altre smentite, ma tuttavia non vi è ancora alcuna certezza riguardo ai fattori scatenanti che portano una persona a soffrire di questo disturbo, e non è perciò possibile individuarne una causa singola e scientificamente dimostrata.

Nel mio lavoro di maturità mi soffermo unicamente sulle ipotesi di natura psicologica, le quali provengono da diversi sottogruppi della psicologia: le prime ipotesi formulate furono di natura psicanalitica, e l'autore fu principalmente Freud, mentre le più accreditate sono le ipotesi comportamentiste, che vengono arricchite e integrate dalle ipotesi cognitive.

Le ultime due ipotesi vengono descritte qui di seguito, mentre la concezione freudiana verrà illustrata più a fondo nel capitolo successivo.

7.1 Ipotesi comportamentiste

Alla fine degli anni '40, Burrhus Skinner propose un modello comportamentista riguardante il "comportamento superstizioso", che illustra come secondo la sua ipotesi insorge il disturbo ossessivo-compulsivo. Questo particolare comportamento venne notato per la prima volta in uno studio condotto su dei piccioni, riassunto nel brano seguente, che è tratto dal libro *Il chiodo fisso* (Dorzi, Novara e Sanavio, 1999).^[1]

Un gruppo di piccioni opportunamente affamati venne rinchiuso in gabbie fornite, tra l'altro, di un congegno atto alla distribuzione di cibo. L'apparecchiatura venne regolata affinché erogasse una pallina di cibo a intervalli fissi, ogni 15 secondi, qualsiasi fosse stato il comportamento dell'animale.

Il comportamento più ovvio, in questo caso, sarebbe stato quello di posizionarsi davanti all'erogatore di cibo e aspettare. Incredibilmente, nessun piccione agì in questo modo.

Avvenne invece questo: ogni animale cominciò a dar vita a un comportamento ritualistico quale beccare, grattarsi o girare, come se esistesse una relazione casuale tra il suo comportamento e l'erogazione del cibo, anche se questa non esisteva.

Cosa era successo? Casualmente, prima che l'erogatore rilasciasse il cibo, un piccione stava beccando per terra, un altro stava girando su sé stesso, un altro ancora si stava grattando, ecc.

Ogni animale aveva quindi collegato il proprio comportamento, precedente l'erogazione del cibo, con la distribuzione della pallina, come se l'uno avesse causato l'altra, e ora la ripeteva infinite volte. Aveva erroneamente imparato che grattandosi, ad esempio, poteva avere un po' di cibo e, collegando il fatto che subito dopo essersi grattato la prima volta aveva ricevuto cibo, ora si grattava in continuazione.

Il fatto di ricevere ogni 15 secondi una pallina rappresentava per lui una prova a sostegno di questa sua convinzione: se anche non aveva ricevuto nulla per 14 secondi, l'unica cosa che aveva fatto era grattarsi e quindi questo doveva necessariamente aver causato il rilascio del cibo.

Durante la lettura di questo brano appare evidente la correlazione tra il comportamento dei volatili e quello di una persona affetta dal DOC. Questo fenomeno è inoltre simile alla teoria dei rinforzi sviluppata dallo stesso Skinner, per cui se in seguito ad un'azione compiuta si riscontra un rinforzo positivo (per esempio un padre che dà una caramella alla figlia quando questa prende i giocattoli), si tenderà ad aumentare la frequenza con cui si farà quella determinata azione (la bambina prenderà più spesso i giocattoli), mentre se in seguito all'azione si riceve un rinforzo negativo (una sgridata dal padre dopo aver preso i giocattoli per esempio) si tenderà a eseguire meno frequentemente questa azione o a non eseguirla più.

A differenza di questa teoria del rinforzo differenziale, dove è effettivamente presente una relazione tra l'azione e la sua conseguenza (il rinforzo), nel comportamento "superstizioso" questo legame non esiste realmente, ma è frutto della mente della persona, un'associazione errata della cui veridicità si è però convinti, appunto erroneamente.

Secondo Skinner quindi, chi soffre di disturbo ossessivo-compulsivo lo fa a causa di un'associazione errata. Alla presenza di uno stimolo che ha innescato nella persona sensazioni sgradevoli (come può capitare a tutti nella quotidianità), questa persona ha compiuto un'azione (il futuro rituale compulsivo) che, casualmente, ha coinciso con una condizione di benessere e rassicurazione (per esempio la diminuzione dell'ansia), e da quel momento ha associato le due cose, benché la diminuzione dell'ansia fosse un evento assolutamente indipendente che si sarebbe presentato anche senza la precedente azione, esattamente come i piccioni dell'esperimento, ai quali il cibo sarebbe stato dato ugualmente anche se non avessero fatto niente.^[1]

Da quel momento, alla comparsa della sensazione sgradevole la persona inizierà ad attuare ripetutamente il comportamento associato al miglioramento, al benessere, finché questo sopraggiungerà. Quando ciò accadrà, nonostante sia ancora una volta per ragioni casuali, non legate ad alcun fattore esterno e ad esempio, nel caso dell'ansia, dovute a una sua normale graduale riduzione nel tempo, la persona assocerà il miglioramento con il comportamento che precedentemente stava attuando ripetutamente senza interrompersi. Questo circolo vizioso porta alla maturazione e alla consolidazione della convinzione che vi sia un legame tra il comportamento "superstizioso" e la condizione di benessere, portando poi la persona a compiere abitualmente e ripetutamente il comportamento, anche a scopo preventivo in assenza della sensazione sgradevole per evitarne l'arrivo, causando quindi la nascita di un serio disturbo ossessivo-compulsivo.

Questo meccanismo è egregiamente illustrato in un caso esempio riportato da Watzlawick (1989), in cui uno psichiatra chiese a un suo paziente: 'Perché continui a battere le mani?'. Il malato rispose: 'Per scacciare gli elefanti'. Lo psichiatra ribatté: 'Ma non ci sono elefanti qui!'. E il malato replicò, continuando a battere le mani: 'Vedi che funziona!'.^[1]

Una seconda ipotesi comportamentista fu formulata da Rachman e De Silva, che nel 1978 studiarono a fondo i pensieri intrusivi negativi caratteristici delle ossessioni. Il loro studio ha trovato che questi pensieri intrusivi sono comuni a tutte le persone e non esclusivamente a chi soffre di DOC. Sono infatti altrettanto irrazionali, assurdi o sproporzionati rispetto alla realtà, e non presentano differenze di contenuto, ma solamente di tipo quantitativo, poiché quelli patologici sono più frequenti e persistono per periodi di tempo più lunghi, creando maggior disagio e rendendo più difficile un allontanamento volontario. I ricercatori si sono quindi domandati il motivo di questa differenza, per cui in alcune persone questi pensieri siano occasionali e transitori, mentre in altre diventano vere e proprie ossessioni patologiche.^[1]

La risposta fu trovata nella differente reazione alla comparsa del pensiero intrusivo. Una persona "normale" non dà grande importanza all'improvvisa preoccupazione, comprende che è insensata e, nonostante possa suscitare paura, la accetta ed attende che se ne vada spontaneamente. Una persona che soffre di disturbo ossessivo-compulsivo assegna invece una grande importanza ai pensieri intrusivi che gli si presentano nella mente, li prende sul serio, e se trova un modo per tranquillizzarsi, causa involontariamente la consolidazione dei pensieri, i quali si fissano e tendono a ripresentarsi in situazioni simili. Anche in questo caso, il comportamento tranquillizzante viene attuato con frequenza sempre maggiore, arrivando a compiere il rituale a scopo preventivo per evitare che i pensieri intrusivi prendano il sopravvento. La compulsione dà sollievo e ripristina un senso di relativa sicurezza, anche se solo momentaneamente, innescando un circolo vizioso che fa aumentare la dipendenza delle persone dal rituale compulsivo e allo stesso tempo incrementa la frequenza e l'intensità del pensiero ossessivo.^[1]

7.2 Ipotesi cognitive

Sviluppata negli anni '90 da studiosi cognitivisti, tra cui P. Salkovskis e G. Steketee, la teoria cognitiva mira ad individuare le caratteristiche peculiari dei meccanismi, appunto cognitivi, di coloro che soffrono di disturbo ossessivo-compulsivo. Conoscere i loro particolari meccanismi di pensiero e di elaborazione delle informazioni permette infatti di intervenire modificandoli per sviluppare un processo terapeutico (la parte cognitiva della psicoterapia cognitivo-comportamentale).^[1]

I principali meccanismi e fenomeni che secondo la teoria cognitiva causano o favoriscono la comparsa del DOC sono:^[1]

- *Eccessivo senso di responsabilità*: le persone che soffrono di DOC hanno spesso questa caratteristica, in quanto sono convinti che anche avendo solo una minima influenza sull'esito di una situazione negativa se ne sia in realtà interamente responsabili. In particolar modo chi teme che le proprie trascuratezze abbiano conseguenze dannose soprattutto sugli altri piuttosto che su sé stessi, sono poi convinti che se non si è fatto tutto il possibile per evitare un evento tragico anche solo lontanamente realizzabile, si è

di conseguenza totalmente colpevoli se questo dovesse realizzarsi. Questo fenomeno è in analogia con la teoria freudiana secondo cui le persone affette da DOC hanno un Super Io molto critico.

- *Eccessiva importanza attribuita ai pensieri*: come già detto, per una persona affetta da DOC avere certi pensieri è moralmente deplorabile e pericoloso, poiché significa desiderare che si avveri e poiché potrebbe avere un'influenza sul reale accadimento degli eventi. Non riconosce la normalità di certi pensieri, e il fatto che essi non sono necessariamente degli indicatori della nostra natura o dei nostri reali desideri, e che non modificano la probabilità che gli eventi temuti si verifichino.
- *Sovrastima della possibilità di controllare i propri pensieri*: non tollerando i pensieri negativi, le persone che soffrono di DOC tendono a cercare di liberarsene o combatterli. Fanno quindi di tutto per reprimerli, contrastarli e svuotarsi la mente, ma senza grandi risultati, dato che abbiamo un controllo solo parziale sui nostri pensieri.
- *Sovrastima della pericolosità dell'ansia*: l'ansia è un'emozione normale e non pericolosa, e benché i suoi sintomi possono essere fastidiosi non comprendono la perdita del controllo del proprio comportamento, e come già visto dopo un po' il livello d'ansia inizia a diminuire spontaneamente. Chi soffre di DOC invece confonde lo stato confusionale causato dall'ansia con un segnale di imminente perdita di controllo o con il presentimento di stare per impazzire. Ritengono inoltre che il malessere fisiologico correlato all'ansia possa aumentare all'infinito o rimanere stabile nel tempo, diventando così dannoso per l'organismo.

1. Gabriele Melli, Vincere le ossessioni, Eclipsi, Firenze 2011.

8. Concezione di Freud

8.1 Sigmund Freud

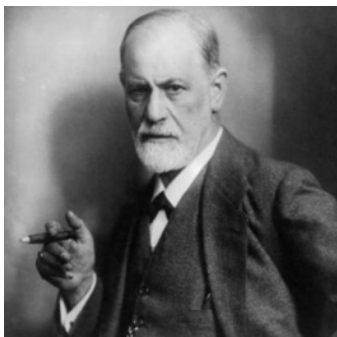


Fig.6 Sigmund Freud
(1856-1939)

Sigmund Freud, nato a Freiberg in Moravia nel 1856 e morto a Londra nel 1939, di professione medico-neurologo, è stato il fondatore della psicanalisi. Le sue teorie hanno avuto un impatto enorme su tutti gli ambiti della psicologia e hanno influito sulle ricerche antropologiche e sugli indirizzi di medicina psicosomatica.^[1]

Freud ha dedicato diversi saggi alla comprensione di tre diffuse patologie nevrotiche e psicotiche, tra cui il fenomeno delle ossessioni, che lui per primo studiò approfonditamente. Questi saggi vennero raccolti nel libro *Ossessioni, fobie e paranoia*.^[3]

8.2 La nevrosi ossessiva

Freud considerava i sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo, cioè le ossessioni, attribuendo loro una caratteristica nevrotica, per cui ha denominato il disturbo nevrosi ossessiva.

Secondo Freud, la nevrosi ossessiva è causata da un conflitto inconscio nascosto, dovuto al non completo superamento del Complesso d'Edipo.^[5]

Secondo la sua teoria dello sviluppo psicosessuale infantile, la sessualità comincia nella prima infanzia e si sviluppa in varie fasi, caratterizzate da un'investimento del libido (energia psicosessuale originata nell'inconscio) su varie attività, persone e obiettivi. Dai 18 mesi ai 3 anni di vita, i bambini attraverserebbero lo stadio anale, in cui acquisiscono il controllo degli sfinteri, e devono perciò imparare a controllare i propri bisogni. Riuscire a controllare queste funzioni porta i bambini verso un senso di indipendenza e compiacimento. In seguito, dai 3 ai 6 anni, i bambini entrano nella fase fallica, caratterizzata dal Complesso di Edipo, per cui il bambino desidera avere la madre tutta per sé e prendere il posto del padre, che vede come rivale nel possesso dell'amore della madre. Col superamento del Complesso e l'interiorizzazione della figura del padre, avviene la formazione del Super Io e lo sviluppo dell'Io e dei suoi meccanismi di difesa maturi.^{[4][5]}

Se questo stadio invece non viene superato, il desiderio libidico nei confronti del genitore del sesso opposto crea una frustrazione infantile, induce nel bambino uno stato di angoscia e senso di colpa, che innesca un conflitto interiore, e ciò causa una regressione allo stadio anale. Questo stadio è però caratterizzato da meccanismi di difesa dell'Io più immaturi, come per esempio quello descritto nel paragrafo successivo, che costituisce la causa della nevrosi ossessiva.^[4]

Secondo la teoria di Freud, alla base della nevrosi ossessiva vi è un'idea incompatibile, cioè un pensiero che la mente cosciente, l'Io, non può accettare. Se gli sforzi dell'Io di difendersi da questa idea incompatibile (proveniente dall'Es⁴) tramite repressione, spostamento o altri meccanismi di difesa maturi falliscono, viene messo in atto un meccanismo di difesa nevrotico caratteristico della fase anale, per cui questa idea viene separata dal suo *affetto*, cioè lo stato emotivo associato all'idea, ad esempio il senso di ripugnanza che il pensiero induce. Questo affetto, ora libero, si sposta su altre idee, che di per sé non sono incompatibili, ma tranquillamente accettabili per la coscienza della persona. Tramite questa "falsa relazione", questa idea "normale" diventa un'idea ossessiva poiché legata all'affetto, allo stato emotivo negativo, caratteristico dell'idea incompatibile originale.^[3]

Quest'idea inaccettabile rimane sempre nel conscio ma senza il suo affetto è indebolita ed isolata, e la persona ha quindi la sensazione di averla repressa con successo.^[3]

Freud afferma che l'affetto negativo deriva sempre dalla vita sessuale della persona, è infatti in quell'ambito che in tutti i casi analizzati da lui è sorta l'idea incompatibile originale, che la persona si sforza di dimenticare.^[3]

L'unione tra stato emotivo negativo e un'idea "normale" solitamente non legato ad esso produce l'insensatezza e l'assurdità riscontrabili nella quasi totalità delle ossessioni.^[3]

I pazienti di Freud hanno dichiarato che alla comparsa di questa idea incompatibile, inaccettabile, hanno dovuto compiere un grande sforzo di volontà per liberarsene e reprimerla, ma in molti casi questo obiettivo è stato raggiunto (è l'idea è svanita) solamente nello stesso momento in cui i sintomi ossessivi sono apparsi. Questo sostiene la teoria dello studioso, provando che l'affetto penoso dell'idea incompatibile si possa staccare da essa e legarsi ad un'altra, permettendo la rimozione della prima ma causando un'ossessione.^[3]

Come detto questo avviene solo quando i meccanismi di difesa della personalità presenti nella parte cosciente della mente della persona, l'Io, cedono, permettendo ad alcuni impulsi libidici, solitamente di natura anale (le idee incompatibili di carattere sessuale), di arrivare alla soglia della coscienza. La persona deve quindi mettere in atto un meccanismo di difesa nevrotico (e da qui deriva il termine nevrosi ossessiva, assegnato da Freud alle ossessioni), al fine di tenere sommersi questi impulsi inconsci che stanno per sfuggire alla rimozione.^[2]

Altre volte invece i pazienti non ricordano l'idea incompatibile originale, e spesso rifiutano la teoria secondo cui derivi da un pensiero nella sfera sessuale. Frequentemente rispondono che non può derivare da quello, che ci hanno pensato poco e si sono spaventati ma poi hanno subito allontanato quel pensiero inaccettabile. Questa è un'ulteriore prova a sostegno della teoria che l'ossessione è un sostituto o un surrogato dell'idea sessuale inaccettabile, ed ha preso il suo posto nella coscienza facendo credere alla persona di averla rimossa.^[3]

⁴ Istanza intrapsichica più arcaica della nostra mente, definito anche inconscio. Contiene le pulsioni di carattere erotico (Eros) e di carattere aggressivo o auto-distruttivo (Thanatos).

La separazione dell'affetto dall'idea incompatibile e la sua associazione ad un'altra idea è un processo che avviene inconsciamente, e non è quindi possibile provarlo con analisi clinico-psicologiche.^[3]

Freud si è quindi domandato il motivo per cui in certe persone avviene questa associazione che dà origine alle ossessioni. La sua risposta fu che la sostituzione dell'affetto è dovuto all'espressione di una speciale disposizione mentale ereditaria. Secondo lo studioso quindi la nevrosi ossessiva e i disturbi analoghi sono ereditari, e a prova di ciò elenca diversi suoi pazienti i cui parenti stretti avevano loro medesimi delle ossessioni o comunque soffrivano di disturbi simili.^[3]

A un medico esperto, l'affetto dell'ossessione del paziente gli appare giustificato, ma dislocato o trasposto su un'idea che non lo merita. Può quindi tentare di ritradurlo in termine sessuale, ricostruendo così l'idea incompatibile originale.^[3]

Ecco quindi alcuni casi clinici studiati dallo stesso Freud, in cui mostra il processo di ricostruzione con cui individua la causa, l'origine, delle ossessioni dei suoi pazienti:^[3]

- Una ragazza soffriva di rimorsi ossessivi. Se leggeva qualcosa riguardo a dei falsari, temeva di aver fatto anche lei del denaro falso, se sentiva parlare di un omicidio commesso da uno sconosciuto si domandava se non fosse stata lei a commetterlo. Il suo senso di colpa era tale da assumersi la responsabilità di ogni crimine. La spiegazione trovata fu che si era lasciata fuorviare da un'amica verso la masturbazione e l'aveva praticava per anni nonostante i sensi di colpa e le autoaccuse. Dopo esser stata a un ballo vi si era abbandonata eccessivamente e questo aveva prodotto un'intensificazione che aveva causato la nevrosi.
- Una donna sposata e madre di un figlio provava un impulso ossessivo che la spingeva a gettarsi dalla finestra o dal balcone, e temeva inoltre di pugnalare il figlio ogni volta che vedeva un coltello acuminato. Nonostante inizialmente affermasse di avere un matrimonio felice, dopo un azzardo di Freud, il quale le disse che ella aveva perso la fiducia in sé stessa e si riteneva una persona depravata capace di far qualsiasi cosa, la donna confessò in lacrime la povertà del suo matrimonio e alcune idee penose di carattere sessuale che ricorrevano nella sua mente.
- Una ragazza apparentemente normale provava un odio incontrollabile nei confronti delle domestiche della casa. Si giustificava dicendo che la loro volgarità rovinava la sua idea dell'amore. Tramite la ricostruzione si è scoperto che da piccola era stata testimone involontaria di una scena d'amore in cui la madre aveva avuto parte. La ragazza ha tentato in ogni modo di dimenticare e riuscì nei suoi scopi, ma l'ira all'idea che il suo concetto di amore fosse stato profanato rimase in lei e si associò all'idea di una persona, le domestiche, che prendessero il posto della madre.

In alcuni casi, Freud osservò che l'idea originale inaccettabile non era stata sostituita da un'altra idea, bensì da azioni o impulsi, che in origine servivano come procedimenti di sollievo o come sistemi protettivi, ma che in seguito sono stati associati a uno stato emotivo negativo di per sé inadatto ad essi.^[3]

Ecco alcuni esempi tratti dalle sedute di Freud, riportate da lui stesso nei suoi saggi:^[3]

- Una donna si sentiva obbligata a contare le assi del pavimento, i gradini della scala, e così via. Queste erano azioni che compiva in un ridicolo stato di ansia. Con la ricostruzione si scoprì che aveva cominciato i conteggi al fine di distrarre la mente dalle idee ossessive (di tentazione sessuale). Aveva avuto successo nel suo intento ma l'impulso a contare aveva sostituito l'ossessione originale.
- Una donna soffriva di meditazioni e speculazioni ossessive, che cessavano solamente quando era ammalata, lasciando il campo libero a paure ipocondriache. Il tema della sua preoccupazione era sempre una parte o una funzione del suo organismo, per esempio la respirazione: «Perché devo respirare? Supponiamo che io non volessi respirare?». Freud ricostruì che in un primo tempo aveva sofferto per il timore di impazzire, fobia a carattere ipocondriaco abbastanza comune tra le donne non soddisfatte del marito, ed ella non lo era. Per assicurare se stessa che non stava impazzendo, che era ancora in possesso delle proprie facoltà mentali, ella aveva cominciato a porsi delle domande e a preoccuparsi di seri problemi. Dapprima ciò la quietava, ma col tempo l'abitudine alla meditazione sostituì la fobia. Per più di quindici anni in lei si erano alternati periodi di paura (patofobia) e periodi di speculazioni ossessive.
- Una donna si lavava continuamente le mani e toccava le maniglie delle porte soltanto con il gomito. La ricostruzione dimostrò che il lavarsi le mani era simbolico, e aveva lo scopo di sostituire la purezza morale, della cui perdita ella si doleva, con la purezza fisica. Ella si tormentava con il rimorso di un'infedeltà coniugale, il cui ricordo aveva deciso di bandire dalla mente. Inoltre solleva lavarsi i genitali.

La teoria sulla nevrosi ossessiva di Freud venne in seguito superata dalle ipotesi comportamentiste sulle cause del disturbo ossessivo-compulsivo, e l'inesattezza delle basi teoriche della sua ipotesi venne dimostrata, ma nei suoi saggi si possono individuare facilmente alcune modalità di pensiero tipiche delle persone affette dal DOC, le quali sono tutt'oggi ancora valide. Tra queste rientrano il difendersi da pensieri inaccettabili, il timore di danneggiare gli altri o l'eccessiva importanza attribuita ai pensieri.^[3]

8.3 Ereditarietà del DOC

Freud aveva ragione nell'ipotizzare una speciale disposizione mentale ereditaria alla base della nevrosi ossessiva?

La risposta è sì, il disturbo ossessivo-compulsivo presenta una radice di predisposizione genetica, che però non è detto che si manifesti.^[6]

Non sono stati identificati geni direttamente collegati al DOC, ma è stato dimostrato che il patrimonio genetico ha un ruolo nel suo sviluppo. Se un genitore è affetto dal disturbo, aumenta la probabilità (nonostante rimanga bassa) che anche il figlio ne soffra. Allo stesso modo se un gemello presenta ossessioni e compulsioni aumenta leggermente la

probabilità che anche l'altro gemello ne soffra. In ogni caso, la percentuale rimane molto bassa, molti dei figli o fratelli gemelli di persone affette da DOC rimangono sani.^{[7][2]}

Quando si presentano più casi del disturbo in una famiglia, a venir ereditata è spesso la natura generale del disturbo, invece degli specifici sintomi. Per cui un bambino può ad esempio avere rituali di controllo, mentre sua madre rituali di lavaggio.^[2]

Questo può essere dovuto ad un altro tipo di eredità, quella psicologica, chiamata anche "apprendimento del modello", la quale si è dimostrata più significativa e determinante. I bambini possono "imparare" il DOC dai loro genitori, attraverso l'educazione.^[7]

1. Treccani sigmund freud, <http://www.treccani.it/enciclopedia/sigmund-freud/>
2. Gabriele Melli, Vincere le ossessioni, Eclipsi, Firenze 2011.
3. Ossessioni, fobie e paranoia. Sigmund Freud
4. <http://alexiameli.altervista.org/freud-e-lorigine-della-nevrosi-il-ritorno-del-rimosso/>
5. Appunti personali presi durante le lezioni dell'Opzione complementare di Psicologia.
6. L'insostenibile peso del DOC. Dr. Tazio Carlevaro, medico specializzato in psichiatria e psicoterapia, articolo su "Azione", 25 gennaio 2016.
7. Susanne Fricke e Iver Hand, Avrò chiuso la porta di casa?, Erickson, Trento 2011.

9. Psicoterapia cognitivo-comportamentale

9.1 Cos'è e come funziona

La psicoterapia cognitivo-comportamentale (PCC) è la forma di trattamento maggiormente utilizzata nei casi di pazienti di ogni età affetti da disturbo ossessivo-compulsivo. Essa induce la persona a interiorizzare una strategia per resistere al disturbo e combattere i sintomi, producendo, a differenza della terapia farmacologica, grandi benefici a lungo termine, oltre che istantanei.^[1]

Questa terapia individuale si svolge solitamente in 12-16 sedute e, inizialmente, a causa di fattori come il distress⁵ o la depressione i quali influenzano la motivazione del paziente a praticare la terapia, essa viene svolta due volte a settimana, mentre in seguito ha generalmente una cadenza settimanale.^[2] Appare evidente, come la psicoterapia cognitivo-comportamentale possa essere praticata unicamente alla necessaria condizione che il paziente sia fortemente determinato nel farlo, e che il desiderio di cambiare e guarire dal disturbo liberandosi da ossessioni e compulsioni sia tale da permettergli di portare a termine la terapia, superando anche fasi difficile come l'esposizione. In nessun caso un paziente potrà portare a termine o anche solo iniziare un trattamento di PCC se non lo desidera davvero e se non è realmente pronto.

Il terapeuta insegna al paziente a stimare la realistica probabilità che un evento accada, e ad anticipare la gravità dell'evento se si fosse verificato. Inizialmente i pazienti richiedono un notevole supporto da parte del terapeuta per combattere le convinzioni disfunzionali, ma a lungo termine, in caso di successo, essi adottano un nuovo approccio cognitivo che permette loro di sopportare pensieri intrusivi e di resistere alla tentazione di attuare i rituali compulsivi.^[2]

Il paziente e il terapeuta stabiliscono assieme il percorso da seguire, e frequentemente questo contempla aspetti dell'ambiente quotidiano del paziente, ossia laddove si presentano giornalmente le ossessioni e le compulsioni. Per questo motivo spesso il paziente è tenuto a svolgere dei "compiti a casa", cioè a lavorare autonomamente al suo percorso di cura, e frequentemente la terapia comprende anche esercizi svolti al di fuori dello studio del terapeuta, in particolare nell'abitazione del paziente o in zone specifiche dove la presenza dello stimolo ansiogeno, cioè l'oggetto delle sue ossessioni e la causa dello stato d'ansia, è ottimale.^[3]

La PCC è il risultato dell'integrazione di due trattamenti psicoterapeutici: la psicoterapia cognitiva e la psicoterapia comportamentale.^[1]

⁵ Stato avversativo in cui una persona non è in grado di adattarsi completamente ai fattori di stress e allo stress conseguente, e mostra comportamenti disadattati; la forma negativa dello stress.

9.2 La psicoterapia comportamentale

La psicoterapia comportamentale si basa sui medesimi principi dell'apprendimento e del condizionamento: il suo obiettivo è identificare e modificare, tramite un cambiamento dei comportamenti del paziente, i pensieri e le emozioni disfunzionali (cioè che portano alla comparsa dei sintomi). Nella cura del DOC questa terapia si basa su due concetti fondamentali: l'esposizione e la prevenzione della risposta.^[1]

Per esposizione si intende mettere gradualmente in contatto il paziente con il suo stimolo ansiogeno, al fine di mostrargli come l'ansia, da lui solitamente controllata tramite i rituali compulsivi, tenda in realtà a diminuire autonomamente dopo un contatto prolungato con lo stimolo.^[1]

L'esposizione può essere sia *in vivo*, quindi costituita da situazioni di vita reale (per esempio toccare dei soldi "contaminati" da germi), che mentale, cioè legata a paure ossessive e alle conseguenze immaginate di esse (come immaginarsi che una persona cara si ammali in seguito a una contaminazione da germi).^[2]

In pratica, se una persona soffre di un'ossessione per i germi può essere invitata dal suo terapeuta a stare in contatto con oggetti "contenenti germi" (per esempio prendere in mano dei soldi) oppure a immaginare che un suo familiare si ammali dopo esser stato contaminato da germi presenti in casa, e riferire il suo livello di ansia in una scala da 1 a 10. Con il sostegno del terapeuta, il paziente deve impegnarsi a resistere allo stimolo di attuare i rituali compulsivi e rimanere in contatto con la causa della sua ansia finché questa non cala. La ripetizione dell'esposizione consente una continua diminuzione dell'ansia fino alla sua completa estinzione.

La prevenzione della risposta, o impedimento della risposta, è un tassello fondamentale senza cui l'esposizione non riuscirebbe, poiché contempla l'istruzione del paziente a fronteggiare lo stimolo ansiogeno nel modo corretto, sperimentare l'urgenza di compiere i rituali compulsivi e immediatamente bloccarne l'attuazione.^[1]

Senza una precedente istruzione, il paziente non riuscirebbe a resistere all'esposizione, e l'esecuzione dei rituali comporterebbe una durata del contatto insufficiente la quale non consentirebbe l'estinzione dell'ansia condizionata. Per questo motivo è necessaria una modificazione della risposta allo stimolo abituale, per cui avviene la sospensione o, inizialmente, la riduzione dei soliti comportamenti compulsivi che comunemente seguono la comparsa dei pensieri ossessivi. Il paziente che soffre di un'ossessione per i germi ad esempio, viene istruito a sforzarsi di non attuare il suo rituale di lavaggio attendendo che l'ansia svanisca spontaneamente, prima di venir invitato ad entrare in contatto con lo stimolo ansiogeno.^[1]

In questa terapia si segue il principio "guarda in faccia la paura e cesserà di turbarti", ma questo, evidentemente, comporta un notevole sforzo per il paziente, possibile solo se è fortemente motivato per un cambiamento, e se è sostenuto dal terapeuta durante il percorso.

9.3 La psicoterapia cognitiva

La psicoterapia cognitiva mira invece a individuare e modificare nel paziente le specifiche convinzioni e i pensieri irrazionali associati allo sviluppo e al mantenimento di ossessioni e compulsioni. Queste convinzioni sono legate alla sopravvalutazione della minaccia, del rischio e del danno, all'importanza eccessiva data ai pensieri, alla possibilità di esercitare un controllo sui pensieri, al dubbio e all'incertezza, al perfezionismo, al senso di colpa, all'eccessivo senso di responsabilità, alla vergogna, alla rigidità e moralità, e così via.^{[1][2]}

L'obiettivo della terapia è ridimensionare queste credenze permettendo al paziente di riuscire gradualmente a tollerare occasionali pensieri, immagini o impulsi, che, seppur negativi, sono di per sé assolutamente normali e incontrollabili. Incrementando questa capacità di tolleranza, i pazienti imparano inoltre ad accettare i rischi e a sopportare l'incertezza, cosa molto complessa e difficoltosa per chi soffre di disturbo ossessivo-compulsivo.^[1]

La psicoterapia cognitiva, i cui interventi cognitivi sono complessi e vasti, rientra comunque in un trattamento di psicoterapia generale, poiché non sarebbe possibile attuarli separatamente.^[1]

9.4 Caratteristiche della PCC

La grande diffusione della psicoterapia cognitivo-comportamentale è dovuta ad alcune sue caratteristiche che la rendono la cura più indicata per malati di DOC.

La PCC è infatti:

- **Scientificamente fondata.** Diversi studi controllati hanno dimostrato che la PCC è una terapia efficace per la depressione e i disturbi d'ansia (tra cui il DOC) almeno quanto la terapia farmacologica, ma assai migliore nel prevenire le ricadute.^[1]
- **Orientata allo scopo.** La PCC è fortemente indirizzata al raggiungimento di uno scopo ben preciso, stabilito in concordanza tra il terapeuta cognitivo-comportamentale e il paziente. Il rapporto tra questi due soggetti è fondamentale nella PCC, dove il terapeuta stabilisce insieme al paziente degli obiettivi e un piano di trattamento che si adattino alle sue esigenze, e verifica periodicamente i progressi accompagnando e sostenendo il paziente durante tutto il corso della terapia.^[1]
- **Pratica e concreta.** La terapia affronta la realtà pratica del disturbo combattendo i problemi psicologici che causano il malessere del paziente. Tra le misure della PCC rientrano la riduzione dei sintomi depressivi, l'eliminazione degli attacchi di panico e dell'agorafobia⁶, la riduzione o eliminazione dei rituali compulsivi, la promozione della socialità del soggetto, e così via.^[1]
- **Centrata sul "qui" e "ora".** La PCC non prende in considerazione le cause del disturbo, poiché poco utili nella sua risoluzione, ma si incentra bensì sull'attivazione di

⁶ Sensazione di paura o grave disagio che un soggetto prova quando si ritrova in ambienti non familiari o in ampi spazi all'aperto, legata al timore di non riuscire a controllare la situazione

tutte le risorse del paziente possibili al fine di liberare il paziente dai problemi che spesso lo affliggono da molto tempo. Questa terapia, a differenza di molte altre, si concentra unicamente sul presente e sul futuro, e mira a far uscire il paziente dalla trappola che costituisce il disturbo, piuttosto che a spiegargli come ci è entrato.^[1]

- **Attiva.** Nella PCC, terapeuta e paziente svolgono un ruolo attivo, in quanto il primo informa sugli aspetti conosciuti del disturbo e sulle possibili soluzioni, e il secondo si impegna a portare avanti un lavoro terapeutico anche al di fuori della seduta stessa, mettendo in pratica le strategie assimilate e svolgendo compiti specifici assegnati volta per volta. La psicoterapia cognitivo-comportamentale stimola il paziente a diventare “terapeuta di sé stesso”, portandolo ad assumere un ruolo sempre più attivo nel suo percorso di cura.^[1]
- **Collaborativa.** Come già detto in questo trattamento paziente e terapeuta lavorano insieme, identificando ad esempio le specifiche modalità di pensiero che possono essere causa dei vari problemi. Il terapeuta aiuta il paziente a capire come modificare le abitudini di pensiero disfunzionali e le relative reazioni emotive e comportamentali che gli causano sofferenza, e il paziente a sua volta può scoprire di aver trascurato possibili soluzioni alle situazioni problematiche e si impegna per uscirne e combattere il disturbo. La forte collaborazione tra paziente e terapeuta è quindi l’aspetto più importante della psicoterapia cognitivo-comportamentale.^[1]
- **A breve termine.** La PCC, benché i suoi risultati, in caso di successo, si protraggono sul periodo a lungo termine, viene considerata una terapia breve e a breve termine, poiché il terapeuta è generalmente sempre pronto a dichiararne l’insuccesso, qualora non vengano raggiunti entro i termini prefissati dei miglioramenti desiderati, anche parziali, tangibili dal paziente stesso. La durata convenzionale della terapia rientra tra le 12 e le 16 sedute, a dipendenza del caso, con la possibilità di prolungamento per i problemi psicologici più gravi, ma in caso di mancati benefici il metodo utilizzato va dichiarato inadatto e dev’essere ricercata una strategia terapeutica alternativa.^{[1][2]}

9.5 Efficacia

Nel 1997, uno studio condotto da Freeston⁷ e colleghi dimostrò che la psicoterapia cognitivo-comportamentale era associata a miglioramenti clinici significanti nel 77% dei soggetti sottoposti al trattamento, e nel 59% dei casi i benefici erano stati mantenuti ad un controllo dopo 6 mesi dalla fine della terapia.^[2]

Vennero effettuati molteplici altri studi, i quali tutti confermarono l’efficacia delle terapie basate sull’esposizione, sulla prevenzione della risposta e sulla psicoterapia cognitiva.

⁷ Mark Freeston, professore di psicologia clinica all’Istituto di Neuroscienze della Facoltà di Scienze mediche dell’Università di Newcastle; specializzato nella ricerca sul DOC e sui disturbi d’ansia generalizzati

Tra tutti i tipi diversi di psicoterapia la PCC si è infatti rivelata la più efficace, soprattutto se unita a elementi della terapia familiare sistemica⁸, la quale migliora la convivenza della persona con i suoi cari. Circa i 2/3 dei pazienti sottoposti a questa terapia sperimentano una significativa riduzione dei sintomi ossessivi, con un conseguente miglioramento durevole dell'esistenza del paziente e della sua qualità di vita, poiché in genere questi risultati perdurano anche dopo la conclusione della cura.^[3]

1. Gabriele Melli, Vincere le ossessioni, Eclipsi, Firenze 2011.
2. D. Nutt e J. Ballenger, Anxiety Disorders, Blackwell Publishing, Torino 2005
3. La malattia nascosta, M. Rufer, C. Poppe, C. Constantin Brenni. S. Walitza

⁸ La terapia familiare sistemica sposta l'attenzione dal membro "malato" della famiglia a tutti i suoi componenti, rilevando come questi ultimi influenzino il comportamento del membro "malato".

10. Il trattamento farmacologico

10.1 Gli inizi della terapia farmacologica

Lo sviluppo di un trattamento farmacologico del disturbo ossessivo-compulsivo risale agli anni '60-'80, quando le prime ricerche dimostrarono la significativa potenzialità terapeutica dell'antidepressivo tricyclico clomipramina. Questi studi evidenziarono la prima caratteristica fondamentale del trattamento farmacologico del DOC: l'inibizione del re-uptake (ricaptazione) della serotonina. L'utilità della clomipramina nel trattamento del disturbo fece nascere negli anni '90 un grande interesse per un'altra famiglia di farmaci antidepressivi, ovvero gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, caratterizzati dall'acronimo SSRI e responsabili del processo sopra indicato.^[1]

Queste due famiglie di farmaci hanno in comune la capacità di potenziare la trasmissione nervosa, mediata dalla serotonina. Per questo motivo oggi è acquisito come la terapia farmacologica di prima scelta nel trattamento del DOC sia rappresentata dall'impiego della clomipramina o degli SSRI, e in particolar modo di questi ultimi.^[2]

10.2 L'inibizione della ricaptazione della serotonina

La clomipramina e gli SSRI sono psicofarmaci, il cui principio attivo è in grado di contrastare l'eventuale deficit della serotonina impedendone la normale ricaptazione ed eliminazione fisiologica. I principali SSRI sono: citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina e sertralina.^[5]

La serotonina è un neurotrasmettitore, avente un ruolo importante nella regolazione del tono dell'umore. La ricaptazione è quel processo mediante il quale la serotonina presente nello spazio intersinaptico viene riassorbita a livello della membrana pre-sinaptica.^[4]

Questi psicofarmaci non stimolano quindi direttamente la produzione di nuova serotonina, ma ne inibiscono il riassorbimento nel cervello da parte delle proteine della membrana pre-sinaptica e rallentano la sua eliminazione nell'intestino causandone l'accumulo nel tempo fino al ripristino di valori normali, causando una permanenza più lunga del neurotrasmettitore nel sito recettoriale.^[3]

L'alterazione dei livelli di serotonina inizia in seguito a tradursi in cambiamenti a livello sintomatologico e comportamentale, causando una riduzione degli effetti indesiderati e la comparsa degli effetti ansiolitici ed antidepressivi. Sono perciò fondamentali nella terapia farmacologica del disturbo ossessivo-compulsivo poiché riducono il livello di ansia, ma sono utilizzati comunemente anche nel trattamento della depressione.^[3]

10.3 Aspetti negativi

Sebbene la disponibilità di farmaci attivi nel trattamento del DOC abbia permesso il miglioramento, e talora la guarigione, di quadri clini prima ritenuti intrattabili, va detto che solamente il 50-70% dei casi trattati rispondono positivamente alla terapia, e pure nella percentuale restante sono pochi i casi dove viene raggiunta una privazione totale dai sintomi. Inoltre per ottenere un'efficacia anti-ossessiva delle molecole antidepressive il dosaggio utilizzato è vicino ai massimi consentiti, e la latenza di risposta non è inferiore alle sei settimane (possono essere necessarie anche dodici settimane per ottenere una risposta clinica positiva). È quindi considerata una terapia a lungo termine, che prosegue per almeno due anni anche una volta ottenuto un risultato clinico soddisfacente. Non è

inoltre priva di effetti collaterali, i quali possono comprendere secchezza delle fauci, stipsi⁹, ritenzione urinaria, ipotensione ortostatica¹⁰, tachicardia, aritmie o sedazione¹¹, per quanto riguarda la clomipramina, mentre nausea, anoressia, diarrea, cefalea, disturbi sessuali o del sonno sono associati agli SSRI.^{[1][2]}

10.4 Terapie alternative

Questi aspetti svantaggiosi legati al trattamento con clomipramina e SSRI hanno avuto come conseguenza la ricerca di terapie alternative che possano potenziare l'efficacia della cura e migliorarne gli aspetti negativi. Si sono quindi diffusi ad esempio l'uso in combinazione di clomipramina e di un farmaco SSRI, della clomipramina somministrata per via endovenosa o di neurolettici (famiglia di psicofarmaci che agiscono su precisi sistemi di neurotrasmettitori) di ultima generazione. Questi ultimi sono particolarmente utili in casi dove il paziente ha una scarsa consapevolezza della malattia.^[2]

Nel corso degli anni vennero testati e studiati numerosi farmaci, e nonostante non sia possibile illustrare i risultati di ogni mediamente testato, di seguito riporterò alcune considerazioni riguardo ai farmaci principali:

- Gli antidepressivi triciclici quali la nortriptilina, l'amitriptilina e l'imipramina, nonostante siano anch'essi responsabili dell'inibizione della ricaptazione di serotonina, non presentano effetti terapeutici contro i sintomi ossessivi-compulsivi.^[1]
- Gli antidepressivi inibitori delle mono-amino-ossidasi (MAO), nonostante alcuni sospetti iniziali, non presentano effetti terapeutici contro i sintomi ossessivi-compulsivi.^[1]
- Pure gli inibitori selettivi del re-uptake della serotonina e della noradrenalina hanno dimostrato di essere efficaci nella cura farmacologica del disturbo, in particolare la venlafaxina ha riportato significative evidenze di efficacia in pazienti resistenti o intolleranti agli SSRI, benché non vi sia nei confronti di tale principio un ampio studio in doppiociego controllato con placebo.^[1]
- La mirtazapina (antidepressivo noradrenergico e serotoninergico specifico) ha evidenziato leggeri effetti terapeutici ma la percentuale di risposta non risultò statisticamente significativa.^[1]
- Il bupropione (inibitore del re-uptake della dopamina e della noradrenalina) è stato testato nel trattamento in monoterapia del DOC ma anche in questo caso i risultati non furono significativi.^[1]
- Le benzodiazepine (ansiolitici), come l'alprazolam e il clonazepam, hanno dimostrato in diversi studi di essere in grado di ridurre le ossessioni, eliminare le compulsioni e ridurre l'ansia migliorando il tono dell'umore. Il clonazepam inoltre risultò efficace nel 40% dei pazienti non responsivi alla clomipramina.^[1] Altri studi contraddirono però questi risultati mettendo in dubbio l'efficacia del clonazepam nel trattamento della sintomatologia ossessiva, e oggi questi farmaci sono controindicati, poiché, nonostante causino una momentanea attenuazione dell'ansia, danno dipendenza e assuefazione e impediscono la comparsa dell'ansia durante l'esposizione agli stimoli ansiogeni e non consentono il processo di estinzione del condizionamento, fondamentale nel trattamento comportamentale.^[2]

⁹ Stitichezza

¹⁰ Brusco calo della pressione sanguigna in seguito all'improvviso passaggio dalla posizione seduta o sdraiata (clinostatismo) a quella eretta (ortostatismo)

¹¹ Stato di ipnosi parziale in cui il paziente non perde completamente la nozione di sé

- Il buspirone (ansiolitico non benzodiazepinico) ha riscontrato in uno studio un'efficacia simile a quello della clomipramina ma altri studi presentarono risultati contraddittori e il suo effetto non venne più indagato, ma viene tuttora utilizzato saltuariamente nel trattamento del disturbo.^[1]

10.5 Trattamento combinato

Anche queste varianti presentano però svariati effetti collaterali, e risulterebbe quindi svantaggioso, in genere, attuare un tale accanimento psicofarmacologico. Una psicoterapia mirata invece, unita al trattamento farmacologico o singolarmente, risulta probabilmente più utile e indicata.^[2]

In conclusione, si può affermare che l'affinamento delle strategie farmacologiche ha portato ad un miglioramento della prognosi del disturbo ossessivo-compulsivo, ma gli alti dosaggi necessari, i prolungati periodi di somministrazione e le difficoltà nell'intervenire su pazienti "resistenti", cioè quelli che non presentano alcun miglioramento (quasi la maggioranza dei casi), rendono raccomandabile il loro utilizzo, dove si valuti di ricorrervi, unicamente accompagnato da una terapia cognitivo-comportamentale, o almeno da un programma di auto aiuto. I farmaci da soli possono infatti risultare spesso inefficaci, oppure presentare un forte rischio di ricaduta una volta terminato il trattamento, poiché, a differenza della terapia cognitivo-comportamentale, combattono unicamente i meccanismi fisiologici legati ai sintomi del disturbo (o a eventuali cause biologiche), mentre non ricercano delle cause psicologiche e non cancellano gli impulsi compulsivi affrontandoli.

1. Articolo di aggiornamento sulla cura farmacologica, <http://www.jpsychopathol.it/issues/2007/vol13-2/Maina.pdf>
2. Gabriele Melli, Vincere le ossessioni, Eclipsi, Firenze 2011.
3. <http://www.neurofarmacologia.net/2009/01/02/gli-inibitori-della-ricaptazione-della-serotonina-sono-tutti-uguali/>
4. <https://it.wikipedia.org/wiki/Ricaptazione>
5. M. Rufer, C. Poppe, C. Constantin Brenni, S. Walitza, La malattia nascosta, Società svizzera per i Disturbi ossessivi compulsivi, Svizzera 2015.

11. Conclusioni

Il mio obiettivo iniziale era quello di aumentare la mia conoscenza riguardo al disturbo ossessivo-compulsivo, e ora posso dire di averlo raggiunto, le risposte trovate soddisfano pienamente le mie domande iniziali.

Il disturbo ossessivo-compulsivo è infatti un disturbo tutt'altro che raro, la sua incidenza nella popolazione è del 2-3%. Le ipotesi psicologiche riguardo la sua causa, sia quelle comportamentiste che quelle cognitive, risultano estremamente verosimili. La concezione di Freud sulla nevrosi ossessiva e sull'origine dei pensieri ossessivi è affascinante, nonostante sia stata superata da teorie più recenti. In futuro voglio informarmi anche sulle ipotesi neurobiologiche ed ereditarie del disturbo, non comprese nel mio lavoro.

Al termine di questa ricerca sono più informato su come una persona affetta dal disturbo vive la sua quotidianità, su quali problemi deve affrontare ogni giorno e quanto malessere lo accompagna.

Ora posso inoltre smentire la credenza abbastanza comune secondo cui il disturbo ossessivo-compulsivo è incurabile. Dopo una diagnosi ottimale, una persona affetta da DOC può infatti contare su trattamenti di psicoterapia cognitivo-comportamentale o su una terapia farmacologica con tassi di riuscita molto alti. Oltre all'efficacia di queste terapie "tradizionali", recentemente sono stati introdotti strumenti di cura innovativi ed altrettanto efficaci, come per esempio la stimolazione magnetica transcranica.

La ricerca di informazioni riguardando il disturbo ossessivo-compulsivo non è stata evidente: ritengo che molti testi a riguardo abbiano un grado di approfondimento troppo basso o troppo elevato, e le fonti in lingua italiana sono abbastanza limitate, per cui ho dovuto utilizzare testi prevalentemente in inglese.

Inoltre, a causa delle svariate tipologie di cura esistenti, la cui efficacia non è mai assicurata nel 100% dei casi, soprattutto per quanto riguarda la terapia farmacologica mi sono imbattuto spesso in informazioni diversificate, o persino contraddittorie.

In generale lo svolgimento e la redazione di questo lavoro di maturità è stato un compito non indifferente per me, poiché, nonostante la passione per la materia e l'interesse per il tema scelto, la scarsa costanza nel lavoro e l'iniziale ritardo, accumulato nella fase di ricerca, hanno comportato una difficoltà e uno stress nel portare a termine il lavoro.

Una volta raggiunta la fine sono però rimasto soddisfatto delle risposte trovate e del risultato ottenuto, nonostante mi sono accorto di essermi lasciato trasportare eccessivamente dal mio indirizzo di studio scientifico, specialmente nella parte riguardante il trattamento del DOC, fuoriuscendo a volte dalla psicologia e addentrandomi nella biologia e nella medicina. A posteriori posso affermare che mi sarebbe piaciuto utilizzare quel tempo per approfondire maggiormente gli aspetti psicologici legati alle conseguenze del disturbo e all'influsso sui familiari, cose che purtroppo non ho potuto fare.

In conclusione posso affermare che questo lavoro è stato un'interessante attività, la quale mi ha avvicinato maggiormente al mondo della psicologia e della ricerca, confermandomi l'intenzione di continuare gli studi in quest'ambito.

12. Bibliografia e sitografia

12.1 Bibliografia

- Gabriele Melli, *Vincere le ossessioni*, Eclipsi, Firenze 2011.
- Susanne Fricke e Iver Hand, *Avrò chiuso la porta di casa?*, Erickson, Trento 2011.
- D. Nutt e J. Ballenger, *Anxiety Disorders*, Blackwell Publishing, Torino 2005.
- M. Rufer, C. Poppe, C. Constantin Brenni, S. Walitza, *La malattia nascosta*, Società svizzera per i Disturbi ossessivi compulsivi, Svizzera 2015.
- Sigmund Freud, *Ossessioni, fobie e paranoia*, Newton Compton, Roma 2010.
- Appunti personali presi durante le lezioni dell'Opzione complementare di Psicologia.
- Dr. Tazio Carlevaro, medico specializzato in psichiatria e psicoterapia. L'insostenibile peso del DOC, articolo sul settimanale "Azione", del 25 gennaio 2016.

12.2 Sitografia

- Vocabolario Treccani, <http://www.treccani.it/vocabolario/>
- Psychiatry online, <http://www.psychiatryonline.it/node/3614>
- APC, <http://www.apc.it/pazienti-ossessivi/disturbo-ossessivo-compulsivo>
- Associazione italiana disturbo ossessivo-compulsivo, www.aidoc.it
- Enciclopedia Treccani, <http://www.treccani.it/enciclopedia/sigmund-freud/>
- Neurofarmacologia, <http://www.neurofarmacologia.net/2009/01/02/gli-inibitori-della-ricaptazione-della-serotonina-sono-tutti-uguali/>
- Wikipedia, <https://it.wikipedia.org/wiki/Ricaptazione>
- Scholarpedia, <http://www.scholarpedia.org/article/TMS>
- Wikipedia, https://en.wikipedia.org/wiki/Transcranial_magnetic_stimulation
- Wkipipedia, https://en.wikipedia.org/wiki/Deep_transcranial_magnetic_stimulation
- Neuro psychiatry online, <http://neuro.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.neuropsych.11100242>
- Sciencedirect, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933815306180?np=y>
- Articolo di aggiornamento sulla cura farmacologica, <http://www.jpsychopathol.it/issues/2007/vol13-2/Maina.pdf>
- <http://alexiameli.altervista.org/freud-e-lorigine-della-nevrosi-il-ritorno-del-rimosso/>

12.3 Sitografia delle immagini

- Immagine in copertina: <http://psicologagenova.it/wp-content/uploads/2015/06/disturbo-ossessivo-compulsivo-2.jpg>

- Figura 1: <https://pensieriosceni.files.wordpress.com/2012/03/images3.jpg>
- Figura 2: http://usercontent1.hubimg.com/8758532_f1024.jpg
- Figura 3: <http://cdn.nlciao-janchilla.savviihq.com/wp-content/uploads/Ursus-Wehrli-soep-met-vermicelli-450x281.jpg>
- Figura 4: <http://gruzsplech.ru/wp-content/uploads/2015/07/3.jpg>
- Figura 6: http://istoriamilitara.org/images/stories/demo/Agenda-eventi/Sigmund_Freud.jpg
- Figura 7: https://www.google.ch/search?q=transcranial+magnetic+stimulation&hl=it-CH&biw=1423&bih=627&source=Inms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiZ15ewoKTKAhUELA8KHYSyCB_YQ_AUIBigB&dpr=0.9#hl=it-CH&tbm=isch&q=stimolazione+transcranica+magnetica&imgc=IKAZSxLRWMPG-M%3A