



Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC)

di Salvatore Di Salvo

Diffusione

Studi epidemiologici del DOC hanno evidenziato un'incidenza nella popolazione psichiatrica di circa il 5%. Il disturbo interessa pressoché in uguale misura i due sessi e l'età media di esordio oscilla fra 22 e 35 anni.

Si presenta come l'exasperazione di alcuni tratti preesistenti della personalità, connotati come temperamento ossessivo-compulsivo, substrato su cui viene a sovrapporsi il disturbo vero e proprio. I soggetti con tale temperamento appaiono controllati, cauti, riflessivi, razionali nell'approccio alla vita e ai suoi problemi. Questi tratti possono talora essere esasperati facendo apparire i pazienti aridi e pedanti, a volte ostinati e fastidiosi. Essi enfatizzano la ragione e la logica a spese del sentimento e dell'intuizione. Risultano affidabili in quanto appaiono sobri, emotivamente distaccati, decisi nei loro scopi, zelanti. Possono essere molto formali nel comportamento, conferiscono grande importanza all'onestà, hanno uno spiccato senso del diritto di proprietà, gestiscono i loro beni con parsimonia. Nei rapporti con i familiari sono freddi, formali, spesso insistenti perché gli altri si sottomettano incondizionatamente al proprio modo d'agire e giungono talvolta in famiglia ad esercitare una vera e propria tirannia.

Esordio

L'esordio del DOC vero e proprio avviene di solito in età giovanile, di solito prima dei 25 anni di età, ma può anche manifestarsi nell'adolescenza e nell'infanzia. Nella maggior parte dei casi i sintomi si manifestano gradualmente, in modo insidioso, causando dapprima solo una modesta sofferenza ed un lieve disagio che poi si aggravano progressivamente, costringendo il paziente a ricercare l'aiuto del medico. Il disturbo può risultare compatibile con accettabili livelli di adattamento per lunghi periodi e l'intervento psichiatrico viene rimandato nel tempo. L'aggravamento della sintomatologia ossessivo-compulsiva causa invalidità e/o la comparsa di depressione, da cui la richiesta d'aiuto.

Temperamento ossessivo-compulsivo

Nelle descrizioni classiche il disturbo ossessivo è presentato come l'evoluzione e/o l'esasperazione di alcune caratteristiche di personalità preesistenti che costituiscono il substrato sul quale viene a sovrapporsi il disturbo vero e proprio.

Il temperamento ossessivo-compulsivo è stato variamente descritto nella letteratura come "carattere ossessivo", "personalità anale", o "personalità anancastica". I soggetti con tratti ossessivi appaiono controllati, cauti, riflessivi, razionali nell'approccio alla vita e ai suoi problemi. Questi tratti possono talora essere esasperati facendo apparire i pazienti aridi e pedanti. Essi enfatizzano la ragione e la logica a spese del sentimento e dell'intuizione, e fanno ogni tentativo possibile per essere oggettivi e per evitare di essere trascinati dall'entusiasmo. Risultano affidabili in quanto appaiono sobri, emotivamente distaccati, decisi nei loro scopi, zelanti. Hanno un elevato senso della giustizia ed esigono che le istituzioni e le persone si comportino in conformità alle loro idee e sono spesso conservatori. Possono essere ostinati e fastidiosi, molto formali nel comportamento, conferiscono grande importanza all'onestà, hanno uno spiccato senso del diritto di proprietà, gestiscono i loro beni con parsimonia e difficilmente dividono con altri ciò che appartiene a loro. Anche i rapporti con i familiari sono freddi, formali, spesso caratterizzati dall'insistenza perché gli altri si sottomettano incondizionatamente al proprio modo di agire e giungono talvolta ad esercitare una vera e propria tirannia nella famiglia e nell'ambiente di lavoro.

Vale la pena sottolineare che il temperamento ossessivo-compulsivo non costituisce di per sé un disturbo, ma i soggetti con le suddette caratteristiche hanno una maggiore possibilità di sviluppare i sintomi di un vero e proprio DOC.

Sintomi del DOC

I sintomi ossessivo-compulsivi possono riguardare temi diversi: si possono riferire ad eventi temuti, come nel caso di essere ossessionato dall'idea di morire entro un preciso giorno, o ad azioni già avvenute, come l'ossessione di essere responsabili di un qualche evento risalente anche ad anni prima.

Possono consistere in misure protettive contro certi desideri, oppure atti o idee semplici o molto elaborati, come avviene nel caso di rituali numerici: ad esempio tenere a mente la somma di tutti i numeri di targa delle auto incrociate per strada.

I diversi tipi di rituali variano da soggetto a soggetto. Le ossessioni più frequenti sono quelle riguardanti lo sporco e la contaminazione con germi, escrementi, radiazioni. Altre ossessioni, in ordine decrescente di frequenza, sono quelle a contenuto aggressivo contro se stessi o contro altri, aggressività verbale o fisica, incidenti, calamità naturali, guerre. Le ossessioni dubitative riguardano

attività quotidiane, come ad esempio il controllo reiterato della chiusura di serrature, rubinetti dell'acqua, del gas, interruttori della luce; quelle numeriche riguardano calcoli matematici o date; le sessuali riguardano proposte sessuali, impulsi incestuosi, fantasie di stupro, omosessualità; le religiose riguardano idee di commettere peccati, bestemmie, gesti sacrileghi; le esistenziali riguardano mettere in dubbio l'essenza e il perché del mondo, della vita.

Quando sono presenti idee o immagini relative ad un impulso a compiere azioni irrazionali, anche se l'impulso rimane tale e non è messo in atto, il paziente è terrorizzato dal timore di perdere il controllo delle proprie azioni.

Se i fenomeni ossessivo-compulsivi rimangono a livello ideativo, nessuno può venirne a conoscenza a meno che non vengano confessati: in genere però il paziente evita di riferirli e vengono a lungo tenuti segreti. E' possibile mantenere nascosti anche i cosiddetti rituali mentali, come il contare ed il ripetere mentalmente parole, numeri o frasi. La situazione è diversa nel caso in cui sono presenti atti compulsivi, cioè comportamenti finalizzati ed intenzionali che il paziente mette in atto secondo certe regole o in maniera stereotipata.

I rituali più frequenti riguardano la pulizia e sono spesso associati ad idee di contaminazione. La pulizia può essere personale, come ad esempio lavarsi i denti per ore dopo ogni pasto fino a farsi sanguinare le gengive, oppure lavarsi le mani con prodotti abrasivi e disinfettanti fino a procurarsi lesioni. Nei rituali possono essere interessate anche attività domestiche quali il bucato, rimettendo ad esempio i panni in lavatrice anche tre quattro volte di seguito, non convinti che siano sufficientemente puliti.

I rituali di controllo riguardano più frequentemente gesti della vita quotidiana quali controllare ripetutamente la chiusura di porte e finestre di casa, interruttori dell'acqua, della luce, del gas.

I rituali di ordine sono rappresentati dal ripetersi di gesti banali come allineare libri, soprammobili, oggetti da scrivania, penne, cuscini sulle poltrone, mettere in ordine i cassetti, la biancheria negli armadi, gli abiti prima di coricarsi.

I rituali di simmetria hanno un significato analogo a quelli di ordine, ai quali spesso si accompagnano, e presentano gradi variabili di complessità: dal semplice raddrizzare i quadri appesi alle pareti al mettere in atto elaborati rituali motori per rendere simmetrici i propri movimenti, ad esempio nel camminare, nel varcare la soglia di una porta, nel non calpestare i contorni delle piastrelle dei pavimenti.

I rituali numerici possono consistere nel ripetersi di calcoli matematici, tenere a mente numeri di targa, bocconi di cibo deglutiti, oppure nell'enumerare le attività ritualistiche già descritte, come contare il numero di lavaggi delle mani oppure i numeri di controlli del gas, della porta di casa.

Il significato attribuito dai pazienti ai rituali è spesso scaramantico, diretto ad evitare disgrazie o a propiziare eventi futuri.

Forme cliniche

Nei pazienti DOC è frequente la concomitante presenza di fenomeni ossessivi e comportamenti compulsivi. Le modalità di combinazione dei sintomi ossessivo-compulsivi sono numerose e, sul piano clinico, si possono distinguere alcuni sottogruppi.

La forma clinica più comune è caratterizzata dalla presenza di idee e di pensieri ricorrenti di contaminazione associati a rituali di pulizia. Il timore dello sporco e dei germi, di sostanze tossiche, veleni, agenti cancerogeni, insetticidi, radiazioni, si accompagna a rituali di pulizia che comprendono la minuziosa ed esasperata pulizia della propria persona, nonché le attività ripetitive di lavaggio e di disinfezione dell'ambiente.

Seguono, in ordine di frequenza, le forme caratterizzate da ossessioni dubitative. Queste mostrano contenuti di vario tipo: dal timore di non avere eseguito correttamente piccole incombenze quotidiane, fino a preoccupazioni di ordine esistenziale, filosofico, etico, religioso. Mentre nel primo caso sono quasi sempre presenti rituali di controllo, nel secondo le ossessioni si manifestano più spesso isolate e si parla così di pazienti ossessivi puri. Il dubbio patologico ha spesso un contenuto aggressivo e si accompagna a rituali di controllo. La paura di commettere azioni aggressive include il timore di perdere il controllo, di uccidere, ferire, strangolare, mutilare, violentare. Questo tipo di ossessioni conduce in genere all'evitamento di armi, oggetti e situazioni potenzialmente pericolose ed al compimento di complessi rituali protettivi.

Sindromi meno frequenti sono quelle caratterizzate da ossessioni e rituali numerici, generalmente associati a ripetitività, necessità di ordine e di simmetria.

Più raro è il quadro della lentezza ossessiva primaria, caratterizzato da un rallentamento globale nell'esecuzione delle attività quotidiane, mentre la quota ansiosa riferita dal soggetto è trascurabile. E' frequente infatti che la lentezza sia il risultato della maggior parte dei rituali, ma solo occasionalmente questa diviene il sintomo predominante.

Le *ossessioni*, secondo il DSM-IV, sono definite dalle seguenti caratteristiche:

1. pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti, vissuti come intrusivi o inappropriati e che causano ansia o disagio marcati;
2. i pensieri, gli impulsi o le immagini non sono semplicemente eccessive preoccupazioni per i problemi della vita reale;
3. la persona tenta di ignorare o di sopprimere tali pensieri, impulsi o immagini, o di neutralizzarli con altri pensieri o azioni;

4. la persona riconosce che i pensieri, gli impulsi, o le immagini ossessive sono un prodotto della propria mente e non imposti dall'esterno.

Le *compulsioni* sono definite dalle seguenti caratteristiche:

1. comportamenti ripetitivi (per es. lavarsi le mani, riordinare, controllare) o azioni mentali (per es. pregare, contare, ripetere parole mentalmente) che la persona si sente obbligata a mettere in atto secondo regole che devono essere applicate rigidamente;
2. i comportamenti o le azioni mentali sono volti a prevenire o ridurre il disagio o a prevenire alcuni eventi o situazioni temuti e non sono collegati in modo realistico con ciò che sono designati a neutralizzare o a prevenire, oppure sono chiaramente eccessivi.

Come riconoscere un Disturbo Ossessivo-Compulsivo

Secondo il DSM-IV è possibile fare diagnosi di DOC quando:

1. in qualche momento del corso del disturbo la persona ha riconosciuto che le ossessioni o le compulsioni sono eccessive o irragionevoli;
2. le ossessioni o compulsioni causano disagio marcato, fanno consumare tempo (più di 1 ora al giorno) e interferiscono significativamente con le normali abitudini della persona, con il funzionamento lavorativo, scolastico o con le attività o relazioni sociali usuali.

Decorso ed evoluzione

Il DOC è ritenuto un disturbo a decorso cronico con fluttuazioni dell'intensità dei sintomi.

Sono stati proposti due sottotipi di DOC in base al decorso:

- episodico (privo di sintomi per almeno un mese durante un anno di osservazione);
- cronico (continuo, stabile, deteriorativo o fluttuante, ma comunque senza remissioni complete).

Il sottotipo episodico è caratterizzato da insorgenza tardiva, dopo i 25 anni di età, con prevalenza nel sesso femminile, in misura di due soggetti su tre, minore frequenza di sintomi compulsivi e depressivi che, quando presenti, non sembrano secondari alla sintomatologia ossessivo-compulsiva.

Il sottotipo cronico risulta al contrario prevalente nel sesso maschile, in misura di due a uno, ha un'insorgenza precoce, prima dei 25 anni di età, presenta più frequentemente compulsioni ed una elevata incidenza di sintomatologia depressiva concomitante.

A diverse modalità evolutive corrispondono vari gradi di compromissione del funzionamento socio-lavorativo: mentre l'andamento episodico può consentire un funzionamento sociale e lavorativo adeguato, il decorso ingravescente può condurre ad una marcata invalidità.

Complicanze

La complicanza più frequente consiste nello sviluppo di una depressione secondaria: in questi casi i sintomi depressivi quali l'insonnia, il rallentamento, la riduzione dell'appetito ed i propositi autolesivi non sono rilevanti e la presenza del sintomo umore depresso risulta in genere derivabile dai disagi e dal senso di profonda frustrazione provocati dalla presenza dei sintomi ossessivo-compulsivi.

La frequente compromissione della sfera del lavoro e degli interessi è riconducibile, in questi pazienti, alla gravità del DOC piuttosto che alla componente depressiva.

I pazienti con DOC presentano un rischio di suicidio inferiore rispetto ai disturbi primari dell'umore e il rischio di tossicodipendenza, abuso di alcolici o di benzodiazepine è significativamente più basso che in altri disturbi.

Prognosi

Il grado di compromissione mostrato dai pazienti ossessivi è variabile da moderato a grave. In passato la prognosi era sfavorevole in quanto non erano disponibili efficaci rimedi terapeutici.

Questo si avvera oggi solo o in quei casi resistenti alla terapia farmacologica o che rifiutano l'assunzione dei farmaci perchè preoccupati per i possibili effetti negativi che il farmaco può produrre, soprattutto quando viene loro prospettata una terapia a lungo termine.

Nei casi in cui non è possibile seguire alcuna strategia terapeutica i temi ossessivi si fissano, si ripetono con monotonia e l'esistenza del paziente risulta essere dominata dalla sola attività compulsiva.

Fattori prognostici negativi sono rappresentati da un esordio precoce: la gravità iniziale dei sintomi, soprattutto in età infantile e adolescenziale, predispone ad una prognosi meno favorevole.

Nonostante non sia dimostrato che l'età di esordio sia predittiva del successivo decorso del DOC, l'indicazione è di iniziare tempestivamente un trattamento.

Terapia

I dati disponibili indicano un miglioramento significativo in una percentuale di casi variabile tra il 35% e il 60%. Per quanto riguarda la durata del trattamento va considerato che, nella terapia del DOC, i farmaci mostrano un tempo di latenza di 1-3 mesi prima di fornire una risposta terapeutica soddisfacente.

Gli antidepressivi che hanno dimostrato efficacia nella terapia del DOC appartengono al gruppo dei triciclici e degli SSRI. Questi ultimi vengono considerati farmaci di prima scelta soprattutto quando è necessario un trattamento ad alti dosaggi per un tempo prolungato. L'associazione delle BDZ è

indicata per il trattamento sintomatico iniziale dell'ansia che si accompagna alla sintomatologia ossessiva.