



CentroMoses

Il Disturbo Obsessivo Compulsivo





CentroMoses





Redazione:

Opuscolo preparato dal Centro Moses e ispirato ad analoghi opuscoli pubblicati dall'ENPAP Ente Nazionale previdenza ed assistenza per gli psicologi.

Testo a cura di:

Andrea Gatti
Psicologo tirocinante

Daniele Ognibene
Psicologo, Psicoterapeuta CBT

Progetto Grafico:

Brescia Events | www.bresciaevents.it



CentroMoses





Indice

Inquadramento	7
Le ossessioni	8
Le compulsioni	10
Epidemiologia	15
Eziopatogenesi del DOC	15
Trattamento	17
Bibliografia	20

o c d



Rientra nella normalità avere il dubbio se abbiamo chiuso la porta o la manopola del gas e tornare a controllare, lavarsi le mani dopo aver toccato oggetti sporchi o ritenuti tali, oppure balenare un pensiero disturbante sul poter compiere un'azione contraria alla nostra morale. Sono alcuni dei pensieri, immagini, sensazioni, emozioni che quotidianamente possono interferire o disturbare la nostra quotidianità, rimangono però il tempo di un controllo, un lavaggio delle mani o ridere dello strano pensiero avuto, in questi casi potremmo parlare di semplici preoccupazioni normali

quando si incorre in problematiche giornaliere. Quando però questi pensieri ci tornano in maniera ricorsiva diventando fortemente disturbanti provocando ansia, manifestazioni somatiche avverse tali da impattare negativamente sulla qualità della nostra vita e rendere necessarie strategie compulsive quali appunto controlli e lavaggi ripetuti, rituali, evitamenti per cercare di alleviarli, stiamo parlando di un disturbo ossessivo compulsivo (DOC).

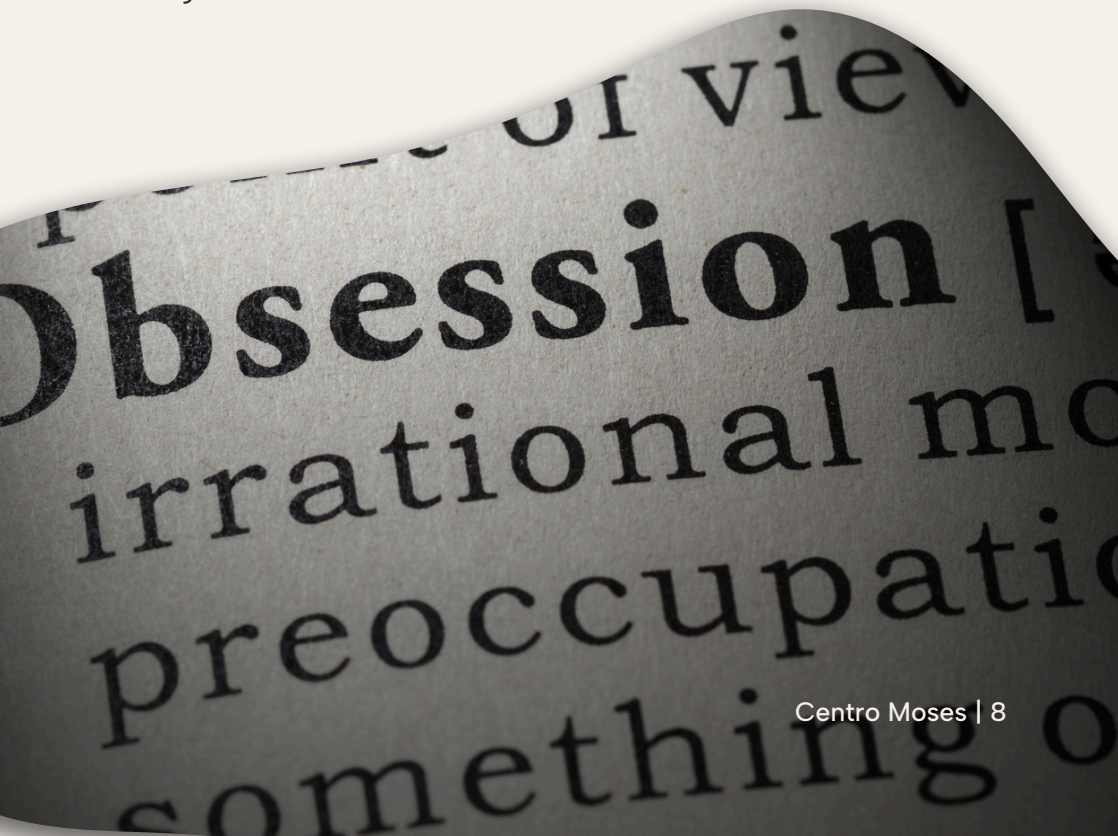
Il DOC almeno nell'80% dei casi, è caratterizzato da ossessioni e da compulsioni, a volte infatti possono essere presenti solo le ossessioni.



Le ossessioni

Le ossessioni, sono pensieri, emozioni, sensazioni immagini., percepite come una terribile minaccia, diventano ricorrenti, persistenti, vissute come indesiderate ed intrusive, portatrici di stati mentali che causano forte ansia disagio nella persona (Abraham & Nussbaum, 2013/2014).

Le ossessioni rappresentano una condizione "egodistonica", ovvero percepite come contrarie al vero volere, o alla morale nella mente del soggetto, il loro avverarsi rappresenterebbe un danno non solo verso so stessi ma soprattutto verso gli altri.

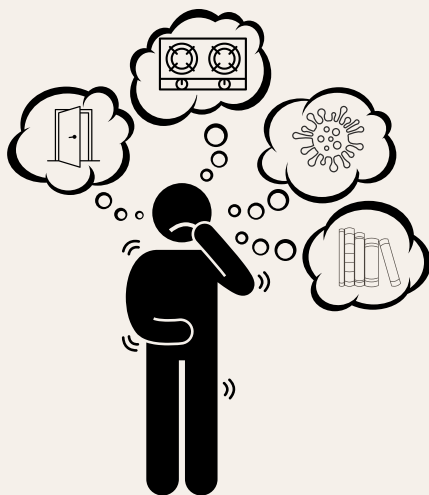


Temi ricorrenti nelle ossessioni sono:

- ✿ Paura di fare del male a sé stessi o agli altri
- ✿ Attenzione eccessiva a idee morali o religiose
- ✿ Pensieri sgradevoli di contenuto sessuale o violento
- ✿ Bisogno di ordine e simmetria
- ✿ Dubbi rispetto all'aver chiuso la porta, le finestre, il gas o i rubinetti o all'aver spento le luci
- ✿ Timore di agire in maniera vergognosa o inappropriata
- ✿ Pensieri magici e credenze superstiziose ad esempio, «Se non conto fino a 87 succederà qualcosa di terribile ai miei familiari» «Ho paura del numero 6 e devo evitarlo perché il 666 è considerato il numero del diavolo»
- ✿ Paura di essere contaminati, o contaminare gli altri, con infezioni o sostanze e oggetti disgustosi;



Le compulsioni



Le compulsioni rappresentano strategie di contenimento e prevenzione che il soggetto mette in atto per cercare di interrompere e/o controllare l'insopportabile flusso di pensieri o immagini mentali indesiderate al fine di combattere o cercare di mitigare l'ansia e l'angoscia, che tali stati mentali producono, accompagnate molto spesso da manifestazioni somatiche avverse.

Tali comportamenti rigidi e ripetitivi se leniscono al momento gli stati mentali spiacevoli, non fanno altro che mantenere ed alimentare i sentimenti di fastidio ed impotenza.

ESEMPI DI TIPICHE COMPULSIONI E DI COMPORTAMENTI PROTETTIVI SONO:

Contaminazione

per le persone che ne soffrono la grande minaccia è che loro stessi ma anche i familiari possono contrarre malattie se vengono in contatto con germi o sostanze ritenute portatrici di malattie.

A volte lo sporco può essere sociale come venire a contatto con tossicodipendenti, barboni, persone anziane o morale/metafisico. Le compulsioni consistono in comportamenti preventivi quali di protezione come i in questo ripetuti lavaggi delle mani , del corpo, dei vestiti, evitare bagni pubblici, luoghi affollati dove possano contrarre potenzialmente malattie.

Dubbio e controllo:

in questa categoria troviamo persone che hanno ossessioni di poter provocare danni a sé stesi o agli altri se non mettono in atto compulsioni preventive e protettive di controllo senza necessità. Il controllo compulsivo è finalizzato ad accertarsi e tranquillizzarsi momentaneamente che niente possa procurare danni.

Tra le più frequenti compulsioni troviamo:

- controllare (che le porte, il gas o i rubinetti siano chiusi, che e le luci siano spente,
- ripercorrere un percorso in auto per assicurarsi di non aver investito un pedone);
- controllare più volte denaro o compiti lavorativi in special modo quando si tratta di aspetti economici.

Ordine e simmetria:

per questi soggetti tutto deve essere perfetto ed avere un ordine prestabilito, per cui nella scrivania tutti gli oggetti devono essere allineati in modo simmetrico, così come abiti, cassetti, biancheria, interno dell'automobile etc. Anche il corpo è interessato negli schemi di ordine: capelli, unghie, muscoli, vestiti.



Osessioni pure

In questa categoria rientrano i soggetti che hanno immagini dove compiono atti indesiderati o essere o diventare persone riprovevoli secondo il loro criterio morale. Generalmente hanno solamente ossessioni. Rientrano in questa categoria i pensieri di tradimento verso il partner, compiere atti di pedofilia, diventare omosessuale, aggredire e fare del male a persone care, stuprare, bestemmiare. Queste persone pensano che il solo atto di pensarlo o immaginarlo corrisponda ad averlo compiuto, dal momento che questi pensieri sono fortemente egodistonici, essi generano forte ansia ed angoscia.

Accumulo

questa ossessione “costringe” le persone ad accumulare oggetti inutili in casa o garage, cantine etc., con grandi difficoltà nel doversene liberare tale. L'accumulo di oggetti rende a volte difficile i movimenti in casa, quando obbligati dai familiari o altri a liberarsene, hanno sintomi di ansia e stress..



Compulsioni mentali

Questa categoria può essere applicata a ciascuna delle ossessioni prese in esame, si tratta di rituali, conteggi, comportamenti (ad esempio toccare un certo numero di volte una parte del corpo o una poltrona per esorcizzare il pensiero di una disgrazia a familiari), contare secondo certi schemi; ripetere mentalmente parole o frasi. Chiedere continuamente rassicurazioni è un comportamento compulsivo che mantiene ed alimenta il disturbo. (Una ragazza che cerca ed ottiene la vicinanza della madre per la paura di rimanere sola in casa, trova conferma che della sua ossessione)

Il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5), stabilisce che per porre diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), devono essere presenti ossessioni e/o compulsioni.

Per parlare di una vera e propria patologia però, i sintomi devono interferire gravemente nel funzionamento lavorativo e nelle relazioni, oltre che impegnare chi ne soffre per tanto tempo (più di 1 ora al giorno!) (Abraham et al., 2013/2014).



Epidemiologia

Secondo dati recenti, circa 3 persone su 100 hanno sviluppato nella loro vita il disturbo ossessivo-compulsivo e non sembra esserci molta differenza tra maschi e femmine, se non per l'età di esordio, dove i sintomi sembrano comparire prima nei maschi (Mohammadi, Ahmadi, Hooshyari, Khaleghi, Rismanian Yazdi & Mehrparvar, 2021). L'esordio difficilmente sorraggiunge prima dei 20 anni e il DOC.

Eziopatogenesi del DOC

La particolare eterogeneità e sintomatologia del fenomeno e dei suoi sintomi, rende difficile identificare, una unica ed identificabile matrice nella genesi del disturbo. Considerate le caratteristiche di base, si può procedere integrando diversi approcci in maniera equilibrata.

APPROCCIO COGNITIVO COMPORTAMENTALE

attualmente questo approccio sembra essere il più consistente e si basa sulla errata interpretazione e sul significato particolarmente minaccioso che il soggetto dà a pensieri, immagini, sensazioni (Rachman 1997).

La valutazione delle informazioni appare distorta da convinzioni di base, assunzioni, credenze che provocano pensieri intrusivi, generanti a loro volta ansia, angoscia, emozioni negative, manifestazioni somatiche avverse, che il soggetto cerca di prevenire o neutralizzare attraverso compulsioni, rituali, evitamenti, etc. con il risultato di mantenere e alimentare il disturbo.

APPROCCIO COGNITIVO EVOLUZIONISTICO

Il modello prende l'abbrivio dalle teorie evoluzionistiche darwiniane che postulano la prerogativa dei mammiferi in generale ma dell'homo sapiens in particolare, di generare delle strategie difensive come adattamento e sopravvivenza alle minacce. Nel DOC però la minaccia viene interpretata in termini idiopatici in un continuum che da normale ed adattivo giunge ad interpretazioni distorte ed estreme.

APPROCCIO NEUROBIOLOGICO

La rilevazione e la modulazione della paura sono deputate alla sincronia tra l'area limbica e la corteccia orbito frontale responsabile del rimuginio, della pianificazione e dei processi decisionali (Gilbert 2009, Le Doux 1998, Siegel 2010), per consentire al sistema di autocontrollo, di attivare risposte adattive alla sopravvivenza.

Dagli studi di neuroimaging si evince come le ossessioni siano causate da una maggiore attivazione dell'amigdala rispetto alla corteccia orbito frontale. (Matais, Cole et.al. 2003)

Da un punto di vista biologico sembra confermato il ruolo del sistema serotoninergico. Una disregolazione di questo neurotrasmettitore favorirebbe lo sviluppo e l'evolversi del disturbo ossessivo-compulsivo nel tempo. Questo sarebbe confermato dal ruolo d'elezione che hanno gli SSRI (inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina) nel trattamento e nella presa in cura dei pazienti con diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo (Pittenger & Bloch, 2014).

La combinazione di farmacoterapia e di psicoterapia potrebbe risultare per il fine di una buona convivenza con la malattia (Pittenger, Kelmendi, Bloch, Krystal & Coric; 2005). Visto il ruolo della serotonina nella eziologia del DOC, vengono utilizzati i farmaci appartenenti alla classe degli inibitori della serotonina (SSRI).

Trattamento

LA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE COSTITUISCE IL TRATTAMENTO PIÙ EFFICACE PER TRATTARE IL DOC

Psicoterapia comportamentale

Si basa sul principio dell'apprendimento e mira alla modifica dei comportamenti.

La tecnica maggiormente usata è l'esposizione, in breve si pone gradualmente il soggetto, a contatto con la causa dell'ossessione (es: paura dello sporco, dubbi, etc.), fino alla scomparsa dei pensieri ricorrenti, nello stesso tempo il paziente dovrà astenersi dal mettere in atto le strategie che utilizza per sedare l'ansia che le ossessioni procurano, vale a dire le compulsioni, i rituali, gli evitamenti etc., che come detto in precedenza mantengono ed alimentano il disturbo, parliamo in questo caso della tecnica di esposizione con prevenzione della risposta (ERP).

Psicoterapia cognitiva

La parte cognitiva cerca invece di agire su quelle convinzioni del paziente che portano pensieri intrusivi e procurano emozioni e sensazioni negative ansiogene ed angoscienti. Il soggetto elabora le informazioni in entrata in maniera distorta, portandolo a soffermare l'attenzione in quei pensieri che giudica pericolosi: come un radar che scannerizza l'ambiente intorno a sé alla ricerca di potenziali pericoli.

Una modalità di pensiero distorta è la cosiddetta fusione pensiero-azione, vale a dire il soggetto elabora che dal momento ha avuto un pensiero presuppone sia vero, confondendo il fatto con il pensiero oppure il solo averlo pensato equivale ad avere compiuto il fatto. (dal momento che penso di contaminarmi allora è vero, pensare ad un'altra donna equivale ad aver tradito mia moglie, quindi sono una cattiva persona)



Terapia cognitiva basata sulla mindfulness (MBCT)



Molto spesso la terapia cognitivo comportamentale classica fallisce per la difficoltà che i pazienti trovano nel distaccarsi dai pensieri ricorsivi e dalla necessità di combattere le ansie che i pensieri intrusivi e disturbanti provocano, ricorrendo alle compulsioni, l'approccio mindfulness ribalta completamente tale approccio.

La caratteristica fondamentale del modello non è modificare il contenuto dei pensieri ma cambiare il rapporto che si ha con essi. I pensieri vengono considerati un mero evento mentale innocuo e transitorio, l'obiettivo è osservare, riconoscere accogliere ed accettare i pensieri, e le ansie che essi procurano senza reagire, come osservatori esterni, concentrandosi sul presente reale. La pratica costante della mindfulness, permette man mano ai pazienti di rendersi conto della natura illusoria dei pensieri ossessivi, della inutilità di combatterli o evitarli fino a lasciarli andare e poter rispondere ad essi in maniera più realistica ed efficace.





CentroMoses



Alcuni suggerimenti bibliografici:

Abraham, M., Nussbaum, M.D., (2014). The Pocket Guide to the DSM-5(TM) Diagnostic Exam (pp. 141-142). Amer psychiatric pub inc (Original work published 2013).

Cisler, J. M., Brady, R. E., Olatunji, B. O., & Lohr, J. M. (2010). Disgust and Obsessive Beliefs in Contamination-related OCD. Cognitive therapy and research, 34(5), 439–448.

Goodman, W. K., Storch, E. A., & Sheth, S. A. (2021). Harmonizing the Neurobiology and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. The American journal of psychiatry, 178(1), 17–29.

Marazziti, D., Palermo, S., Arone, A., Massa, L., Parra, E., Simoncini, M., Martucci, L., Beatino, M. F., & Pozza, A. (2023). Obsessive-Compulsive Disorder, PANDAS, and Tourette Syndrome: Immuno-inflammatory Disorders. Advances in experimental medicine and biology, 1411, 275–300.

Mohammadi, M. R., Ahmadi, N., Hooshyari, Z., Khaleghi, A., Rismanian Yazdi, F., & Mehrparvar, A. H. (2021). Prevalence, comorbidity, and predictors of obsessive-compulsive disorder in Iranian children and adolescents. Journal of psychiatric research, 141, 192–198.

Pampaloni, I., Marriott, S., Pessina, E., Fisher, C., Govender, A., Mohamed, H., Chandler, A., Tyagi, H., Morris, L., Pallanti, S., (2022). The global assessment of OCD. Comprehensive Psychiatry, 118,

Pittenger, C., & Bloch, M. H. (2014). Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder. The Psychiatric clinics of North America, 37(3), 375–391.

Pittenger, C., Kelmendi, B., Bloch, M., Krystal, J. H., & Coric, V. (2005). Clinical treatment of obsessive compulsive disorder. Psychiatry (Edmont (Pa. : Township)), 2(11), 34–43.

Sadock, B.J., Sadock, V.A., Ruiz P. (2018). Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (11th ed.) (pp. 406 – 414). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins (Original work published 2015).

Sharma, E., Sharma, L. P., Balachander, S., Lin, B., Manohar, H., Khanna, P., Lu, C., Garg, K., Thomas, T. L., Au, A. C. L., Selles, R. R., Højgaard, D. R. M. A., Skarphedinsson, G., & Stewart, S. E. (2021). Comorbidities in Obsessive-Compulsive Disorder Across the Lifespan: A Systematic Review and Meta-Analysis. Frontiers in psychiatry, 12, 703701.



CentroMoses

www.centromoses.it