

## **Disturbo Ossessivo-Compulsivo -**

- A) Caratteristiche diagnostiche*
- B) Specificazione*
- C) Manifestazioni e disturbi associati*
- D) Caratteristiche collegate a cultura, età e genere*
- E) Prevalenza*
- F) Decorso*
- G) Familiarità*
- H) Diagnosi differenziale*
- I) Relazione con i criteri diagnostici per la ricerca dell'ICD-10*

### **A) Caratteristiche diagnostiche**

Le caratteristiche essenziali del Disturbo Ossessivo-Compulsivo sono ossessioni o compulsioni ricorrenti, sufficientemente gravi da far impiegare tempo (cioè, richiedono più di 1 ora al giorno) o da causare disagio marcato o menomazione significativa. In qualche momento nel decorso del disturbo la persona ha riconosciuto che le ossessioni o le compulsioni sono eccessive o irragionevoli. Se è presente un altro disturbo in Asse I, il contenuto delle ossessioni o delle compulsioni non è limitato ad esso. Il disturbo non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., una droga di abuso, un farmaco) o di una condizione medica generale.

Le **ossessioni** sono idee, pensieri, impulsi o immagini persistenti, sono vissute come intrusive e inappropriate, e causano ansia o disagio marcati. Ci si è riferiti alla qualità intrusiva e inappropriata delle ossessioni con il termine "egodistoniche". Questo si riferisce alla sensazione dell'individuo che il contenuto delle ossessioni sia estraneo, non sia sotto il proprio controllo e non sia il tipo di pensiero che si aspetterebbe di avere. Comunque, l'individuo è capace di riconoscere che le ossessioni sono il prodotto della sua mente e non vengono imposte dall'esterno (come nell'inserzione del pensiero).

Le ossessioni più frequenti sono pensieri ripetitivi di contaminazione (per es., essere contaminati quando si stringe la mano a qualcuno), dubbi ripetitivi (per es., chiedersi se si è lasciata la porta aperta o se ci si è comportati in modo tale da causare delle lesioni a qualcuno guidando), la necessità di avere le cose in un certo ordine (per es., disagio intenso quando gli oggetti sono in disordine o asimmetrici), impulsi aggressivi o terrifici (per es., aggredire un figlio o gridare oscenità in chiesa) e fantasie sessuali (per es., ricorrenti immagini pornografiche). I pensieri, impulsi o immagini non sono semplicemente preoccupazioni eccessive riguardanti problemi reali della vita (per es., preoccupazioni per difficoltà attuali nella vita, tipo problemi finanziari, lavorativi o scolastici) ed è improbabile che siano correlati a reali problemi della vita.

L'individuo con ossessioni di solito cerca di ignorare o sopprimere tali pensieri o impulsi o di neutralizzarli con altri pensieri o azioni (cioè, una compulsione). Ad esempio, un individuo afflitto dal dubbio di non aver spento una stufa cerca di neutralizzarlo controllando ripetutamente per assicurarsi di averla chiusa.

Le **compulsioni** sono comportamenti ripetitivi (cioè lavarsi le mani, riordinare, controllare) o azioni mentali (per es., pregare, contare, ripetere mentalmente delle parole) il cui obiettivo è quello di prevenire o ridurre l'ansia o il disagio e non quello di fornire piacere o gratificazione. Nella maggior parte dei casi, la persona si sente spinta a mettere in atto la compulsione per ridurre il disagio che accompagna un'ossessione o per prevenire qualche evento o situazione temuti. Ad esempio, gli individui con ossessioni di contaminazione possono ridurre il proprio disagio mentale lavandosi le mani finché la pelle non diventa ruvida; gli individui afflitti dall'ossessione di avere lasciato una porta aperta possono essere spinti a controllare la porta a intervalli di pochi minuti; gli individui afflitti da pensieri blasfemi involontari possono trovare sollievo contando 10 volte indietro e 100 volte in avanti per ogni pensiero. In alcuni casi gli individui mettono in atto azioni rigide o stereotipate secondo regole elaborate in modo idiosincrasico senza riuscire a spiegare perché lo stanno facendo. Per definizione le compulsioni sono chiaramente eccessive e non connesse in un modo realistico con ciò che sono designate a neutralizzare o prevenire. Le compulsioni più comuni comprendono lavarsi e pulire, contare, controllare, richiedere o pretendere rassicurazioni, ripetere azioni e mettere in ordine.

Per definizione gli adulti con Disturbo Ossessivo-Compulsivo hanno in qualche momento riconosciuto che le ossessioni o le compulsioni sono eccessive o irragionevoli. Questi requisiti non si applicano ai bambini, poiché può mancare una consapevolezza cognitiva sufficiente per formulare questo giudizio. Comunque, anche negli adulti vi è un'ampia variabilità di insight sulla ragionevolezza delle proprie ossessioni o compulsioni. Alcuni individui sono incerti della ragionevolezza delle loro ossessioni o compulsioni, e l'insight di ogni individuo può variare in diversi periodi o situazioni. Ad esempio, la persona può riconoscere che una compulsione di contaminazione sia irragionevole quando se ne discute in una situazione "sicura" (per es., nello studio del terapeuta), ma non quando costretto a maneggiare dei soldi. In tali momenti, quando

l'individuo riconosce che le ossessioni e le compulsioni sono irragionevoli, può desiderare o tentare di resistervi. Quando tenta di resistere a una compulsione, l'individuo può avere la sensazione di aumento dell'ansia o della tensione, che possono essere alleviate cedendo alla compulsione. Nel corso del disturbo, dopo insuccessi ripetuti nel cercare di resistere a ossessioni o compulsioni, l'individuo può cedere, non provare più il desiderio di resistervi e incorporare le compulsioni nelle proprie abitudini quotidiane. Le ossessioni o compulsioni devono causare disagio marcato, far consumare tempo (richiedere più di 1 ora al giorno) o interferire significativamente con la routine normale dell'individuo, con il funzionamento lavorativo, con le attività sociali o con le relazioni con gli altri. Le ossessioni o compulsioni possono sostituire comportamenti utili e soddisfacenti e possono essere altamente distruttive per il funzionamento complessivo. Poiché le intrusioni ossessive possono distrarre, frequentemente determinano insufficiente esecuzione di compiti cognitivi che richiedono concentrazione, come leggere o calcolare. Inoltre molti individui evitano gli oggetti o le situazioni che provocano le ossessioni o le compulsioni. Tale evitamento può divenire esteso e limitare gravemente il funzionamento generale.

## **B) Specificazione**

**Con Scarso Insight.** Questa specificazione può essere applicata quando, per la maggior parte del tempo durante l'attuale episodio, l'individuo non riconosce che le ossessioni o le compulsioni sono eccessive o irragionevoli.

## **C) Manifestazioni e disturbi associati**

**Caratteristiche descrittive e disturbi mentali associati** frequentemente è presente l'evitamento delle situazioni che riguardano il contenuto delle ossessioni, come lo sporco o la contaminazione. Ad esempio, una persona con ossessioni che riguardano lo sporco può evitare i bagni pubblici o di stringere la mano agli estranei. Sono comuni preoccupazioni ipocondriache, con visite ripetute ai medici in cerca di rassicurazione. Possono essere presenti sentimenti di colpa, un senso della responsabilità patologico e disturbi del sonno. Può esservi abuso di alcool o di farmaci sedativi, ipnotici o ansiolitici. La messa in atto delle compulsioni può diventare l'attività principale, con conseguente compromissione della vita coniugale, lavorativa o sociale. L'evitamento pervasivo può confinare l'individuo nella sua casa.

Negli adulti il Disturbo Ossessivo-Compulsivo può essere associato con un Disturbo Depressivo Maggiore (Episodio Singolo e Ricorrente), alcuni altri Disturbi d'Ansia (cioè Fobia Specifica, Fobia Sociale, Disturbo di Panico (Senza Agorafobia e Con Agorafobia), Disturbo d'Ansia Generalizzato), Disturbi dell'Alimentazione ed alcuni Disturbi di Personalità (cioè Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità, Disturbo Evitante di Personalità, Disturbo Dipendente di Personalità). Nei bambini si può anche associare a Disturbi dell'Apprendimento e Disturbi da Comportamento Disruptivo. Vi è un'elevata incidenza di Disturbo Ossessivo-Compulsivo nei bambini e negli adulti con Disturbo di Tourette, con stime che variano approssimativamente dal 35% al 50%. L'incidenza del Disturbo di Tourette nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo è più bassa, con stime che variano tra il 5% e il 7%. Tra il 20% e il 30% degli individui con Disturbo Ossessivo-Compulsivo ha riferito tic presenti o in anamnesi.

**Reperti di laboratorio associati** Non è stato identificato alcun dato di laboratorio patognomonico del Disturbo Ossessivo-Compulsivo. Comunque, negli individui con Disturbo Ossessivo-Compulsivo una quantità di dati di laboratorio è risultata alterata rispetto ai soggetti di controllo. Vi è qualche evidenza che alcuni agonisti della serotonina, somministrati acutamente, causino, in alcuni individui con il disturbo, un aumento dei sintomi. Gli individui affetti dal disturbo possono mostrare un'attività del sistema neurovegetativo aumentata quando in laboratorio vengono confrontati con le circostanze che scatenano un'ossessione. La reattività fisiologica si riduce dopo la messa in atto delle compulsioni.

**Reperti dell'esame fisico e condizioni mediche generali associate** Si possono osservare problemi dermatologici causati dai lavaggi eccessivi con acqua o caustici.

## **D) Caratteristiche collegate a cultura, età e genere**

Un comportamento rituale culturalmente contemplato non è di per sé indicativo di un Disturbo Ossessivo-Compulsivo, a meno che ecceda rispetto alle norme culturali, si verifichi in tempi e luoghi giudicati inappropriati da altri appartenenti alla stessa cultura e interferisca con il funzionamento sociale di ruolo. Sebbene i fattori culturali di per sé non possano condurre ad un Disturbo Ossessivo-Compulsivo, le credenze religiose culturali possono influenzare i temi delle ossessioni e delle compulsioni (ad es., gli ebrei ortodossi con compulsioni religiose possono avere sintomi incentrati sulle pratiche dietetiche). Importanti cambiamenti nella vita e lutti possono determinare un'intensificazione del comportamento rituale che può sembrare un'ossessione ad un clinico che non abbia familiarità con il contesto culturale.

I quadri clinici del Disturbo Ossessivo-Compulsivo nei bambini sono generalmente simili a quelli degli adulti. Sono particolarmente comuni nei bambini i rituali di lavaggio, di controllo e di ordine. I bambini generalmente

non richiedono aiuto, e i sintomi possono non essere egodistonici. Più spesso il problema viene identificato dai genitori, che portano il bambino per il trattamento. È stato riferito un graduale declino nel profitto scolastico secondario alla compromissione della capacità di concentrarsi. Come gli adulti, i bambini sono più inclini a impegnarsi nei rituali a casa piuttosto che di fronte ai coetanei, insegnanti o estranei.

Per un piccolo sottogruppo di bambini, il Disturbo Ossessivo-Compulsivo può essere associato con un'infezione da streptococchi beta-emolitici del gruppo A (ad es., scarlattina e "gola da streptococco"). Questa forma di Disturbo Ossessivo-Compulsivo è caratterizzato da un esordio prepubere, anomalie neurologiche associate (ad es., movimenti coreiformi ed iperattività motoria) e da un'insorgenza improvvisa dei sintomi o da un decorso episodico nel quale le riacutizzazioni sono correlate cronologicamente all'infezione streptococcica. Gli adulti più anziani tendenzialmente mostrano più ossessioni concernenti la moralità e rituali di lavaggio invece che altri tipi di sintomi.

Negli adulti, questo disturbo è altrettanto frequente nei maschi che nelle femmine. Tuttavia, per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo ad insorgenza nella fanciullezza, il disturbo è più comune nei ragazzi che nelle ragazze.

### **E) Prevalenza**

Gli studi di comunità hanno stimato una prevalenza lifetime del 2,5% e una prevalenza ad un anno dello 0,5-2,1% negli adulti. Tuttavia, i problemi metodologici connessi con lo strumento di valutazione fanno sorgere la possibilità che i tassi reali di prevalenza siano molto più bassi. Gli studi di comunità sui bambini e sugli adolescenti hanno stimato una prevalenza lifetime dell'1-2,3% e una prevalenza ad un anno dello 0,7%. I dati della ricerca indicano che i tassi di prevalenza del Disturbo Ossessivo-Compulsivo sono simili in molte culture diverse del mondo.

### **F) Decorso**

Sebbene il Disturbo Ossessivo-Compulsivo di solito inizi nell'adolescenza o nella prima età adulta, esso può iniziare nell'infanzia. L'età tipica di esordio è più precoce nei maschi che nelle femmine: tra i 6 e i 15 anni per i maschi e tra i 20 e i 29 anni per le femmine. Per la maggior parte l'esordio è graduale, ma in molti casi è stato notato un esordio acuto. La maggior parte degli individui ha un decorso cronico con alti e bassi, con esacerbazione dei sintomi che può essere in relazione con lo stress. Circa il 15% mostra un deterioramento progressivo del funzionamento lavorativo e sociale. Circa il 5% ha un decorso episodico, con nessun sintomo o sintomi minimi tra gli episodi.

### **G) Familiarità**

La concordanza per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo è più elevata per i gemelli omozigoti che per i dizigoti. La frequenza del Disturbo Ossessivo-Compulsivo nei consanguinei di primo grado degli individui con Disturbo Ossessivo-Compulsivo e i consanguinei di primo grado degli individui con Disturbo di Tourette è più elevata che nella popolazione generale.

### **H) Diagnosi differenziale**

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo deve essere distinto dal Disturbo d'Ansia Dovuto ad una Condizione Medica Generale. La diagnosi è Disturbo d'Ansia Dovuto ad una Condizione Medica Generale quando le ossessioni o le compulsioni sono ritenute una conseguenza fisiologica diretta di una specifica condizione medica generale. Questa determinazione si basa su anamnesi, dati di laboratorio o esame obiettivo. Un Disturbo d'Ansia Indotto da Sostanze si distingue dal Disturbo Ossessivo-Compulsivo poiché una sostanza (cioè una droga di abuso, un farmaco o l'esposizione ad una tossina) è ritenuta eziologicamente correlata alle ossessioni o compulsioni.

Pensieri, impulsi, immagini o comportamenti ricorrenti o intrusivi possono manifestarsi nel contesto di molti altri disturbi mentali. Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo non viene diagnosticato se il contenuto dei pensieri o delle attività è esclusivamente correlato ad un altro disturbo mentale (per es., preoccupazione per il proprio aspetto nel Disturbo da Dismorfismo Corporeo, preoccupazione a proposito di un oggetto o di una situazione temuti nella Fobia Specifica o Sociale, tirarsi i capelli nella Tricotillomania). Può essere invece giustificata una diagnosi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo se vi sono ossessioni o compulsioni il cui contenuto non è in relazione con l'altro disturbo mentale.

In un Episodio Depressivo Maggiore è comune la presenza di ruminazioni persistenti su circostanze potenzialmente spiacevoli o su possibili azioni alternative, e questo è considerato un aspetto della depressione congruo con l'umore piuttosto che un'ossessione. Ad esempio, un individuo depresso che ruminava sulla propria mancanza di valore non è considerato affetto da ossessioni poiché tale rimuginare non è egodistonico.

Il Disturbo d'Ansia Generalizzato è caratterizzato da preoccupazioni eccessive, ma tali preoccupazioni sono distinte dalle ossessioni per il fatto che la persona le vive come ansia eccessiva per circostanze della vita reale. Ad esempio, una paura eccessiva di poter perdere il proprio lavoro costituisce una preoccupazione e non un'ossessione. Al contrario, il contenuto delle ossessioni non riguarda tipicamente problemi della vita reale, e le ossessioni vengono vissute dall'individuo come inappropriate (per es., l'idea intrusiva disturbante che "God" è "dog" letto al contrario).

Se i pensieri disturbanti ricorrenti sono esclusivamente in relazione al timore di avere, o alla convinzione di avere, una malattia, basati su una cattiva interpretazione di sintomi fisici, dovrebbe essere diagnosticata l'Ipocondria anziché il Disturbo Ossessivo-Compulsivo. Comunque, se la preoccupazione di avere una malattia è accompagnata da rituali, come il lavarsi in modo eccessivo, o da condotte di controllo legate a preoccupazioni per la malattia o di contagiare altre persone, può essere indicata la diagnosi addizionale di Disturbo Ossessivo-Compulsivo. Se la preoccupazione maggiore riguarda il contrarre una malattia (piuttosto che l'averne una malattia), e non sono coinvolti rituali, la diagnosi più appropriata può essere quella di Fobia Specifica.

La capacità degli individui di riconoscere che le ossessioni o le compulsioni sono eccessive o irragionevoli si manifesta su un continuum. In alcuni individui con Disturbo Ossessivo-Compulsivo può risultare compromesso il giudizio di realtà, e l'ossessione può raggiungere proporzioni deliranti (per es., credere di avere causato la morte di qualcuno per averla desiderata). In tali casi, può essere indicata la presenza di manifestazioni psicotiche con una diagnosi addizionale di Disturbo Delirante o di Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato. La specificazione Con Scarso Insight può essere utile in quelle situazioni al confine tra l'ossessione e il delirio (per es., un individuo la cui estrema preoccupazione di contaminazione, sebbene esagerata, è meno intensa che in un Disturbo Delirante, ed è giustificata dal fatto che i germi sono realmente ubiquitari).

Le rimuginazioni deliranti e i comportamenti stereotipati bizzarri che si manifestano nella Schizofrenia vengono distinti dalle ossessioni e compulsioni per il fatto che non sono egodistonici e non sono soggetti a giudizio di realtà. Comunque, alcuni individui manifestano sintomi sia del Disturbo Ossessivo-Compulsivo che della Schizofrenia, ed entrambe le diagnosi sono allora giustificate.

I tic (nel Disturbo da Tic) e i movimenti stereotipati (nel Disturbo da Movimenti Stereotipati) devono essere distinti dalle compulsioni. Un *tic* è un movimento, o una vocalizzazione, improvviso, rapido, ricorrente, non ritmico (per es., ammiccare, protrudere la lingua, schiarirsi la voce). Un *movimento stereotipato* è un comportamento motorio non funzionale, ripetitivo, apparentemente guidato (per es., sbattere la testa, dondolarsi, mordersi). Diversamente dalle compulsioni, i tic e i movimenti stereotipati sono tipicamente meno complessi e non sono volti a neutralizzare un'ossessione. Alcuni individui manifestano sintomi sia del Disturbo Ossessivo-Compulsivo che del Disturbo da Tic (specialmente il Disturbo di Tourette) e possono essere giustificate entrambe le diagnosi.

Quando impegnano eccessivamente, alcune attività, come il mangiare (per es., Disturbi dell'Alimentazione), il comportamento sessuale (per es., Parafilie), il giocare d'azzardo (per es., Gioco d'Azzardo Patologico) o l'uso di sostanze (per es., Dipendenza o Abuso di alcool), sono state definite "compulsive". Comunque, queste attività non vengono considerate compulsioni, come definito in questo manuale, poiché la persona di solito ne trae piacere e può desiderare di resistervi solo per le sue conseguenze deleterie.

Sebbene il Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità e il Disturbo Ossessivo-Compulsivo abbiano nomi simili, le manifestazioni cliniche di questi disturbi sono piuttosto differenti. Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità non è caratterizzato dalla presenza di ossessioni o compulsioni, e piuttosto comprende un modello pervasivo di preoccupazione per ordine, perfezionismo e controllo e deve iniziare entro la prima età adulta. Se un individuo manifesta sintomi sia del Disturbo Ossessivo-Compulsivo che del Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità, possono essere poste entrambe le diagnosi.

Nella vita quotidiana si incontrano comunemente superstizioni e comportamenti ripetitivi di controllo. Si dovrebbe considerare una diagnosi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo solo se questi fanno impiegare molto tempo o se determinano menomazione o disagio clinicamente significativi.

## **I) Relazione con i criteri diagnostici per la ricerca dell'ICD-10**

I criteri diagnostici per la ricerca dell'ICD-10 per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo fanno una distinzione tra ossessioni e compulsioni basata sul fatto che si tratti di pensieri, idee od immagini (ossessioni), oppure atti (compulsioni). Invece il DSM-IV distingue tra ossessioni e compulsioni in base al fatto che il pensiero, idea o immagine causi ansia e malessere oppure li riduca. Perciò, secondo il DSM-IV, possono essere presenti compulsioni ideative, che sarebbero considerate ossessioni nell'ICD-10. Inoltre l'ICD-10 stabilisce una durata minima dei sintomi di almeno 2 settimane.