

E. è un impiegato che, la sera, prima di lasciare l'ufficio, deve necessariamente controllare di avere chiuso a chiave la porta del suo appartamento almeno 4 volte.

F. è un medico che prima di ogni operazione deve ripetersi mentalmente una vecchia filastrocca "porta fortuna" imparata da piccola.

G. la sera, prima di andare a dormire, controlla attentamente e scrupolosamente per 6 volte di avere chiuso il gas.

Questi sono solo alcuni esempi di un disturbo notevolmente diffuso: il **Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC)**. Si stima, infatti che circa il 2-3% della popolazione generale sia colpito da un disturbo facente parte dell'area **ossessiva-compulsiva**, può presentarsi sia nell'infanzia che nell'età adulta, anche se l'incidenza massima la si ha tra i 15 e i 25 anni. Colpisce circa il 2-2,5% della popolazione generale: significa che su 100 neonati, 2 o 3 svilupperanno nell'arco della propria vita il disturbo. In Italia, sono circa 800.000 le persone colpite da DOC.

È un disturbo che si cronicizza, anche se con fasi altalenanti di miglioramento e di peggioramento, ma a volte si aggrava fino a compromettere il funzionamento in diverse aree di vita. Raramente è episodico e seguito da una remissione completa dei sintomi.

IN COSA SI CARATTERIZZA?

Il DOC è un disturbo dell'ansia e si caratterizza per la presenza di pensieri, immagini o impulsi ricorrenti che creano allarme o paura e che costringono la persona a mettere in atto comportamenti ripetitivi o azioni mentali. Nel paziente con DOC si manifestano **ossessioni e compulsioni**, ed almeno l'80% di questi pazienti ha sia ossessioni che compulsioni, meno del 20% ha solo ossessioni o solo compulsioni. Avere il DOC non significa che si sta impazzendo. Non si tratta di una malattia mentale, ma di un disturbo d'ansia caratterizzato da un'esagerazione di normali pensieri ed azioni che si manifestano quasi in tutti.

COSA INTENDIAMO PER OSSESSIONE E COMPULSIONE?

- Le **ossessioni** sono pensieri (espressi in parole come " *potrei morire d'infarto*"), immagini (raffiguranti qualche cosa di terribile che sta per accadere) o impulsi temuti (es. impulso acuto di far male a qualcuno, ma l'esperienza dimostra che questo impulso non verrà mai agito) che si presentano più e più volte e sono al di fuori del controllo di chi li sperimenta. Tali idee sono sentite come disturbanti e intrusive, e, almeno quando le persone non sono

assalite dall'ansia, sono giudicate come infondate e insensate. Queste ossessioni sono accompagnate da emozioni sgradevoli, come paura, disgusto, disagio, dubbio, o dalla sensazione di non aver fatto le cose "nel modo giusto", e gli innumerevoli sforzi per contrastarlo non hanno il successo desiderato.

- Le **Compulsioni** vengono anche definite rituali o cerimoniali e sono comportamenti ripetitivi (es. lavarsi le mani, riordinare, controllare) o azioni mentali (es. contare, pregare) messe in atto per ridurre il senso di disagio e l'ansia provocati dai pensieri e dalle ossessioni tipici delle ossessioni. Costituiscono un tentativo di elusione del disagio, un mezzo per cercare di assumere il controllo sulla propria ansia

Ciò di cui si lamenta principalmente la persona con **pensieri e ossessioni compulsive**, non è tanto l'ansia originaria, quanto l'incapacità di interrompere l'esecuzione dei rituali. Le persone con DOC in genere, vivono con un *forte senso di vergogna* il loro disturbo, pertanto, cercano di mascherare e nascondere i loro rituali ad amici o conoscenti. Ciò significa che, talvolta, non chiedono immediatamente un sostegno psicologico. Quello che accade, nei casi più gravi, è che, come in una vera e propria escalation, nel momento in cui i rituali o i pensieri finiscono con l'occupare gran parte della giornata, inevitabilmente, il disturbo, finisce col coinvolgere familiari e amici che, talvolta, si vedono anche loro costretti, a dover organizzare e adattare la propria vita in funzione dei rigidi e abituali "comportamenti" di chi soffre di questo problema.

Diverse tipologie di disturbi ossessivo-compulsivi

Nonostante il doc sia un disturbo che mantiene alla base le sue caratteristiche principali, può esprimersi all'interno di una vasta varietà in base alla tipologia dei contenuti dei **pensieri ossessivi** e delle **compulsioni**.

Più precisamente possiamo individuare 6 tipologie:

1) **DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO DA CONTROLLO**: alla base di questa tipologia di disturbo vi stanno l'ansia e il dubbio di potere arrecare danni a se stessi o agli altri. Per **sedare l'ansia** e la preoccupazione, pertanto, la persona si trova costretta a dovere mettere in atto tutta una serie di azioni o rituali finalizzati a **controllare** che la situazione sia "sotto-controllo" (controllare di avere chiuso le manopole del gas, di aver messo l'allarma alla propria auto, di avere spento la luce prima di uscire di casa).

2) **DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO DA ORDINE**: all'interno di questo tipo di disturbo, l'ansia si manifesta nel momento in cui la persona avverte che le situazioni o le cose, in generale, non rispettano un **criterio specifico di ordine, perfezione e simmetria**. Inizia così a praticare tutta una serie di azioni, molto spesso artificiose e che portano un grosso dispendio di tempo ed energie, con lo scopo di ordinare, selezionare, catalogare tutto ciò che la circonda (per esempio: sistemare con un criterio del tutto soggettivo i libri nella libreria, scarpe, oggetti della casa, sistemare meticolosamente le frange del tappeto ecc..).

3) **DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO DA SUPERSTIZIONE**: in questa variante del disturbo l'ansia è **collegata a idee, credenze, o superstizioni**. Più precisamente la persona crede fermamente che essere testimoni di talune situazioni, piuttosto che il ritrovarsi a udire determinate frasi, o toccare determinati oggetti, possa portare conseguenze disastrose alla propria vita e a quella dei propri cari. Per tale, motivo, per "scongiurare" e neutralizzare il peggio, attua tutta una serie di **rituali propiziatori** (ripetere mentalmente una frase, una serie di parole, contare il numero delle piastrelle ecc...)

4) **DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO DA CONTAMINAZIONE**: la persona con questo tipo di DOC, teme, con un forte senso di angoscia e di disgusto il pensiero o l'idea di ritrovarsi a stretto contatto con oggetti o situazioni che possano, anche potenzialmente, renderla "vittima" di **contaminazioni o sporcizia**. Il **timore di contagio** riguarda una vasta gamma di situazioni e oggetti (per esempio prodotti chimici, tossici, feci, urine, polvere, unto, spazzatura, ospedali ecc..). La strategia messa in atto dai soggetti con DOC da contaminazione consiste da un lato, nell'**evitamento** delle situazioni ritenute potenzialmente dannose e dall'altro, nell'attuare tutta una serie di rituali finalizzati all'igiene e alla pulizia scrupolosa (pulizia meticolosa delle mani e del corpo, sottoporre a sterilizzazione oggetti e abiti, pulire la casa frequentemente ecc...)

5) **DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO DA ACCUMULO**: la persona in questa tipologia di DOC si trova a raccogliere e ad **accumulare grandi quantità di oggetti**, molto spesso inutili e vive con ansia al solo pensiero di doversene disfare. Ciò che spinge la persona a collezionare gli oggetti è la credenza, la convinzione che l'oggetto conservato possa tornare indispensabile in futuro. In tal modo, la persona, finisce col sommergere letteralmente la casa di suppellettili a provare la forte compulsione a ricercarne di nuovi (collezionare mobili, giornali...)

6) **OSSESSIONI di tipo religioso, sessuale, aggressivo**: si tratta di ossessioni allo stato puro, non accompagnate necessariamente da compulsioni, che portano la persona a "lacerarsi" la mente con pensieri, domande, dubbi e a **rimuginare continuamente** su tali pensieri. I contenuti di tali pensieri

possono essere di tipo sessuale (dubbio o timore di potere violentare i bambini, dubbio di essere omosessuale ecc...), aggressivo (dubbio o paura di potere aggredire o fare del male a se stessi e agli altri) e religioso (dubbio o timore di commettere atti blasfemi, come bestemmiare ecc...). Talvolta, accanto a questo tipo di ossessioni, si possono accompagnare **comportamenti di evitamento** nei confronti di situazioni o oggetti inerenti il contenuto dell'ossessione stessa (per esempio nelle ossessioni di tipo aggressivo le persone evitano di utilizzare oggetti taglienti come coltelli, forbici... nelle ossessioni di tipo sessuale, la persona evita posti frequentati da bambini).

IN COSA CONSISTE IL TRATTAMENTO DI QUESTO DISTURBO?

Le linee guida internazionali indicano nella **terapia farmacologica** e nella **terapia cognitivo-comportamentale (TCC)** i trattamenti più efficaci. La **terapia cognitivo-comportamentale** è finalizzata a breve termine a ridurre la quantità e la frequenza dei sintomi e, più a lungo termine, a rendere il soggetto meno vulnerabile ai temi e ai meccanismi cognitivi che hanno contribuito alla genesi e al mantenimento del disturbo.

La tecnica elettiva nel trattamento è l'**Esposizione combinata con la Prevenzione della Risposta**. L'esposizione (nelle sue diverse varianti: esposizione graduale o prolungata; per immagini o in vivo) consiste nel mettere un soggetto in contatto con uno stimolo o situazione che elicitava disagio per un lasso di tempo maggiore a quello che il soggetto normalmente tollera. Ad esempio si chiede ad un soggetto che ha tra i suoi sintomi quello di evitare di toccare le maniglie delle porte, di toccare una maniglia e di mantenere il contatto per 2 minuti. La sperimentazione dell'ansia è negli obiettivi della tecnica; il paziente viene però aiutato sia graduando l'esposizione e sia attraverso interventi preventivi che motivano e riducono la minacciosità del contatto.

La prevenzione della risposta consiste nel bloccare i comportamenti sintomatici normalmente messi in atto dal paziente dopo il contatto con la situazione temuta. Il comportamento viene bloccato per un tempo maggiore rispetto quello in cui il paziente è "naturalmente" capace di procrastinare la risposta. Riprendendo l'esempio precedente, si chiede al paziente di non lavare le mani dopo aver toccato la maniglia per un'ora.

Alle tecniche di esposizione e prevenzione della risposta, la terapia cognitivo-comportamentale affianca interventi direttamente finalizzati al cambiamento dei contenuti e processi cognitivi che contribuiscono alla genesi e al mantenimento del disturbo. Le **percentuali di guarigione** registrate in letteratura variano tra il 50 e l'85%.

La terapia cognitivo comportamentale negli studi di esito appare superiore a qualsiasi altra forma di trattamento psicoterapico, se si considera la riduzione della sintomatologia, la stabilità del cambiamento, gli effetti collaterali, il rapporto costi-benefici, il miglioramento clinico.

Nel confronto con la terapia farmacologica il trattamento cognitivo-comportamentale risulta avere un'efficacia confrontabile a breve e medio termine, ma il vantaggio sembra essere nella stabilità del cambiamento (minori tassi di ricaduta) e nei minori effetti collaterali.

Dott. Ezio Pellicano Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale