

Brutti pensieri e strane manie: il Disturbo Ossessivo Compulsivo



realizzato da
Dr. Alessio Congiu

**COPIA
OMAGGIO**

Scaricabile da

 alessiocongiupsicologo.it



BRUTTI PENSIERI E STRANE MANIE: il Disturbo Ossessivo Compulsivo

Dr. Alessio Congiu

INDICE

1. PREMESSA PER IL LETTORE.....	p. 1
2. COS'È IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO.....	p. 1
2.1. OSSESSIONI.....	p. 1
2.1.1. OSSESSIONI DI CONTROLLO.....	p. 4
2.1.2. OSSESSIONI DI ORDINE E SIMMETRIA.....	p. 5
2.1.3. OSSESSIONI DI CONTAMINAZIONE.....	p. 5
2.1.4. OSSESSIONI PROIBITE.....	p. 6
2.2. TENTATIVI DI PREVENIRE/RIDURRE LE OSSESSIONI...	p. 7
2.2.1. COMPULSIONI.....	p. 7
2.2.2. EVITAMENTI.....	p. 9
2.2.3. RICHIESTE DI RASSICURAZIONE.....	p. 10
2.2.4. RIMUGINAZIONI.....	p. 10
3. COSA CAUSA IL DISTURBO.....	p. 11
3.1. FATTORI DI RISCHIO GENETICO-FAMILIARI.....	p. 12
3.1.1. GENETICA.....	p. 13
3.1.2. FAMILIARITÀ.....	p. 13
3.2. FATTORI DI RISCHIO AMBIENTALI.....	p. 13
3.2.1. COMPLICAZIONI MEDICHE.....	p. 13
3.2.2. STILE DI ACCUDIMENTO GENITORIALE.....	p. 14
3.2.3. TRAUMI.....	p. 14
3.3. FATTORI DI RISCHIO PSICO-BIOLOGICI.....	p. 14
3.3.1. STRUTTURE COGNITIVE.....	p. 15
3.3.2. FUNZIONI COGNITIVE.....	p. 16
3.3.3. FUNZIONI NEUROBIOLOGICHE.....	p. 16
3.4. FATTORI CORRELATI.....	p. 16
3.4.1. CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE....	p. 16
3.4.2. PRESENZA DI ALTRI PROBLEMI.....	p. 17
3.5. FATTORI PROTETTIVI.....	p. 17

4. COSA VI È DI ALTERATO NEL DISTURBO	p. 18
4.1. ALTERAZIONI NEUROCHIMICHE	p. 18
4.2. ALTERAZIONI DELLA STRUTTURA CEREBRALE.....	p. 19
4.3. ALTERAZIONI DELLA FUNZIONALITÀ CEREBRALE.....	p. 19
4.4. ALTERAZIONI DEI PROCESSI COGNITIVI.....	p. 19
4.4.1. ATTENZIONE.....	p. 19
4.4.2. SENSAZIONE.....	p. 19
4.4.3. PERCEZIONE.....	p. 20
4.4.4. MEMORIA.....	p. 20
4.4.5. EMOZIONI.....	p. 20
5. COME FUNZIONA IL DISTURBO.....	p. 21
5.1. PROSPETTIVA NEUROCHIMICA	p. 21
5.2. PROSPETTIVA NEUROPSICOLOGICA.....	p. 21
5.3. PROSPETTIVA COMPORTAMENTISTA.....	p. 22
5.4. PROSPETTIVA COGNITIVISTA.....	p. 23
6. COME TRATTARE IL DISTURBO.....	p. 29
6.1. TERAPIA FARMACOLOGICA	p. 30
6.2. TERAPIA PSICOLOGICA.....	p. 30
6.2.1. ESPOSIZIONE CON PREVENZIONE DELLA RISPOSTA..	p. 31
6.2.2. RISTRUTTURAZIONE COGNITIVA.....	p. 32

1. PREMESSA PER IL LETTORE

Nel presente articolo si offrirà una panoramica del funzionamento e del trattamento del disturbo caratterizzato da esperienze mentali comunemente descritte da chi le vive nei termini di "brutti pensieri" (**ossessioni**) o di "strane manie" (**compulsioni**): il Disturbo Ossessivo Compulsivo.

L'argomentazione proposta si inserisce all'interno di una cornice **neurobiologica** e **cognitivista**. Tesi che si rifanno ad una differente prospettiva di analisi non verranno qui affrontate in quanto al di fuori delle competenze teorico-applicative dell'autore. Si invita pertanto il lettore a riconoscere i limiti della presente trattazione, che non sarà esaustiva del fenomeno che intende presentare.

2. COS'È IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO

Il **Disturbo Ossessivo-Compulsivo** (DOC) rappresenta una condizione psicopatologica che si caratterizza per la presenza di **ossessioni** e tentativi di prevenire e/o ridurre tali esperienze, tra cui le **compulsioni** che danno nome al disturbo.

2.1. OSSESSIONI

Le *ossessioni* sono **pensieri negativi** ricorrenti e persistenti che vengono avvertiti da chi li esperisce come "egodistonici", ossia in contrasto con le proprie convinzioni, i propri valori e con la propria percezione della realtà. Solitamente si presentano associati a vissuti d'**ansia**, **disgusto**, **senso di colpa** o, più in generale, di intenso **disagio soggettivo**. Si esprimono sotto forma di un **dialogo interno** o di immagini mentali.



Questa specifica esperienza mentale differisce sia dall'attività di pensiero ripetitiva che si presenta durante gli **stati depressivi** (*ruminazione depressiva*), sia dall' "arrovellamento mentale" che può emergere in presenza di forti **stati ansiosi** (*rimuginazione ansiosa*).



La **ruminazione depressiva** esprime infatti un'attività di pensiero avente un contenuto di **perdita**, di **fallimento** o di **inadeguatezza** più che di minaccia fisica o morale, e appare rivolta prevalentemente al passato. Inoltre, la maggior parte dei pensieri negativi che caratterizzano la mente depressa appaiono "egosintonici" per la persona che li esperisce. Chi vive un profondo stato depressivo, ad esempio, potrebbe ritrovarsi a pensare di porre fine alla sua vita, in modo simile a chi sperimenta un'*ossessione suicidaria*; ciononostante, se nel primo caso tale prospettiva appare "desiderata", in quanto motivata dal bisogno di porre termine all'angoscia di perdita o al profondo stato di apatia vissuto, nel secondo caso tale prospettiva appare fortemente "temuta".

Allo stesso modo, i pensieri che compaiono durante la **rimuginazione ansiosa** differiscono da quelli ossessivi in quanto non "intrusivi", essendo parte del processo di ragionamento logico portato avanti dalla persona per ridurre lo stato d'ansia. Inoltre, a differenza dei pensieri rimuginativi, le ossessioni **(a)** si associano a impulsi interni, **(b)** emergono in modo improvviso, **(c)** si manifestano prevalentemente sotto forma di immagini mentali più che di discorsi mentali interni, e **(d)** perdurano nel flusso di coscienza per periodi più lunghi. Tuttavia, come si vedrà più avanti nel corso dell'articolo, **la rimuginazione è spesso presente in chi vive il disturbo, essendo una delle principali strategie adottate per fronteggiare il problema posto dall'emergere delle ossessioni.**

È bene segnalare che **le ossessioni NON esprimono necessariamente un fenomeno patologico**, essendo esperienze mentali comunemente vissute dalla popolazione mondiale. Celebri studi mostrano infatti come circa l'**80%** delle persone intervistate dichiarino di aver esperito nella loro vita pensieri intrusivi del tutto analoghi nei contenuti (ma non nei termini di frequenza ed intensità del disagio con cui si accompagnano) a quelli riportati da chi soffre di DOC. In un altro studio è stato messo in evidenza come il contenuto stesso delle ossessioni riportate da persone non alle prese con disturbo e da coloro che soffrivano di DOC non consentisse ai professionisti della salute mentale intervistati di discriminare tra chi avesse il disturbo da chi invece non riportasse la psicopatologia, segno della natura **non patologica** di tali esperienze.

La maggior parte delle persone psicologicamente sane che ha avuto esperienze ossessive non sviluppa il disturbo. Diversamente, in coloro che soffrono di DOC sembra essere presente una **tendenza ad attribuire grande rilevanza alle ossessioni**, in quanto esprimenti un contenuto giudicato irrazionale o di grande interesse personale. Nel complesso, l'unica differenza presente tra un'ossessione normale ed una patologica è rintracciabile nella **frequenza**, nella **durata** e nell'**intensità** del disagio con cui si manifesta il pensiero intrusivo, come pure nella maggiore **rilevanza** attribuita a questi da chi soffre di DOC.



Malgrado il significato che ne è stato appena dato, chi soffre del disturbo utilizza tuttavia il termine "ossessione" per riferirsi ad almeno tre tipologie distinte di esperienze mentali:

1. il **contenuto** di una preoccupazione (es., temere di aver contratto una malattia) insorta dall'interazione con un determinato evento o stimolo esterno (es., toccare un oggetto potenzialmente contaminato); tali esperienze sono note nella letteratura scientifica come *ossessioni reattive*, in quanto emergenti in reazione all'esposizione con stimoli esterni ben identificabili;
2. il **pensiero intrusivo** divenuto esso stesso oggetto di preoccupazione (es., temere di essere omosessuale per aver pensato di provare attrazione per una persona del proprio sesso); tali esperienze sono note come *ossessioni endogene* o *autonome*, in quanto emergenti in modo apparentemente indipendente dall'interazione con eventi o stimoli esterni;
3. il **rimuginio** che può conseguire alle ossessioni reattive o autonome, ossia un'attività di pensiero compiuta volontariamente per ricercare la soluzione ad un problema percepito.

Tra questi in genere è il contenuto dei pensieri ad apparire "insolito" o "bizzarro" da chi vive il disturbo, segno della presenza di una buona consapevolezza del grado di irrazionalità di molte ossessioni. Circa i 3/4 delle persone che vivono il disturbo riconoscono i propri timori come infondati, benché in modo variabile a seconda della **distanza psicologica** dallo stimolo che ha attivato l'ossessione (quanto si è convinti di essere distanti da questi eventi), della **durata** del disturbo e dello **stato d'animo** di partenza.

Nella letteratura scientifica le ossessioni vengono solitamente inquadrare in quattro grandi categorie, all'interno delle quali prendono posto anche i corrispettivi *comportamenti compulsivi* finalizzati alla loro prevenzione. Nello specifico, si trovano:

1. **Ossessioni di controllo** (checking)
2. **Ossessioni di ordine e simmetria** (hoarding)
3. **Ossessioni di contaminazione** (washing)
4. **Ossessioni blasfeme o proibite**

Tra queste, le prime tre rappresentano più frequentemente pensieri intrusivi *reattivi* a stimoli esterni, mentre le ultime esprimono pensieri intrusivi *endogeni* vissuti spesso come inaccettabili o intollerabili. Non di rado **chi soffre di DOC può sperimentare ossessioni relative a più categorie, come pure transitarie da una categoria sintomatologia ad un'altra durante il decorso del disturbo.**



2.1.1. OSSESSIONI DI CONTROLLO

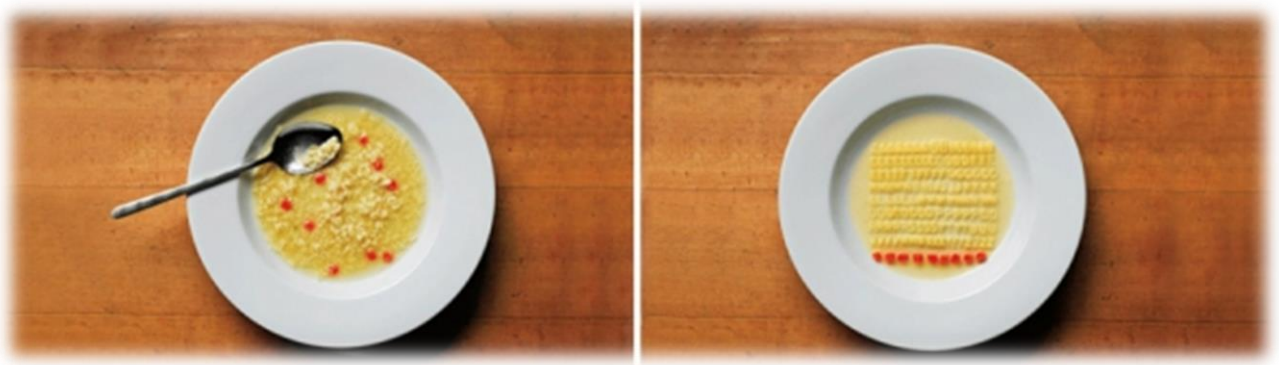
Le **ossessioni di controllo** sono pensieri intrusivi che insorgono nel flusso di coscienza rappresentando scenari negativi di varia natura (es., aver lasciato il gas acceso, aver investito un pedone, etc.) e **predispongono la persona a sperimentare un impellente bisogno di compiere comportamenti di controllo finalizzati a sincerarsi che lo scenario prospettato non si verifichi o non si sia già realizzato.** Da un punto di vista esperienziale, la persona in balia di pensieri intrusivi di controllo è ossessionata dall'idea che qualcosa di rilevante sia uscito fuori dal proprio controllo soggettivo e che da questo possa conseguire un evento grave e minaccioso per la propria integrità morale.



Comuni sono emozioni di **ansia** e **senso di colpa**. Normalmente il contenuto di tali pensieri viene percepito come realistico a motivo del collegamento logico presente con l'evento-stimolo che li ha attivati (es., pensare di aver investito un pedone dopo aver udito un tonfo in mezzo alla strada). Alcuni studi mostrano come tali pensieri sono comuni nella popolazione sana (15%) e più frequenti nella popolazione affetta da DOC (+ 50%).

2.1.2. OSSESSIONI DI ORDINE E SIMMETRIA

Le **ossessioni di ordine e simmetria** vengono vissute come un'esperienza interna nota come *Not Just Right Experience* (NJRE), ossia la sensazione che nell'ambiente esterno o all'interno di sé sia presente qualcosa che non è come si crede che dovrebbe essere (es., sensazione che la scrivania non sia in ordine; sensazione che ci sia qualcosa dentro di sé che deve essere risolto). Come tali, le ossessioni di ordine e simmetria possono non esprimersi soggettivamente sotto forma di un dialogo interiore, ma configurarsi come una sensazione di fastidio più o meno indefinita. **L'attivarsi di tali ossessioni predispone dunque chi le vive a mettere in atto comportamenti finalizzati a ripristinare l'ordine e la simmetria desiderata.**



Come per il contenuto dei pensieri intrusivi di controllo, anche quello delle ossessioni di ordine e simmetria è percepito come realistico a motivo del collegamento logico con l'evento o lo stimolo che le ha attivate (es., vedere qualcosa in disordine). Non di rado le persone che presentano tale sintomatologia attribuiscono un significato scaramantico a tale sensazione interna (es., *“Se avverto questa sensazione, allora sta per accadere qualcosa di terribile”*).

2.1.3. OSSESSIONI DI CONTAMINAZIONE

Le **ossessioni di contaminazione** solitamente intrudono nella mente della persona rappresentando uno scenario catastrofico di contaminazione da virus (es., HIV), sostanze nocive per la salute (es., mercurio) o disgustose (es., escrementi), **predisponendo a sperimentare un impellente bisogno di decontaminazione attraverso comportamenti compulsivi e ritualizzati di lavaggio e purificazione (es., utilizzo di disinfettanti)**. Anche in questo caso, il contenuto ossessivo viene percepito come realistico a motivo dello stretto legame logico con l'evento-stimolo attivante (es., temere di essersi contaminati con germi presenti nel sedile del treno).



Rispetto alle altre ossessioni, solitamente associate a temi di ansia e senso di colpa, quelle di contaminazione tendono ad accompagnarsi più frequentemente a vissuti di intenso **disgusto**.

2.1.4. OSSESSIONI PROIBITE

Le **ossessioni proibite** rappresentano pensieri intrusivi endogeni di varia natura, presenti in circa 1/3 delle persone alle prese con il DOC. Vengono comunemente classificate in quattro sotto-categorie: (a) **ideazioni aggressive verso gli altri o verso se stessi** (es., pensiero/impulso di gettarsi dalla finestra, di sterzare il volante all'improvviso andando a sbattere contro un'autovettura in corsia di sorpasso; di spingere uno sconosciuto sotto il treno; di strappare l'arma ad un poliziotto; di fare del male ad un neonato, etc.); (b) **ideazioni blasfeme o sacrileghe** (es., pensare ad una bestemmia); (c) **ideazioni perverse** (es., pensare di compiere un atto sessuale inusuale); (d) **ideazioni esprimenti uno scenario inaccettabile** da parte della persona o dalla cultura di riferimento (es., pensare di compiere atti sessuali con un proprio membro familiare). Solitamente, la presenza di tali ossessioni **predispone chi le esperisce a sperimentare un bisogno impellente di neutralizzare o allontanare tali scenari mentali, come pure a espiare il senso di colpa connesso alla loro percezione**. Non di rado chi soffre di DOC interpreta la presenza di tali ideazioni come un preludio alla perdita di controllo sulla propria mente o sul proprio comportamento motorio.

2.2. TENTATIVI DI PREVENIRE E/O RIDURRE LE OSSESSIONI

Nel tentativo di prevenire o neutralizzare le ossessioni, le persone che soffrono di DOC sono solite compiere (1) **compulsioni**, (2) **evitamenti**, (3) **richieste di rassicurazione**, (4) **rimuginazioni**.

2.2.1. COMPULSIONI

Le *compulsioni* rappresentano dei **comportamenti** che la persona sente di dover mettere in atto per contrastare o prevenire l'occorrenza delle ossessioni. Sono presenti in circa 2/3 delle persone che vivono il disturbo, mentre nel restante 1/3 il DOC le compulsioni non sono presenti (DOC "puro"). Si registrano anche casi di agiti compulsivi in assenza di ossessioni, benché più rari e presumibilmente dipendenti dalla mancata percezione di tali vissuti.

Non venendo riconosciuti come elementi sintomatologici, tali comportamenti vengono spesso descritti da chi li compie nei termini di "*bizzarrie*" o "*manie*", in quanto giudicati come insoliti o diversi rispetto a quelli compiuti dalla maggior parte delle persone. Questa valutazione negativa che la persona alle prese con DOC attribuisce a tali comportamenti è alla base della **vergogna** che i pazienti vivono nel raccontare a terzi tali esperienze, come pure dell'**abbassamento d'umore** che non di rado si registra concomitantemente al disturbo (es., autosvalutazione, perdita di speranza di guarigione, etc.). Solitamente le compulsioni vengono eseguite sotto la spinta di un'**attivazione emotiva** particolarmente negativa. Tale aspetto le differenzia da comportamenti simili presenti in altri quadri psicopatologici, in cui, al contrario, gli agiti compulsivi si associano a emozioni meno sgradevoli (es., acquisti compulsivi in chi soffre di Deficit del Controllo degli Impulsi)



Il termine “compulsione” fa specifico riferimento al **sensu di costrizione** avvertito soggettivamente dalla persona timorosa dell’esperienza ossessiva. Per quanto tali comportamenti possano apparire non intenzionali – al pari dei comportamenti stereotipati presenti nel *Morbo di Parkinson*, nella *Demenza Fronto-Temporale* o nei *Tick Nervosi* – diversi fattori sembrano suggerire il contrario. Con rifacimento alla definizione che Martin e Tesser offrono della condotta intenzionale, le ossessioni potrebbero rappresentare dei comportamenti **volontari** in quanto:

- persistono fino a quando lo scopo perseguito non viene raggiunto;
- possono cambiare in relazione alle convinzioni inerenti le modalità per raggiungere lo scopo perseguito;
- sono frutto di apprendimenti;
- si associano a contenuti emotivi che variano in funzione del grado di raggiungimento/compromissione dello scopo perseguito;
- richiedono uno sforzo attivo da parte della persona, che spesso sacrifica il perseguimento di ulteriori bisogni rilevanti.

La natura intenzionale della condotta compulsiva non si estende al dominio di scelta dell’esperienza ossessiva. **La persona può quindi scegliere intenzionalmente di mettere in atto o meno la compulsione, ma non se vivere o meno l’esperienza ossessiva.** Sarebbe proprio questo genere di esperienze ad essere vissuto in modo costringitivo, più che la condotta compulsiva di per sé, letta spesso quale unica modalità per far fronte all’esperienza ossessiva. Chi soffre di DOC, infatti, non sempre interpreta come sintomatologica la messa in atto delle compulsioni. Al contrario, **ad essere riportato come problematica appare principalmente la presenza delle ossessioni.**



Le compulsioni possono quindi assumere un carattere *egodistonico* in funzione dei costi che comporta la loro costante riproposizione. L'automatizzazione ne consegue può infine portare la persona ad attribuire alla compulsione una valenza negativa, come pure a riconoscere la stessa come non intenzionale. In tali casi, è comune rilevare la presenza di un **dibattito interno** che precede la messa in atto della compulsione, inerente la scelta se implementare o meno tale condotta.

Di per sé **le compulsioni NON esprimono un fenomeno patologico**. Diversi studi mostrano infatti come l'induzione sperimentale di esperienze ossessive in persone non affette da DOC porti le stesse a reagire attraverso condotte analoghe a quelle eseguite da chi soffre del disturbo. Quanto piuttosto sembra differenziare le compulsioni "patologiche" da quelle "sane" è l'**accuratezza**, la **ripetitività** e la **persistenza** con cui si presentano in chi soffre del disturbo. Sovente le compulsioni patologiche vengono eseguite secondo **rituali** finalizzati ad ottimizzare la condotta o ridurre i costi del disturbo (es., pulire il lavandino prima di lavarsi le mani, al fine di evitare un nuovo contagio).

Come per le ossessioni, anche le compulsioni possono essere classificate nelle 4 categorie sintomatologiche già presentate. Nello specifico:

- in presenza di *ossessioni di controllo*, sono comuni **comportamenti di controllo** di quanto temuto (es., controllare se il gas è stato chiuso correttamente);
- in presenza di *ossessioni di ordine e simmetria*, si evidenziano spesso **comportamenti di riordino** (es., ordinare i capi di abbigliamento in base al colore);
- in presenza di *ossessioni di contaminazione*, sono comuni frequenti **comportamenti di sterilizzazione** (es., lavaggi ritualizzati) e di **purificazione**;
- in presenza di *ossessioni proibite o aggressive*, si registra una maggiore frequenza di **rituali mentali** (es., preghiere), **tentativi di soppressione/sostituzione del pensiero** (es., ripetere mentalmente pensieri alternativi), **rimuginazioni retrospettive** (es., ricercare nei propri ricordi prove che confermino la gravità dell'aver avuto il pensiero ossessivo).

2.2.2. EVITAMENTI

Comuni in chi soffre del disturbo sono gli evitamenti **cognitivi** e **comportamentali** di tutte le circostanze capaci di attivare l'esperienza ossessiva. Rientrano all'interno degli *evitamenti cognitivi* i tentativi deliberativi di **distrazione** e **soppressione del pensiero** comunemente impiegati nel disturbo. Rientrano invece negli *evitamenti comportamentali* i tentativi deliberativi di **tenersi fisicamente distanti** da luoghi nei quali si crede di poter risperimentare l'ossessione (es., chiesa, cimitero, bagni pubblici, etc.).

2.2.3. RICHIESTE DI RASSICURAZIONE

Tra i più tipici tentativi di gestione dell'esperienza ossessiva si trovano le *richieste di rassicurazione*. Chi soffre di DOC sovente si rivolge ad amici, familiari o altre persone (es., terapeuta) ponendo quale richiesta esplicita la rassicurazione dal proprio timore ossessivo.



Comuni sono anche le confessioni in un'ottica di **espiazione** della colpa auto-attribuitasi per aver percepito un pensiero intrusivo proibito o aggressivo.

2.2.4. RIMUGINAZIONI

La **rimuginazione** è una forma di ragionamento orientata ad allenire il disagio conseguente all'esperienza ossessiva. Come tale, **esprime una strategia mentale per fronteggiare un'emozione, più che un problema**. Solitamente si manifesta nei momenti in cui la persona si trova distante in termini fisici o psichici dall'evento-stimolo attivante il fenomeno ossessivo, e tende ad assorbire la persona per quote significative di tempo. Comune è la **perdita della concezione del tempo trascorso** alla ricerca della soluzione al dubbio ossessivo. Si distinguono due distinte forme di rimuginazione nel DOC: la rimuginazione dialogica e la rimuginazione immaginativa.

La **rimuginazione dialogica** esprime una forma di ragionamento che sfrutta le capacità linguistiche per gestire il "problema" posto dall'insorgenza dell'ossessione (benché, come si è detto in precedenza, l'ossessione non costituisca di per sé un fenomeno problematico!). Può essere di tipo **prospettico** (es., “Se andassi in ospedale, potrei contaminarmi!”), **restrospettivo** (es., “Ho chiuso la macchina? Quando sono uscito le chiavi le avevo in tasca, quindi...” o **dialettico-dibattimentale** (es., “Se non la amo non è colpa mia; tuttavia...”)).

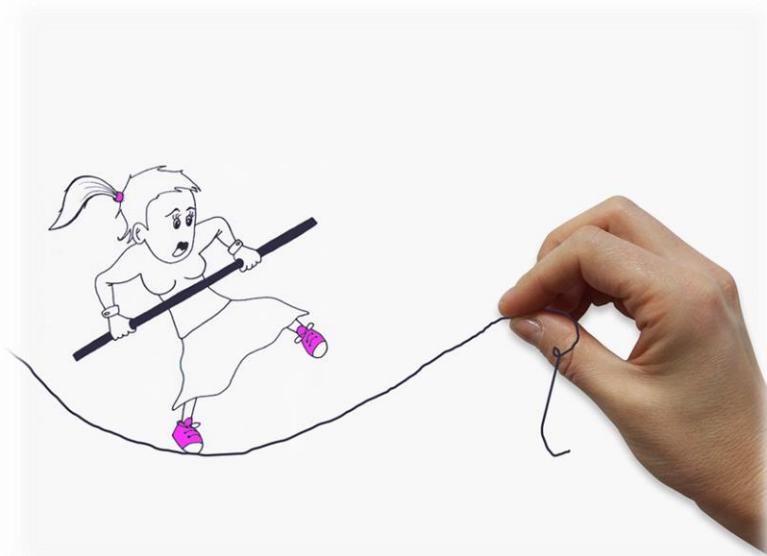
Quest'ultima forma di rimuginio, prototipica del funzionamento mentale ossessivo, si caratterizza per la costante ricerca di argomentazioni che contrastino e confermino i propri timori. Tale circolo dialettico mantiene ancorata la persona in un costante dibattito interno con se stessa, che trova termine unicamente con la cessazione del disagio associato all'insorgere dell'esperienza ossessiva. In breve, la persona prova ad immaginarsi tutte le modalità con cui potrebbe verificarsi l'evento temuto, impegnandosi a falsificare ciascuna ipotesi prospettata.



La **rimuginazione immaginativa** esprime invece quella forma di ragionamento che sfrutta le immagini mentali per la gestione del fenomeno ossessivo. Come quella dialogica, anche la rimuginazione per immagini può essere **prospettica** (es., impegnarsi in un'attività mentale immaginativa in cui si cerca di simulare internamente come ci si sentirebbe qualora si verificasse l'evento temuto) o **retrospettiva** (es., impegnarsi in un'attività mentale immaginativa in cui si prova a ricordare tutte le sequenze associate all'evento ossessivo temuto).

3. COSA CAUSA IL DISTURBO

Allo stato attuale il DOC viene considerato un disturbo ad **eziologia ignota**. Né il campo della psicofisiologia, né quello della neurologia sono riusciti a fornire ipotesi esplicative convincenti. L'ipotesi che ad oggi gode di maggior consenso scientifico è quella che rientra all'interno del *modello diatesi-stress*, secondo cui lo sviluppo e il decorso del disturbo dovrebbero essere rintracciati nella fitta interazione presente tra **fattori predisponenti** di natura *genetica* e **fattori di stress** di natura *ambientale*. Data comunque la difficoltà incontrata nel riuscire a scindere gli unici dagli altri, si preferisce solitamente parlare in termini più generici di **fattori di rischio**.



Da un punto di vista più concreto, **tale tesi si traduce nel riconoscere che, in presenza di specifici fattori predisponenti, una persona sana potrebbe essere più esposta di chi non presenta la stessa vulnerabilità a ritrovarsi in una forma di funzionamento mentale ossessivo-compulsivo.** Tale insorgenza non sarebbe improvvisa, ma avverrebbe in modo graduale a seguito dell'interazione con determinati fattori di stress, i quali faciliterebbero la gestione delle ossessioni attraverso condotte che, nel medio-lungo periodo, modificherebbero il funzionamento mentale orientandolo verso la psicopatologia DOC. Ciò comporta altresì che, **modificando tali condotte, il funzionamento mentale ritornerebbe simile a quello presente precedentemente l'insorgenza del disturbo.** Al contrario, i fattori predisponenti, non potendo essere eliminati al pari dei fattori di mantenimento del DOC, continuerebbero a rendere la persona più **sensibile** a questo genere di funzionamento mentale, motivo che spiega l'importanza di un lavoro psicologico finalizzato alla **prevenzione della ricaduta** (es., incremento dei fattori protettivi, psicoeducazione sui fattori di rischio da monitorare, etc.).

3.1. FATTORI DI RISCHIO GENETICO-FAMILIARI

Benché incerte e non condivise da tutti ricercatori, le stime che finora sono state proposte attribuiscono a questi fattori presi nel loro insieme il **37-41%** di responsabilità nell'eziologia del disturbo.



3.1.1. GENETICA

Allo stato attuale di ricerca empirica, **la complessità del disturbo impedisce di comprendere nel dettaglio quale peso specifico esercitino i fattori genetico-familiari nell'eziopatogenesi del disturbo.** Un recente studio condotto su coppie di gemelli *monozigoti* e *dizigoti* ha stimato che il peso di tali fattori ammonti nell'ordine del **35%**. Tuttavia, i dati in nostro possesso sono ancora parziali e di scarsa qualità.



3.1.2. FAMILIARITA'

Dati a sostegno del ruolo dei fattori genetici nell'eziopatogenesi del disturbo provengono dagli studi sulla familiarità del DOC, che mostrano come **la percentuale di pazienti con almeno un familiare di primo grado affetto da tale psicopatologia (1-11%) sia significativamente superiore rispetto alla percentuale di persone sane non aventi una simile familiarità per il disturbo (0-2,7%).** Tale quota cresce significativamente tra i gemelli *omozigoti*, dove il tasso di concordanza del disturbo raggiunge quote del **47-55%**. Nel complesso, **i modelli previsionali che sono stati proposti in letteratura invitano a ritenere compresa tra lo 0-2,7% la probabilità di sviluppare il DOC in assenza di familiarità, e del 10% in presenza della stessa.**

3.2. FATTORI DI RISCHIO AMBIENTALI

Le stime che finora sono state proposte attribuiscono a questi fattori il **46%** di responsabilità nell'eziologia del disturbo.

3.2.1. COMPLICAZIONI MEDICHE

Uno studio ha mostrato che il campione di persone alle prese con il DOC che era stato analizzato presentava percentuali superiori di prevalenza di specifiche complicanze mediche (es., **problemi perinatali, infezione da streptococco**) rispetto al campione di controllo non affetto da tale patologia.

3.2.2. STILE DI ACCUDIMENTO GENITORIALE

I dati presenti nella letteratura scientifica invitano a riconoscere come uno stile genitoriale particolarmente **critico, autoritario e perfezionistico** (standard di prestazione elevati) possa incrementare la vulnerabilità dei figli nei confronti del DOC.



3.2.3. TRAUMI

Uno studio ha mostrato che le donne del campione analizzato, aventi una precedente storia di violenza sessuale, avevano un maggiore rischio di sviluppare il disturbo rispetto alle donne che non avevano riportato una medesima storia di abusi. Nel complesso, i dati presenti in letteratura invitano a ritenere che **una storia di vita caratterizzata da una maggiore prevalenza di esperienze fortemente spiacevoli aumenti il rischio di andare incontro al disturbo.**

3.3. FATTORI DI RISCHIO PSICO-BIOLOGICI

Uno dei pochi modelli previsionali finora proposti nel panorama scientifico ha riconosciuto come tali fattori spieghino circa il **18%** dell'eziologia del disturbo. Tali dati devono comunque essere letti con cautela, in quanto è un dato risaputo in letteratura che la struttura e funzionalità degli apparati neuro-cognitivi siano influenzati tanto da variabili di natura *genetico-temperamentale*, quanto da variabili di natura *ambientale-familiare*.

3.3.1. STRUTTURE COGNITIVE

Da alcuni studi è emerso che le persone alle prese con il DOC tendano più frequentemente delle persone che non manifestano la sintomatologia a presentare *schemi di pensiero rigidi e disadattivi*. Tali filtri interni che la mente utilizzerebbe per dare significati agli eventi porterebbero queste persone ad essere più vulnerabili allo sviluppo del disturbo. Nello specifico, tra gli **schemi cognitivi** che sono stati associati al DOC si trovano i seguenti:

1. Eccessivo senso di responsabilità
2. Sopravalutazione attribuita alla presenza di un pensiero
3. Sopravalutazione attribuita al controllo di un pensiero
4. Sovrastima del pericolo
5. Intolleranza alla sensazione di incertezza
6. Perfezionismo disadattivo

Un ulteriore studio ha trovato che la presenza di alcuni di questi schemi correla con lo stile di accudimento genitoriale. In particolare, sembra che uno stile educativo improntato a valorizzare nell'infanzia la **responsabilità individuale** e l'adozione di **norme comportamentali rigide ed inflessibili** possa portare allo strutturarsi nei figli degli schemi cognitivi di *eccessivo senso di responsabilità* e *sovrastima del pericolo*, aumentando di riflesso la vulnerabilità per il disturbo. La ricerca ha messo altresì in evidenza come gli schemi di *perfezionismo disadattivo* e di *intolleranza alla sensazione di incertezza* potrebbero essere acquisiti nella prima infanzia o nell'adolescenza.

Altri studi invece associano l'*eccessivo senso di responsabilità* ed il *perfezionismo disadattivo* alla presenza di **tratti di personalità perfezionisti** nei genitori, ad uno **stile genitoriale ipercritico e iper-responsabilizzante**, come pure alla presenza di **codici di comportamento particolarmente rigidi e severi**, che indurrebbero nei figli la convinzione di non avere le risorse per fronteggiare gli eventi.

Tali dati sono in linea con i resoconti riportati dai pazienti, in cui emerge un **eccessivo timore di poter essere rimproverati** ed un corrispondente bisogno impellente di controllo sul proprio comportamento finalizzato all'**evitamento della critica**. Tuttavia, le osservazioni cliniche mostrano altresì come effetti analoghi possano essere il risultato di un atteggiamento genitoriale de-responsabilizzante e svalutante l'autonomia dei figli.

3.3.2. FUNZIONI COGNITIVE

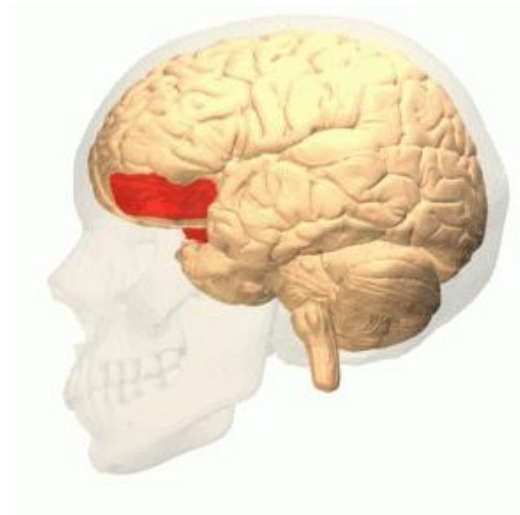
Le principali alterazioni nelle funzioni del sistema cognitivo che sono state associate ad un maggior rischio di DOC sono a carico dei processi neuropsicologici deputati a:



- **controllare ed inibire la messa in atto di un comportamento;**
- **cambiare il proprio stato mentale**, passando da una condizione psico-emotiva ad un'altra;
- **tenere a mente le informazioni ed utilizzarle per pianificare qualcosa in modo strategico;**
- **compiere decisioni.**

3.3.3. FUNZIONI NEURO-BIOLOGICHE

Tra i fattori associati ad una maggiore vulnerabilità per il DOC, i dati più solidi sembrano le alterazioni a livello della **Corteccia Orbitofrontale**, una porzione del cervello deputata al *ragionamento* e alla *presa di decisioni*.



3.4. FATTORI CORRELATI

3.4.1. CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE

I principali fattori socio-demografici che sono stati associati all'insorgenza del disturbo risultato i seguenti: **età rientrante nella tarda adolescenza**, **basso status socio-economico familiare** e **disoccupazione** nelle donne.

3.4.2. COMPRESENZA DI ALTRI PROBLEMI PSICOLOGICI

Tra i disturbi più associati all'esordio del DOC si trovano il **Disturbo Depressivo Maggiore**, il **Disturbo Bipolare**, il **Disturbo d'Ansia Sociale**, la **Fobia Specifica**, l'**ADHD**, la presenza di **Tic Nervosi** o di **Ansia da Separazione** nell'infanzia. Dall'analisi dei resoconti dei pazienti emerge come molte di queste condizioni, associandosi alla pregressa assunzione di uno stile relazionale aggressivo o antisociale, vengano vissute con grande senso di colpa e pentimento una volta insorto il disturbo.



3.5. FATTORI PROTETTIVI

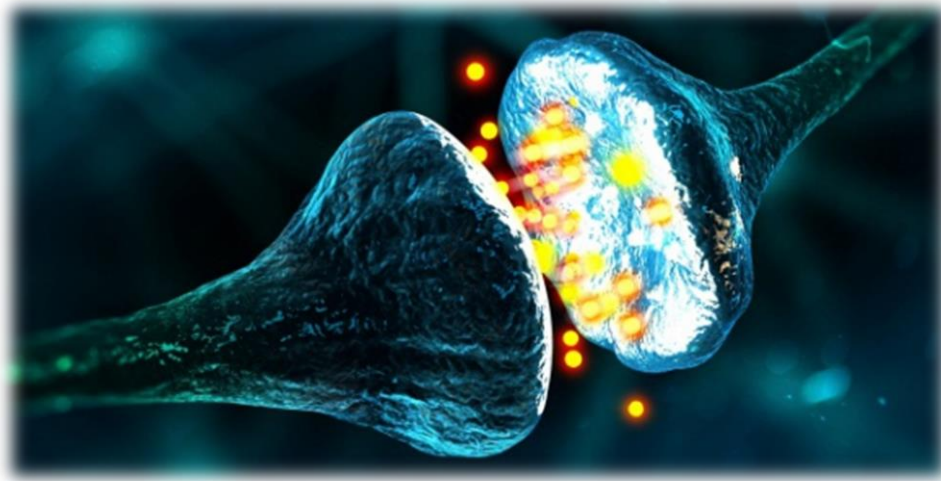
In letteratura scientifica sono stati identificati diversi fattori che potrebbero giocare un *ruolo protettivo* nello sviluppo del DOC. Un recente studio, ad esempio, mostra come la **competenza personale e sociale**, come pure la presenza di **risorse e coesione familiare**, si associ ad una minore prevalenza del disturbo nel contesto asiatico in cui era stata svolta la ricerca. Più nello specifico, un ulteriore studio mostra come, ad esplicitare una funzione protettiva, sia la presenza di **buone disposizioni personali** (es., motivazione verso obiettivi realistici, flessibilità, alti livelli di auto-stima) e di **supporto sociale a scuola**.



4. COSA VI È DI ALTERATO NEL DISTURBO

4.1. ALTERAZIONI NEUROCHIMICHE

Nel complesso, le ricerche hanno messo in evidenza la presenza di alterazioni a carico di diversi sistemi neurobiologici che agiscono nell'organismo rilasciando specifiche sostanze neurochimiche per permettere ai neuroni di comunicare tra loro (*neurotrasmettitori*)



Tra i principali neurotrasmettitori coinvolti nel DOC si trovano i seguenti:

- **Serotonina:** seppure le ricerche presenti in letteratura vedono questo sistema coinvolto nel funzionamento ossessivo, la presenza di dati contrastanti impedisce di chiarire la direzione specifica di tale alterazione. È comunque possibile ipotizzare la presenza di una *ipoattivazione* di questo sistema.
- **Dopamina:** allo stato attuale di conoscenza scientifica, la letteratura indica la presenza di un'alterazione funzionale a carico di questo sistema. Benché non sia chiara la natura di tale alterazione, è possibile ipotizzare la presenza di una sua *iperattivazione*.
- **Glutammato:** i dati mostrano la presenza di un'alterazione non meglio specificata in questo sistema di trasmissione neuronale. Nello specifico, i ricercatori ipotizzano che tale alterazione sia tale da rendere il sistema costantemente *iperattivato*.

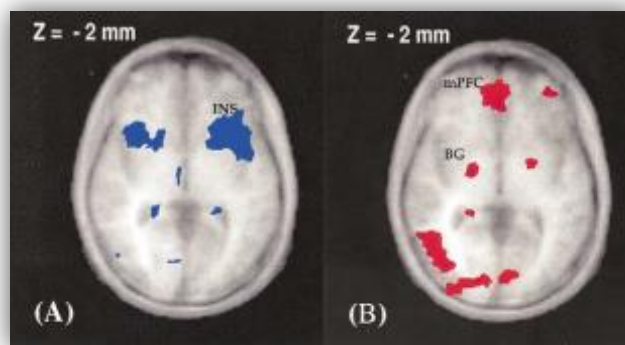
4.2. ALTERAZIONI DELLA STRUTTURA CEREBRALE

Gli studi presenti in letteratura hanno messo in evidenza la presenza di differenze nel volume della **Corteccia Orbitofrontale**, della **Corteccia Prefrontale**, della **Corteccia Cingolata Anteriore** e dei **Gangli della Base**. Tali risultati, tuttavia, non sono stati confermati in tutti gli studi e andrebbero interpretati con cautela.



4.3. ALTERAZIONI DELLA FUNZIONALITA' CEREBRALE

I dati più robusti presenti in letteratura mostrano la presenza di alterazioni funzionali circoscritte prevalentemente a livello della **Corteccia Orbitofrontale**, della **Corteccia Prefrontale**, dell'**Insula**, del **Giro Paraippocampale** e dei **Gangli della Base**.



4.4. ALTERAZIONI DEI PROCESSI COGNITIVI

4.4.1. ATTENZIONE

Più che la presenza di un vero e proprio deficit in questi processi, l'insieme di studi presenti in letteratura sembra suggerire la presenza di una forma di *sensibilizzazione* nel dirigere l'attenzione verso determinati stimoli (**bias attentivi**).

4.4.2. SENSAZIONE

Diversi studi mostrano che i pazienti alle prese con DOC (specialmente con sintomatologia ossessiva di ordine e simmetria) tendano a provare con maggiore facilità la **sensazione che ci sia qualcosa che non è come si crede che dovrebbe essere**, un normale vissuto interiore noto nel panorama scientifico con il nome di *Not Just Right Experience* (NJRE).

4.4.3. PERCEZIONE

Come per l'attenzione, si crede che nei pazienti con DOC sia presente anche una **sensibilizzazione nel percepire determinati stimoli**, più che un vero e proprio deficit in questi processi. Tale ipotesi è stata maggiormente avallata dalla constatazione degli effetti simil-dissociativi conseguenti ad una fissazione prolungata di uno stesso stimolo. Tale aspetto sembrerebbe infatti spiegare la sensazione di incertezza e la scarsa fiducia nelle proprie percezioni riportate spesso dai pazienti alle prese con DOC.



4.4.4. MEMORIA

I risultati degli studi presenti in letteratura sembrano escludere la presenza di un deficit di memoria, confermando piuttosto la presenza di numerose distorsioni nel modo con cui sarebbero analizzate le informazioni memorizzate. Diversamente, nella letteratura scientifica ha ricevuto maggiori conferme la tesi che vedrebbe la presenza di un generale **deficit nel grado di fiducia attribuito ai propri ricordi, presumibilmente dipendente dai reiterati comportamenti di controllo**.

4.4.5. EMOZIONI

Gli studi che hanno analizzato i processi emozionali nelle persone alle prese con DOC hanno messo in evidenza la presenza di un'alterazione a livello del **disgusto** e del **senso di colpa**.



Nello specifico, l'ipersensibilità al disgusto è stata confermata da studi che si sono avvalsi primariamente di test auto-compilati, sia di compiti comportamentali di evitamento. Tale facilitazione al disgusto è risultata più marcata sia rispetto ai controlli sani, sia rispetto ai pazienti affetti da un disturbo d'ansia, e sembra più elevata nei pazienti con *ossessioni di contaminazione* e con *ossessioni proibite a contenuto religioso*.

5. COME FUNZIONA IL DISTURBO

Sono state proposte diverse ipotesi all'interno del panorama delle *Scienze Neurobiologiche* e delle *Scienze Cognitive* per spiegare la presenza dei sintomi del DOC, ciascuna delle quali ha provato ad offrire una descrizione di come funzioni la mente ossessiva a partire da una specifica prospettiva di studio di questa psicopatologia. Tra le principali aree di studio troviamo quella **neurochimica**, quella **neuropsicologica**, quella **comportamentista** e quella **cognitivista**.



5.1. PROSPETTIVA NEUROCHIMICA

Le tesi proposte dalla *prospettiva neurochimica* riconducono la presenza della sintomatologia del DOC alle alterazioni nei sistemi di neurotrasmissione del cervello. Nello specifico, le principali ipotesi che sono state formulate sono le seguenti:

- **Ipotesi della Serotonina:** i sintomi sono conseguenti ad una *ipoattivazione* di questo sistema.
- **Ipotesi della Dopamina:** i sintomi sono conseguenti ad una *iperattivazione* di questo sistema.
- **Ipotesi del Glutammato:** i sintomi sono conseguenti ad una *alterazione non nota* di questo sistema.

5.2. PROSPETTIVA NEUROPSICOLOGICA

Le ipotesi proposte dalla *prospettiva neuropsicologica* riconducono la presenza della sintomatologia del DOC alle alterazioni nelle funzioni esecutive del sistema cognitivo riscontrate in chi soffre del disturbo (es., attenzione, memoria). Nello specifico, le principali ipotesi che sono state formulate sono le seguenti:

- **Ipotesi del deficit del monitoraggio mentale:** secondo Szechtman e Woody la sintomatologia del DOC sarebbe causata da un deficit nel meccanismo con cui la mente confronterebbe i dati derivanti dalla percezione dei diversi stimoli (es., vedere il fornello del gas spento) con i dati provenienti dall'attività immaginativa (es., immaginarsi il fornello del gas spento). Tale deficit si manifesterebbe: (a) nella scarsa fiducia che i pazienti nutrirebbero nei confronti dei dati percettivi di natura *sensoriale*, a scapito di una maggiore fiducia accordata ai dati immaginativi di natura *concettuale* (es., se ci si immagina il fornello del gas acceso, si tenderà ad attribuire a questo pensiero una maggiore validità rispetto al ricordo percettivo del fornello del gas spento); (b) nell'incapacità della mente di spegnere il sistema deputato alla *ricerca di protezione*, portando così la persona a riproporre in maniera compulsiva gli stessi comportamenti di controllo già eseguiti in precedenza per ricercare sicurezza e protezione.

- **Ipotesi del deficit di fiducia nella memoria:** i sostenitori di tale ipotesi sostengono che i controlli compulsivi messi in atto dalle persone affette da DOC sarebbero motivati da una scarsa fiducia attribuita ai ricordi associati ai timori ossessivi. I dati presenti in letteratura sono concordi con tale tesi, mostrando come l'incremento delle condotte di controllo aumenti la familiarità con gli eventi-stimolo temuti. I dati clinici hanno mostrato inoltre che il comportamento di controllo aumenta, anziché ridurre, la sensazione di incertezza, motivando conseguentemente a reiterare i comportamenti di controllo. Tale distorsione della memoria (*memory distrust bias*) rende quindi il ricordo meno vivido e dettagliato, e dunque meno credibile per la persona che lo esperirebbe.



5.3. PROSPETTIVA COMPORTAMENTISTA

Rifacendosi ai celebri studi di Skinner degli anni '50, la tesi comportamentista presuppone che la persona alle con il DOC reagisca alle ossessioni attraverso la messa in atto di comportamenti risultati in passato efficaci nel ridurre lo **stato angoscioso percepito**, in modo non diverso da come i **“piccioni superstiziosi”** degli esperimenti di Skinner apprendevano a riproporre lo stesso comportamento che, causalmente, era stato associato alla ricompensa ricevuta.



Secondo tale tesi, l'effetto calmante agirebbe dunque da rinforzo sul comportamento compulsivo, incrementando conseguentemente la probabilità che la persona riproponga una simile condotta per gestire la propria sofferenza ossessiva. Rinforzi ambientali agirebbero infine impedendo alla persona di apprendere modalità alternative per far fronte a tali vissuti ossessivi, verso i quali si sensibilizzerebbe predisponendosi a riviverli con maggiore frequenza e intensità. Nel complesso, **la tesi comportamentista vede dunque le compulsioni come strategie comportamentali finalizzate ad auto-regolare i vissuti emotivi che si associano all'emergere di normali esperienze ossessive.**

5.4. PROSPETTIVA COGNITIVISTA

I modelli cognitivisti sono soliti descrivere il funzionamento del DOC come risultante da un'interpretazione distorta di normali esperienze mentali intrusive (es., pensieri, immagini mentali, impulsi). Sarebbe proprio questa interpretazione catastrofica a far sì che, da una normale esperienza mentale intrusiva, si strutturi una vera e propria *ossessione*. Tali schemi di pensiero porterebbero la persona a malinterpretare determinati eventi interni ed esterni, predisponendo ad una loro gestione (tentativi di soluzione) che manterrebbe paradossalmente il funzionamento del disturbo. Nello specifico, tra gli schemi cognitivi che sono stati associati al DOC si trovano i seguenti:

1. **Eccessivo senso di responsabilità:** schema cognitivo che si manifesta nella presenza di credenze implicite circa il potere che la persona disporrebbe nel prevenire o determinare effetti dannosi per se stessa o per altri lungo un piano reale o morale. Tali credenze sono considerate responsabili dell'intenso senso di colpa vissuto dalla persona per supposta *omissione di soccorso* o *commissione del danno*.



2. **Sopravalutazione attribuita alla presenza di un pensiero:** schema cognitivo che si manifesta nella presenza di credenze implicite circa il rapporto esistente tra la comparsa di un pensiero nel proprio flusso di coscienza e la sua implicazione su un piano oggettivo-reale o soggettivo-morale. Nello specifico, in presenza della credenza nota in letteratura come “*pensiero magico*”, la persona riterrebbe che la presenza di un pensiero nella propria mente possa avere delle ripercussioni su un piano reale o morale; diversamente, in presenza della credenza nota come “*fusione pensiero-azione*”, la persona riterrebbe che pensare ad un dato evento abbia effetti simili al compiere lo stesso evento pensato.



3. **Sopravalutazione attribuita al controllo di un pensiero:** schema cognitivo che si manifesta nella presenza di (meta)credenze implicite circa il controllo che la persona disporrebbe sulla propria attività mentale. Nello specifico, la persona ritiene di poter avere un controllo diretto e totale sui propri pensieri, ritenendosi come tale responsabile per la presenza di contenuti mentali non in linea con i propri valori etici e morali.

Tale credenza si associa a: (a) un *eccessivo monitoraggio dei pensieri* che in modo spontaneo ed involontario insorgerebbero nella propria mente; (b) un *eccessivo senso di responsabilità* per la presenza di contenuti non in linea con i propri valori etici e morali; (c) un *eccessiva soppressione del pensiero*, ossia la tendenza ad allontanare contenuti mentali indesiderati.



4. **Sovrastima del pericolo:** schema cognitivo che si manifesta nella presenza di credenze implicite circa il grado di pericolosità degli eventi. Nello specifico, tali credenze determinano l'insorgere di aspettative irrealistiche circa la *probabilità* che certi eventi capitino alla persona, come pure ad aspettative irrealistiche circa la *gravità* di tali eventi.



5. **Intolleranza alla sensazione di incertezza:** schema cognitivo che si manifesta nella presenza di credenze implicite circa la possibilità di minimizzare il dubbio e l'incertezza associata all'occorrenza di eventi negativi temuti. Nello specifico, tali schemi si esplicherebbero nella convinzione di dover raggiungere necessariamente la certezza assoluta che un evento indesiderato non si verifichi (es., "Devo essere assolutamente certo di non sbagliare"), come pure nella convinzione di non possedere allo stato attuale le capacità utili per fronteggiare il possibile imprevisto (es., "Non sono in grado di gestire l'incertezza").

Nel loro insieme, tali schemi porterebbero la persona a sperimentare un marcato bisogno di prevedibilità e certezza di fronte ad eventi temuti, che predisporrebbe sia alla ricerca compulsiva di informazioni supplementari per ridurre l'ambiguità e il grado di incertezza percepito, sia a rimettere continuamente in discussione la validità delle ipotesi appena formulate (es., ragionamento dialogico).

Associato alla presenza di tali schemi è la condizione di “*paralisi intellettuale*” o “*dubbio patologico*”, che porterebbe la persona a vivere per tempi prolungati e con grande disagio normale condizione di indecisione.



6. **Perfezionismo disadattivo:** schema cognitivo che si manifesta nella presenza di credenze implicite circa l'esistenza di soluzioni perfette per ogni problema, come pure nella convinzione che soluzioni imperfette portino a conseguenze disastrose su un piano morale o reale.



Nel complesso, la tesi cognitivista porta a due previsioni di fondo:

1. Le ossessioni persisteranno fino a quando persisterà l'interpretazione distorta;
2. Le ossessioni diminuiranno o spariranno in funzione dell'indebolimento delle credenze distorte.

Su tali previsioni poggia l'ipotesi **cognitivo-motivazionale** di Mancini. Secondo l'autore il funzionamento del DOC sarebbe mantenuto dalla presenza di uno specifico interesse personale: **il desiderio di prevenire e/o neutralizzare il senso di colpa che consegue all'idea di aver trasgredito una norma morale personale o collettiva (senso di colpa deontologico)**. Nel modello proposto dall'autore, la presenza di tale obiettivo motiverebbe la persona alla messa in atto di condotte di evitamento delle situazioni ritenute in grado di innescare il **senso di colpa deontologico**, essendo quest'ultimo considerato dalla persona come un'esperienza catastrofica e inaccettabile.

Il senso di colpa acquisirebbe così il carattere di evento minaccioso a cui la persona reagirebbe intenzionalmente (ma non necessariamente in modo consapevole) mettendo in atto comportamenti ritualistici finalizzati a **evitare** o **ridurre** l'esposizione temuta (*tentativi di soluzione*). Più nello specifico, il desiderio di **non essere responsabile di colpe deontologiche** acquisirebbe un valore motivazionale in quanto porterebbe la mente della persona alle prese con DOC ad anticipare in fantasia le conseguenze sottese alla soddisfazione o frustrazione di questo bisogno, motivando la persona a compiere i tentativi di soluzione descritti in precedenza.



Detto diversamente, ogni qual volta un evento esterno o interno portasse a vivere il desiderio di prevenire una possibile colpa deontologica, nella mente della persona alle prese con il DOC tenderebbero a susseguirsi **pensieri negativi** coerenti con i propri temi ossessivi (es., "*Chissà gli altri come mi vedrebbero!*").

La comparsa di tali pensieri disancorerebbe l'attenzione dalle sicurezze che fino ad allora stavano reggevano l'equilibrio psicologico della persona, motivandola di riflesso a sottrarsi alla minaccia preventivata attraverso:

- **compulsioni** o **evitamenti**, laddove si ritenesse di poter intervenire sulla realtà per prevenire o neutralizzare il pericolo preventivato;
- **rimuginazione dialettico-dibattimentale**, nel caso in cui non si fosse convinti di poter modificare tale situazione.



Parallelamente a ciò, la mente verrebbe spinta a:

- evitare di sottostimare la **probabilità** e **gravità** del pericolo appena percepito (*better safe than sorry bias*), rappresentandosi in fantasia gli scenari peggiori che potrebbero occorrere
- **ricercare informazioni congruenti** con i timori preventivati (*confirmatory bias*)

L'attivazione di tali bias porterebbe quindi la persona alle prese con il disturbo a rappresentarsi nella propria mente l'evento ossessivo temuto come particolarmente grave e probabile, e quindi ad impegnarsi in un **ragionamento prudenzialistico** finalizzato a prevenire o neutralizzazione il pericolo prospettatosi, limitando così i suoi possibili costi.

Laddove fossero presenti anche schemi di *intolleranza alla sensazione di incertezza* e di *perfezionismo disadattivo*, tale ragionamento virerebbe infine verso l'**iper-attivazione**, predisponendo la persona tanto alla ricerca di una cospicua quota di informazioni per potersi assicurare, quanto ad una loro analisi particolarmente scrupolosa.



Aumentando il numero e il quantitativo di controlli, gli **alti standard** con cui verrebbero valutate le informazioni appena raccolte predisporrebbero la persona a **ridurre l'affidabilità nei propri ricordi** (*memory distrust bias*), alimentando viziosamente il funzionamento ossessivo. Successive funzioni cognitive agirebbero quindi alimentando il mantenimento del disturbo e la generalizzazione dei sintomi (es., *affect as information bias*, *behaviour as input bias*).

Inglobando la presenza dei diversi fattori di rischio e delle diverse alterazioni presenti nei pazienti ossessivi, la tesi che Mancini porta avanti è riassumibile ipotizzando che il DOC sia caratterizzato da:



- una ipersensibilità alla sensazione che ci sia qualcosa che non va (NJRE)
- gli schemi cognitivi di *intolleranza all'incertezza* (es., dubbio patologico) e di *perfezionismo disadattivo* (es., standard morali elevati)
- un marcato timore di sbagliare

Nel loro insieme tali fattori esorterebbero a considerare il DOC come un disturbo caratterizzato dalla presenza di un'alta **intolleranza agli errori colpevoli**.

6. COME TRATTARE IL DISTURBO

Il trattamento del DOC dovrebbe prevedere interventi specificamente orientati a rispondere alle diverse alterazioni *biologiche* (es., Serotonina), *psicologiche* (es., schemi cognitivi disadattivi) e *sociali* (es., isolamento) che caratterizzano il funzionamento del disturbo.

Con rifacimento alle linee guida promosse dall' *Istituto Nazionale per la Salute e l'Eccellenza nella Cura* inglese, sembra possibile identificare due tipologie di interventi di provata efficacia sperimentale: la **terapia farmacologica** e la **terapia psicologica**.

Entrambe queste terapie presentano pregi e difetti, sicché nella realtà clinica non sembra possibile stabilire a priori quale forma di trattamento possa rivelarsi più utile ed efficace. Diversamente, comune (e spesso consigliata) è la gestione combinata di tali interventi, tanto al fine di incrementare la risposta terapeutica, quanto al fine di ridurre il rischio di ricadute in futuro.



N.B: pur non condividendo la maggiore importanza che le presenti linee guida attribuiscono a specifiche forme d'intervento psicologico, chi scrive riconosce l'importanza di rifarsi con flessibilità a tali direttive, che dovrebbero essere lette per l'appunto come "linee guida" generali.

6.1. TERAPIA FARMACOLOGICA

I farmaci indicati all'interno della suddetta linea guida sono quelli che aumentano la funzionalità del sistema di neurotrasmissione della *Serotonina*:



- **Fluoxetina** (es., Prozac, Fluoxerene, Fluoxetina)
- **Fluvoxamina** (es., Fevarin, Maverall)
- **Paroxetina** (es., Sereupin, Seroxat, Daparox)
- **Sertralina** (es., Zoloft, Tatig)
- **Citalopram** (es., Elopam, Seropram)

A seconda del modo con cui il paziente risponderebbe al trattamento, tali farmaci potrebbero essere affiancati ad agenti antipsicotici a basso dosaggio, quali l'**Aripiprazolo**(Abilify), il **Risperidone** (Risperdal) o l'**Aloperidolo** (Serenase), o venire sostituiti in modo integrale da altri farmaci, quali la **Clomipramina** (Anafranil). Nel loro complesso, gli studi che hanno analizzato gli effetti di questa forma di trattamento indicano che **tali agenti riducono del 30% la sintomatologia ossessiva nel 50-60% dei pazienti entro i primi 2-3 mesi di trattamento.**

Si riconosce ciononostante come tali trattamenti comportino per la persona numerosi **effetti collaterali** (es., perdita generale di interesse, irrequietezza, incremento ideazione suicidaria, alterazioni cardiache e peso corporeo), come pure che l'interruzione della terapia farmacologica porti al **riemergere dei sintomi** nel 24-89% dei casi. Per tal motivo la terapia farmacologica è spesso associata ad interventi psicologici che, contribuendo a ridurre la sintomatologia, consentono allo specialista di prescrivere dosaggi più bassi, aventi effetti collaterali meno ingenti e più tollerabili.

6.2. TERAPIA PSICOLOGICA

Le linee guida NICE indicano la **Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC)** come terapia psicologica di prima linea per il trattamento psicologico del DOC.

Tale forma d'intervento prevede l'applicazione di specifiche tecniche aventi come obiettivo:

- La riduzione dei sintomi (ossessioni e tentativi di soluzione)
- La modifica del contenuto degli schemi cognitivi disadattivi (credenze)

Tali obiettivi nascono dall'esigenza d'intervenire tanto a livello della **manifestazione attuale del disturbo**, quanto a livello della **vulnerabilità alle possibili ricadute future**. Tale aspetto offre quindi un valore terapeutico aggiunto alla farmacoterapia, in quanto permette che il quadro psicologico della persona si mantenga stabile una volta interrotto il trattamento. Nel complesso, le principali tecniche impiegate per raggiungere gli obiettivi sopra indicati sono l'**Esposizione con Prevenzione della Risposta** compulsiva (ERP) e la **Ristrutturazione Cognitiva**.

6.2.1. ESPOSIZIONE CON PREVENZIONE DELLA RISPOSTA

L'ERP consiste nell'invitare la persona ad esporsi in modo graduale e progressivo ai propri timori ossessivi (es., toccare un oggetto che si teme possa essere contaminato) senza mettere in atto le condotte compulsive che si sarebbe soliti compiere per scongiurare i propri timori.



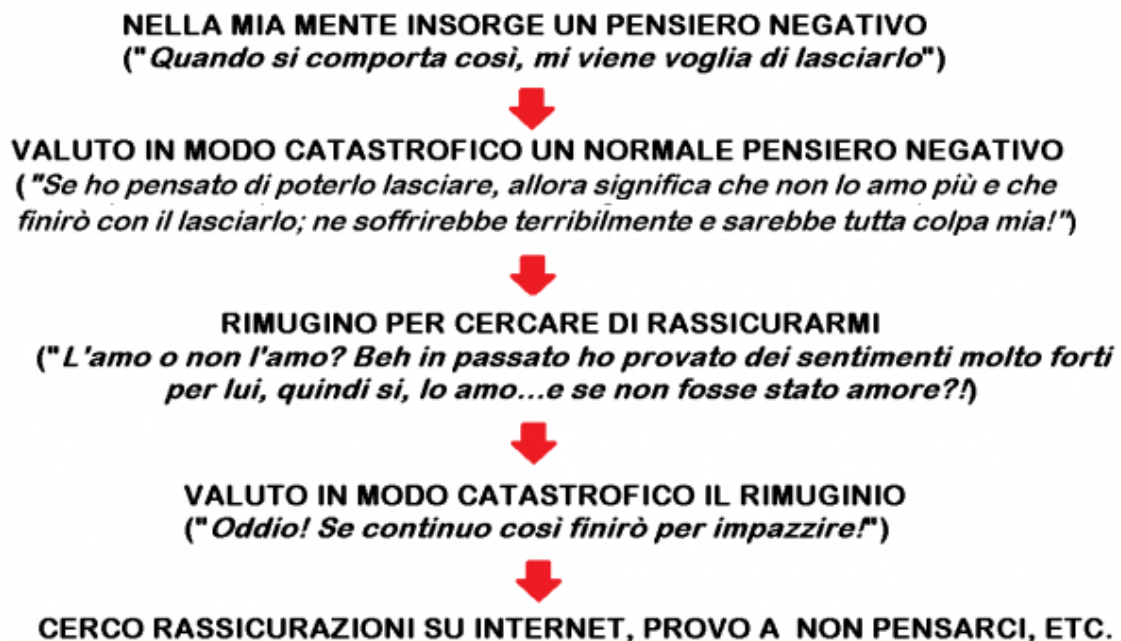
Studi di efficacia sperimentale indicano che l'**86% di coloro che intraprendono questa procedura registra una riduzione della sintomatologia ossessiva che si mantiene nel tempo**. Tali dati invitano a ritenere l'ERP la tecnica elettiva per il trattamento psicologico del DOC.

Ciononostante, è stato stimato che circa il 75% dei pazienti che ha ultimato la procedura mostri ancora parte dei sintomi al termine del trattamento. Inoltre, tale tecnica non appare in

grado di ridurre in modo significativo i sintomi in una quota minoritaria di pazienti, specialmente se presente una forte disposizione all'emozione di **disgusto**.



Nel complesso, benché tale trattamento sia risultato altamente efficace nella riduzione della sintomatologia, **l'alta attivazione psico-emozionale che comporta l'ERP spinge il 20-40% dei pazienti ad interrompere o rifiutare il trattamento**. Per tale motivo ad oggi si stanno studiando specifici protocolli d'intervento nei quali tale tecnica d'intervento venga proposta solo dopo un primo **lavoro psicologico preparatorio**, durante il quale la persona viene ascoltata e supportata nel percorso di accettazione del rischio comportante l'esposizione con quanto temuto. Centrale in tale fase appare la ricostruzione insieme alla persona del funzionamento del suo disturbo.



6.2.2. RISTRUTTURAZIONE COGNITIVA

Tra le ulteriori metodologie che vengono proposte per il *trattamento cognitivo-comportamentale* del DOC si trova la messa in discussione delle credenze alla base del mantenimento cognitivo del disturbo.

La procedura consiste in una primaria fase di **identificazione** di tali convinzioni disadattive (es., *"Sono responsabile di tutto ciò che mi passa per la mente"*), in una seconda fase di **messa in discussione** insieme al terapeuta (es., *"Che cosa la porta a credere di essere responsabile di tutto ciò che le passa per la mente?"*), ed in un'ultima fase di **ridefinizione** di credenze alternative (es., *"Sono responsabile dei comportamenti che compio, non dei miei pensieri"*).

Tale metodologia d'intervento appare particolarmente indicata per le forme di DOC "puro", in cui le esperienze ossessive non si accompagnano a compulsioni mentali o comportamentali. Per simili casi, la procedura di ristrutturazione prevedrebbe di ridurre:



- **il senso di responsabilità che la persona si starebbe attribuendo**
(eccessivo senso di responsabilità)
- **l'importanza che la persona starebbe attribuendo alle ossessioni**
(sopravalutazione attribuita alla presenza di un pensiero)
- **l'ipercontrollo che la persona starebbe compiendo sui propri stati mentali**
(sopravalutazione attribuita alla presenza di un pensiero)
- **le aspettative inerenti la probabilità e l'intensità delle conseguenze temute**
(sovrastima del pericolo)
- **il bisogno disadattivo di ricercare sicurezze e certezze assolute**
(intolleranza alla sensazione di incertezza)
- **la tendenza perfezionistica ad espiare colpe, ricercare sicurezze, etc.**
(perfezionismo disadattivo).