

## Cosa è il disturbo ossessivo compulsivo?

Il **disturbo ossessivo compulsivo** (conosciuto anche come DOC), è un **disturbo d'ansia** caratterizzato dalla presenza di ossessioni e compulsioni.

Le **ossessioni** si presentano sotto forma di **pensieri** o **immagini** ricorrenti e persistenti che affliggono la mente del soggetto in maniera **invasiva e inappropriata**, provocando sensazioni di fastidio e sofferenza. Esempi di **ossessioni** sono pensieri del tipo "Potrei infettarmi con il virus Hiv se tocco la porta del bagno della discoteca" o "Non devo pensare al nome delle persone a cui voglio bene in ospedale, altrimenti potrebbero ammalarsi davvero".

Le **compulsioni** si presentano, invece, come **azioni mentali** e **comportamentali** che si manifestano in modo ripetitivo in risposta a un'ossessione. Tali azioni vengono innescate dal soggetto come risposta al senso di disagio provocato dall'ossessione e per **prevenire** e **neutralizzare** la ricomparsa delle medesime idee ossessive, ma danno un sollievo temporaneo. Esempi di **compulsioni** potrebbero essere lavarsi le mani ogniqualvolta si tocchi qualcosa o qualcuno, controllare in continuazione un determinato oggetto, evitare di toccare o anche solo avvicinarsi a tutte le porte dei locali pubblici.

Il **disturbo ossessivo compulsivo** si presenta solitamente tra i 15 e 25 anni e colpisce circa il 2-2,5% della popolazione generale. Ciò significa che su 100 neonati, 2 o 3 svilupperanno nell'arco della propria vita un DOC (Dèttore, 2002; Ravizza et al., 1997). Al giorno d'oggi, in Italia, sono circa 800.000 le persone colpite da DOC. Se ci si concentra sulla popolazione giovanile, la prevalenza aumenta fino al 3% (Mancini, Gragnani, Orazi e Pietrangeli, 1999). È un disturbo che **potrebbe cronicizzarsi**, anche se con fasi altalenanti di miglioramento e di peggioramento, ma a volte si aggrava fino a diventare invalidante. Raramente è episodico.

## I sintomi del disturbo ossessivo compulsivo: come riconoscere il disturbo

I due **sintomi** principali che possiamo ritrovare nel DOC sono:

- la ripetitività, la frequenza e la persistenza della attività ossessiva;
- la sensazione che tale attività sia imposta e compulsiva.

Chi soffre del disturbo solitamente tende a nascondere le proprie preoccupazioni e percepisce i suoi comportamenti e pensieri come assurdi e inquietanti. Frasi che spesso si ripetono sono "Non capisco perché mi comporto in questo modo", "Forse sto diventando matto!" o "Se le persone sapessero che ho questi pensieri mi prenderebbero per pazzo!". Il paziente si sente spesso obbligato ad agire o pensare nel modo sintomatico e per questo cerca di contrapporsi e di resistere. Nonostante cerchi di nascondere le sue azioni o i suoi pensieri, questa consapevolezza non lo aiuta affatto a modificare il proprio comportamento.

## Come si manifesta il disturbo ossessivo compulsivo?

A seconda di come si manifesta il disturbo ossessivo compulsivo, ovvero sulla base del tipo di ossessioni e compulsioni che si presentano, è possibile individuarne sei macro-categorie.

### 1. Disturbo ossessivo compulsivo da controllo

Il disturbo si manifesta con ossessioni e compulsioni che implicano **timori ricorrenti** e **controlli protratti e ripetuti**, correlati al dubbio di aver dimenticato qualcosa o di aver fatto un errore o danneggiato qualcosa o qualcuno inavvertitamente. Chi soffre di questo tipo di disturbo arriva a pensare che una propria azione o omissione sia causa di disgrazie. Esempi di controlli tipici riguardano aver chiuso la porta di casa, il gas o l'acqua, aver contato bene i soldi o non aver scritto parole blasfeme.

### 2. Disturbo ossessivo compulsivo da contaminazione

In questo caso si tratta di ossessioni e compulsioni connesse al **rischio di contagi o contaminazioni**. Le persone che ne soffrono sono tormentate dall'insistente preoccupazione che loro stessi o un familiare possa ammalarsi entrando in contatto con qualche invisibile germe o sostanza tossica. Agenti "contaminanti" comprendono sostanze come urine, sangue, sudore, saponi, solventi e, per generalizzazione, tutti gli oggetti o persone potenzialmente veicolo di queste sostanze. Il contatto con la sostanza temuta è seguita da rituali tesi a neutralizzare la contaminazione, ovvero rituali di lavaggio (es. lavaggio ripetuto delle mani, dei vestiti o di oggetti personali).

### 3. Disturbo ossessivo compulsivo da accumulo

Il soggetto affetto da questa tipologia di disturbo si manifesta con l'impulso di **accumulare e conservare** oggetti, anche insignificanti e deperibili (es. giornali, pacchetti di sigarette vuoti, bottiglie vuote), perché "un giorno o l'altro potrebbe servire". Le condotte di accumulo non sono generalmente accompagnate da ossessioni. Lo spazio occupato dalle "collezioni" può arrivare a occupare gran parte dello spazio in casa. Questi soggetti sono generalmente poco critici riguardo ai loro rituali.

### 4. Disturbo ossessivo compulsivo da ordine e simmetria

Il paziente colpito da questa forma di disturbo ossessivo compulsivo, manifesta un'**intolleranza al disordine o all'asimmetria**. Libri, fogli, penne, asciugamani, videocassette, abiti, piatti, devono risultare perfettamente allineati, simmetrici e ordinati secondo una precisa logica (es. dimensione, colore). Quando il paziente percepisce asimmetria o disordine si impegna anche per molte ore a riordinare questi oggetti, fino a sentirli "a posto". Le ossessioni di ordine e simmetria possono riguardare anche il proprio corpo (es. pettinatura dei capelli, abiti).

### 5. Disturbo ossessivo compulsivo da superstizione eccessiva

La persona che ne è affetta manifesta pensieri superstiziosi portati all'eccesso. L'esito degli eventi viene legato al compimento di certi gesti, alla visione di certi oggetti e/o colori, al suono di determinati rumori. Per annullare un effetto negativo, il soggetto affetto da disturbo ossessivo compulsivo da superstizione eccessiva deve mettere in atto il "giusto rituale", adattato in base alla situazione che gli ha arrecato lo stato di ansia, e ripeterlo il numero di volte adeguato per evitare qualche disgrazia.

### 6. Ossessioni pure

Alcuni soggetti affetti da DOC manifestano **ossessioni senza compulsioni**. Manca, dunque, la componente rituale o compulsiva; tuttavia, il soggetto colpito manifesta **pensieri ossessivi** riguardanti l'avverarsi di situazioni altamente improbabili, ma che gli risulterebbero intollerabili. Il contenuto di tali ossessioni spesso può essere a sfondo religioso, sociale o sessuale. È il caso di chi è ossessionato dal timore di essere o diventare omosessuale o pedofilo o di chi ha il terrore di essere colto da un'aggressività improvvisa e incontrollabile e fare del male a chi gli sta accanto. In tali pazienti, l'episodio ossessivo è spesso seguito da un dialogo interiore rassicurante.

## Le cause del disturbo ossessivo compulsivo

Sfortunatamente, la letteratura in merito alle origini del DOC è ancora esigua. Tuttavia, è possibile rintracciare le **cause** del disturbo in alcuni fattori individuali, come lo **stress** e l'**umore disforico** (una condizione di rabbia mischiata a tristezza). La ricerca ha dimostrato che soggetti sottoposti a stress o particolarmente tristi sono più frequentemente colpiti dal disturbo. Altri fattori che possono determinare una maggiore predisposizione ai pensieri intrusivi sono un'eccessiva sensibilità alla minaccia e al pericolo, un elevato senso di responsabilità e una forte rigidità morale.

## Conseguenze del disturbo ossessivo compulsivo

Il disturbo ossessivo-compulsivo determina **nei pazienti e nei loro familiari** una grande sofferenza, che a volte si trasforma in un disturbo invalidante, che spesso impedisce il normale svolgimento di un'attività lavorativa. Le persone affette lavorano in modo discontinuo o devono accontentarsi di mansioni di bassa responsabilità.

Tutto ciò riduce notevolmente le capacità di realizzazione esistenziale, riflettendosi anche negativamente sulla qualità e sulla durata delle relazioni amicali e affettive, tant'è che il 50% dei pazienti non è in grado di mantenere un rapporto di coppia (Smeraldi, 2003). Ciò accade per diverse ragioni. Chi soffre di questo disturbo, infatti, spesso ha poca consapevolezza di cosa gli stia succedendo e sperimenta un forte senso di solitudine, anche di fronte alla malattia, con quindi sempre meno strumenti per poter imparare a fronteggiarla.

Si tratta dunque di un disturbo con **conseguenze** che possono essere **molto gravi sia a livello personale che sociale**, le cui possibilità di cura psicologica e farmacologica sono notevolmente migliorate negli ultimi anni, ma, ciò nonostante, la percentuale di pazienti che risponde alla terapia, il grado delle risposte e la riduzione delle ricadute, sono ancora lontani dall'essere soddisfacenti.

## **Cura e trattamento: come guarire dal disturbo ossessivo compulsivo**

La principale **psicoterapia cognitivo-comportamentale** si basa su una serie di procedure e tecniche, con lo scopo di diminuire la quantità e la frequenza dei sintomi, ad aumentare la motivazione e la collaborazione al trattamento e a rendere il soggetto meno vulnerabile ai temi e ai meccanismi cognitivi che hanno contribuito alla formazione e al mantenimento del disturbo. La psicoterapia cognitivo-comportamentale è basata su una serie di tecniche e procedure tese a ridurre la quantità e frequenza dei sintomi, ad aumentare la motivazione e la collaborazione al trattamento e a rendere il soggetto meno vulnerabile ai temi e ai meccanismi cognitivi che hanno contribuito alla genesi e al mantenimento del disturbo.

Tra le **tecniche elettive** nel **trattamento** c'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 elicit disagio per un lasso di tempo maggiore a quello che il soggetto normalmente tollera. La sperimentazione dell'ansia, o disagio, è negli obiettivi della tecnica, quindi viene facilitata dal terapeuta (al contrario per esempio di quello che avviene nella desensibilizzazione).

La prevenzione della risposta consiste nel bloccare l'emissione dei comportamenti sintomatici (normalmente messi in atto dal paziente) dopo il contatto con la situazione ansiogena. Il comportamento deve essere bloccato per un tempo maggiore rispetto quello in cui il paziente è "naturalmente" capace di procrastinare la risposta. Attraverso le tecniche e procedure tipiche della terapia cognitiva si interviene sui temi di vulnerabilità del paziente, alla base dello sviluppo del disturbo, e sulla stabilizzazione dei risultati ottenuti con l'esposizione. La coniugazione di interventi cognitivi e esposizione aumenta la collaborazione al trattamento, la stabilità del cambiamento ottenuto e il tasso di miglioramento.