

CAP 2

IL DOC

IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO

Il disturbo ossessivo-compulsivo (D.O.C.) è uno dei disturbi d'ansia più frequenti ed è generalmente caratterizzato dalla presenza di ossessioni e compulsioni, anche se, in alcuni casi, si possono presentare ossessioni senza compulsioni e viceversa.

Le ossessioni sono pensieri, immagini mentali o impulsi che si manifestano ripetutamente nella mente di una persona e che sono percepiti come sgradevoli ed intrusivi.

Questi fenomeni mentali involontari infastidiscono molto le persone che ne soffrono, sia perché sfuggono al loro controllo sia perché **provocano delle emozioni negative** (es. paura, disgusto, senso di colpa, ecc.), a tal punto che in molti casi si sentono costrette a mettere in atto una serie di comportamenti ripetitivi o di azioni mentali per ridurre lo stato di disagio che li attanaglia (compulsioni).

Le ossessioni sono spesso di natura bizzarra e, chi ne soffre è solitamente consapevole della loro infondatezza o esagerazione; tuttavia, **in alcuni casi, si può essere così ansiosi da non rendersi neanche conto che si tratta di pensieri che generano preoccupazioni irrazionali o quantomeno eccessive.**

Il contenuto di questi pensieri, immagini o impulsi può variare; ad esempio, ci sono persone che si preoccupano in modo eccessivo dello sporco e dei germi, altre che sono spaventate dall'idea di perdere il controllo dei propri impulsi aggressivi e fare del male a qualcuno.

Le compulsioni, dette anche rituali o cerimoniali, sono invece dei comportamenti ripetitivi (es. lavarsi le mani, controllare se lo sportello della macchina è stato chiuso, riordinare) o delle azioni mentali (es. contare, pregare, ripetere formule superstiziose), messi in atto per ridurre il senso di disagio e l'ansia provocati dai pensieri ossessivi.

A volte il disagio provato è descritto semplicemente come una sgradevole "sensazione che c'è qualcosa che non va" (o "not just right experience"). **La compulsione, dunque, riduce l'ansia, produce sollievo e dà un senso di relativa sicurezza, anche se dura poco tempo.**

Secondo i sondaggi e le ricerche, il disturbo ossessivo-compulsivo colpisce senza distinzioni di età e sesso circa il 3% della popolazione, vale a dire che ogni cento persone che nascono oggi, tre svilupperanno nell'arco della propria vita un DOC. Si può supporre che in Italia, in questo momento, soffrano di questa patologia circa 1.800.000 persone. **(Personalmente, credo –in via generale e completa- si tratti almeno del 10%: invece, in via <parziale> ne soffrono moltissimi – forse il 60%!)**

Può manifestarsi nell'infanzia, nell'adolescenza o nell'età adulta, in modo acuto, cioè con sintomi evidenti ed improvvisi, o più frequentemente in modo subdolo e graduale.

Come si manifesta il disturbo ossessivo compulsivo

Le ossessioni e compulsioni possono essere di natura molto varia. Si è tentato pertanto di costruire delle **sotto-categorie del disturbo ossessivo-compulsivo.**

Disturbo ossessivo-compulsivo da contaminazione

Chi ne soffre è tormentato dalla insistente preoccupazione di potersi sporcare o contaminare entrando in contatto con sostanze di vario tipo, quali: escrementi, secrezioni del corpo, sporcizia, sostanze chimiche, siringhe, carne cruda, saponi, solventi, detersivi, ecc..

La contaminazione può essere anche da sporco di natura sociale (es. il tossicodipendente, l'anziano o il barbone) o metafisica (es. il male, il diavolo, le negatività).

In molti casi non c'è un vero e proprio timore di malattia, ma un forte disgusto all'idea di entrare in contatto con queste sostanze.

La persona, quindi, si sente costretta ad evitare una serie infinita di luoghi: bagni e giardini pubblici, cassonetti dell'immondizia, supermercati, stazioni ferroviarie, ospedali, ecc., tutto ciò al fine di evitare di provare la sensazione di contaminazione. Quando, invece, entra in contatto, o semplicemente pensa di essere entrato in contatto, con una delle sostanze contaminanti mette in atto una serie di rituali di lavaggio, pulizia e sterilizzazione ripetuti e particolareggiati (compulsioni)

al fine di attutire la sensazione di contaminazione ed il disagio ad essa connesso. Tali rituali possono durare pochi minuti o arrivare ad occupare molte ore all'interno della giornata.

Disturbo ossessivo-compulsivo da controllo

Si tratta di ossessioni e compulsioni che implicano **controlli prolungati** allo scopo di prevenire gravi incidenti o catastrofi o di assicurarsi che non siano avvenute.

Le persone con questa tipologia di disturbo ossessivo-compulsivo tendono a mettere in atto **rituali di controllo per tranquillizzarsi rispetto al dubbio** di aver fatto o non aver fatto qualcosa che può aver danneggiato se stesso, i propri oggetti o qualcun'altro o che potrebbe farlo.

In questo caso, quindi, il timore che **le compulsioni cercano di neutralizzare è il senso di colpa**, cioè questi soggetti hanno paura di sentirsi in colpa o per aver commesso qualcosa (**colpa da responsabilità**) o per non aver fatto il possibile per evitare che accadessero eventi negativi (**colpa da omissione**).

Queste persone attuano così ripetuti controlli per essere sicuri di aver chiuso bene il rubinetto del gas, le porte, le finestre, i fornelli elettrici, l'interruttore della luce, la cassetta della posta, i fari della macchina, di non aver investito involontariamente qualcuno, di non avere tracce di sangue addosso, ecc.. Questo tipo di rituali coinvolge spesso i familiari che sono oggetto di ripetute richieste di rassicurazione o ai quali viene chiesto di fare i controlli al posto della persona stessa.

Riporto un esempio di quello che può accadere a pazienti affetti daDOC.

"La Franzoni non ricorda di aver ucciso il figlio"

Delitto di Cogne, i periti: pensare a ciò che ha fatto potrebbe portarla a togliersi la vita. La donna sta scontando 16 anni a Bologna. Il piccolo Samuele fu ucciso nel lettone matrimoniale il 30 gennaio 2002.

SARAH MARTINENGHI

E' a suo modo **"sincera" la mamma di Cogne quando dice, giura e spergiura, di non essere lei l'assassina di suo figlio. Non mente sapendo di mentire, perché Annamaria Franzoni davvero non ricorda di aver ucciso il piccolo Samuele** nel suo lettone matrimoniale il 30 gennaio 2002.

La famosa **amnesia, la "rimozione" di aver commesso un omicidio terribile**, sarebbe davvero reale, anche se si tratterebbe di una sorta di paravento di una mente fragile: Annamaria sarebbe infatti **schiava di un meccanismo psicologico che però le garantisce così di sopravvivere**. Perché ricordare quello che ha fatto la porterebbe a correre un rischio troppo alto, quello di morire, togliendosi la vita. "Ma appena lo ricorderà saranno guai".

Ne è convinto lo psichiatra Ugo Fornari, consulente dell'accusa, che aveva effettuato una perizia per la procura e che ieri ha testimoniato al processo "Cogne bis" in cui la Franzoni è imputata di calunnia dal pm Giuseppe Ferrando nei confronti del suo ex vicino di casa, Ulisse Guichardaz.

E a supportare il fatto che **Annamaria conserva una memoria di se stessa "da innocente" sono stati anche i risultati di un test scientifico sui suoi ricordi**, messo a punto anni fa negli Stati Uniti, e applicato su di lei in carcere dai due periti della difesa, Giuseppe Sartori, docente all'università di Padova, esperto in neuroscienze cognitive e neurologia clinica, e Pietro Pietrini, che si occupa all'università di Pisa dello studio delle basi cerebrali delle funzioni mentali.

Secondo Ugo Fornari, Annamaria (difesa dall'avvocato Paola Savio) ha ricordato la realtà dei fatti, ovvero di essere stata lei a uccidere Samuele, solo fino al mese di febbraio 2002, quando disse al marito, in una sorta di proiezione, che a commettere l'omicidio poteva essere stata la vicina di casa Daniela Ferrod: "Per me quella telefonata è la sua unica confessione: lei in quel momento spezza in due la sua persona: prende la parte cattiva e la colloca in Daniela. La Ferrod è l'Annamaria cattiva che culmina nell'uccisione".

Ma la denuncia nei confronti di Guichardaz è successiva, siamo nel 2004, quando lei avrebbe ormai rimosso il ricordo: l'amnesia potrebbe risultare fondamentale nel processo "Cogne bis" per stabilire se si sia resa conto di incolpare un innocente.

Per Fornari all'epoca della denuncia, era già alla ricerca di "un capro espiatorio", proprio per non suicidarsi. La donna in carcere a Bologna è in stato di vigilanza altissima, senza oggetti pericolosi e in una cella sempre aperta.

Anche per la difesa, Annamaria "è genuinamente convinta della bontà della propria ricostruzione dei fatti", in particolare sulla base dello "Iat" (Implicit association test) che riuscirebbe a dimostrare se un ricordo è reale o fittizio: la donna è stata posizionata davanti a un computer, durante cinque sedute, davanti a lei comparivano frasi reali o meno (ad esempio "ora sono seduta" oppure "sono in aereo") alternate ad altre estratte dagli atti processuali sulla responsabilità nell'omicidio, sull'aver indossato gli zoccoli, essersi rimessa il pigiama, aver lasciato la porta aperta o chiusa, e sulla presenza dell'altro figlio in casa al momento del fatto. Doveva rispondere con il dito sinistro se "vero", con quello destro se "falso". Sulla base della velocità di reazione, elaborata da un algoritmo matematico, gli esperti avrebbero appurato che "tutti i suoi ricordi sarebbero reali", che la versione da lei sempre fornita di essere innocente sarebbe "scientificamente" quella, e l'unica, che lei effettivamente si ricorda: un film ormai impresso nella sua memoria.

«Le emozioni, infatti, sono in grado di influire tantissimo sul nostro cervello, sui ricordi e sulle informazioni». Con questa tesi concorda il professor Ugo Fornari, psichiatra e consulente dell'accusa nel processo per omicidio, che ha detto: «Allora le nostre tesi non sono così lontane, io sostengo che la Franzoni non ricordi perché ha bisogno di non ricordare per non suicidarsi».

Altro esempio potrebbe essere la <strage di Erba>, oppure, per contrasto quella di Finale Ligure e quella di Avetrana...

Disturbo ossessivo-compulsivo di tipo superstizioso

Chi ne soffre pensa che il fatto di compiere o meno determinati gesti, pronunciare certi numeri, compiere certe azioni un certo numero di volte, vedere certi colori o certe cose (es. carri funebri, cimiteri, manifesti mortuari), determini l'esito degli eventi. Questo è il caso di chi, quando sente determinati suoni considerati negativi (es. la sirena dell'autoambulanza) o certe parole pronunciate o scritte (morte, diavolo, satana, ecc.), mentre compie una determinata azione, deve ripeterla un certo numero di volte affinché questo rituale neutralizzi le negatività associate a quel suono o quella parola.

Chi presenta questo tipo di ossessioni, dunque, vive degli intensi stati di paura o terrore nei confronti di ciò che potrebbe accadere ed è spesso allarmato dall'idea che possano succedere degli eventi negativi a se stesso o alla propria famiglia.

Disturbo ossessivo-compulsivo da ordine e simmetria

Ci sono delle persone che **non tollerano assolutamente che gli oggetti siano posti in modo disordinato o asimmetrico, perché ciò crea in loro la sgradevole sensazione "che c'è qualcosa che non va"**.

In seguito a questo tipo di ossessioni si possono passare delle ore a fare compulsioni di ordine e simmetria, cioè a riordinare ed allineare secondo una sequenza logica (es. secondo la grandezza o il colore) penne, libri, fogli, pentole, cd, abiti, ecc.. Tali pensieri ossessivi possono riguardare anche la propria persona, come, ad esempio la posizione dell'orologio, il modo in cui sono sistemate maglie e pettinatura dei capelli; ne conseguono rituali di controllo e di messa in ordine allo specchio che possono durare anche ore.

Disturbo ossessivo-compulsivo da accumulo/accaparramento

E' un tipo di ossessione caratterizzata dall'impulso ad **accumulare oggetti insignificanti ed inservibili** (riviste, giornali vecchi, bottiglie vuote, confezioni di alimenti, pacchetti di sigarette, ecc.), che provoca delle **compulsioni di accumulo e raccolta di questi oggetti**; ci sono persone che arrivano persino a raccogliere lattine vuote e pacchetti di sigaretta per strada, o dai bidoni della spazzatura, pensando che un giorno possano servire a qualcosa.

A volte, lo spazio occupato da tali "collezioni" diventa tale da sacrificare la vita delle persone e dei suoi familiari. Coloro che presentano questo tipo di DOC si sentono spesso orgogliose delle loro bizzarre "collezioni" e sono **spaventate all'idea di buttare via qualcosa**.

Ossessioni pure

Ci sono delle persone affette da disturbo ossessivo-compulsivo, infine, che presentano solo **ossessioni senza compulsioni**. Essi sono spaventati da pensieri o spesso immagini relative a scene in cui la persona attua comportamenti indesiderati, privi di senso, sconvenienti o pericolosi. **Le ossessioni pure possono essere a contenuto aggressivo, religioso, sociale o sessuale**. Tra queste troviamo: **il timore di fare del male a se stesso o agli altri** (es. ci sono persone che hanno paura di usare un coltello o la forchetta, di maneggiare oggetti appuntiti, di passare vicino alle finestre, di avvelenare il cibo di altre persone, di fare del male ai dei bambini piccoli o di ferire i sentimenti degli altri), **la presenza di immagini violente o terrificanti** (es. visioni di omicidio, corpi fatti a pezzi), **il timore di pronunciare frasi oscene o insulti**, bestemmiare, compiere atti sacrileghi o fare cose imbarazzanti e la paura di essere responsabile di eventi terribili come incendi o furti.

Le persone che hanno ossessioni di tipo sessuale, invece, presentano il dubbio o il terrore di poter essere perversi, pedofili o omosessuali.

Questi pazienti possono passare anche delle ore a rimuginare su questi pensieri, con estenuati messe alla prova e ripetute domande sulla propria natura sessuale.

Come capire se si soffre di disturbo ossessivo-compulsivo

Di solito usiamo il termine ossessione per indicare **un pensiero che si presenta con una certa insistenza nella nostra mente**; c'è però una differenza tra il significato colloquiale del termine e quello clinico.

E' assolutamente normale, infatti, in certe situazioni, avere per la testa dei pensieri che ci tormentano. E' naturale essere preoccupati se un nostro parente è ammalato, se dobbiamo fare un esame o se dobbiamo pagare la rata del mutuo.

Le ossessioni si differenziano, dunque, dalle normali preoccupazioni per il loro contenuto, queste ultime sono infatti delle paure fondate e legate a problemi reali della vita quotidiana.

La ricerca scientifica ha dimostrato, inoltre, che dei pensieri intrusivi indesiderati irrazionali, assurdi o sproporzionati rispetto alla realtà **passano occasionalmente nella testa di ogni persona**.

Può capitare a tutti, infatti, di provare il timore di perdere il controllo della macchina o la paura di non aver chiuso bene la porta di casa, pur essendo consapevoli della esagerazione di queste preoccupazioni.

Fino a qualche anno fa si pensava, invece, che le persone colpite da disturbo ossessivo-compulsivo fossero particolari e bizzarre e che le persone "normali" non avessero questo tipo di pensieri.

Le differenze tra i normali pensieri intrusivi indesiderati e le ossessioni patologiche sono, dunque, soltanto di ordine quantitativo e ricorsivo, non di contenuto.

Le ossessioni patologiche, infatti, presentano una maggiore frequenza, creano reazioni emozionali più intense e maggiore disagio, sono più difficilmente gestibili e durano per tempi più lunghi.

E' necessario, pertanto, ipotizzare la presenza di un disturbo ossessivo-compulsivo solo quando i sintomi persistono, creano molta ansia e molto disagio o interferiscono pesantemente con la vita di tutti i giorni.

Tra le varie ossessioni possiamo trovare anche la paura di avere contratto una malattia, tale timore tuttavia caratterizza non solo il disturbo ossessivo-compulsivo, ma anche l' ipocondria. E' bene ricordare che nel DOC questo pensiero è legato all'idea di contaminazione e la modalità di contagio della malattia è spesso bizzarra.

Inoltre **chi soffre di ipocondria è convinto o teme già di avere una malattia**, per questo attua comportamenti ripetitivi di richiesta di assicurazione, quali visite mediche, analisi cliniche, ecc., mentre una persona con le ossessioni è più spesso preoccupato di poterla contrarre.

Il DOC, infine, potrebbe essere confuso con il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità.

Sebbene abbiano il nome simile e qualche aspetto in comune, come ad esempio una certa rigidità morale ed un eccessivo senso di responsabilità, le due patologie sono marcatamente diverse. Questo ultimo, infatti, è caratterizzato da dei tratti caratteriali ben precisi e le persone che ne soffrono non presentano pensieri intrusivi ricorrenti, né compulsioni di alcun genere. In alcuni casi, tuttavia, possono essere presenti entrambi i disturbi; altre volte, invece, il DOC può essere associato ad altri disturbi di personalità.

Cause del disturbo ossessivo compulsivo

Sfortunatamente gli studi scientifici non hanno dedicato molta attenzione alla comprensione delle cause del disturbo ossessivo-compulsivo.

Si pensa, tuttavia, che alcuni fattori individuali possano concorrere all'aumento dei pensieri intrusivi indesiderati, quindi allo sviluppo di ossessioni e compulsioni.

Tra i fattori individuali vi sono lo stress e l'umore disforico (uno stato misto di rabbia e tristezza). La ricerca mette in evidenza, infatti, come le persone presentino più frequentemente dei pensieri intrusivi in situazioni di forte stress ed abbiano più difficoltà ad ignorare e gestire la presenza di pensieri indesiderati quando sono tristi.

Si ipotizza, inoltre, che ci siano anche delle caratteristiche di personalità che possano predisporre allo sviluppo di pensieri intrusivi indesiderati; tra queste vi sono: l'alta sensibilità alla minaccia o al pericolo, l'alta frequenza di emozioni negative, la coscienziosità, l'elevato senso di responsabilità, la rigidità morale e la timidezza.

Conseguenze del disturbo ossessivo compulsivo

Chi soffre di un disturbo ossessivo-compulsivo è spesso così spaventato e stremato dai continui rituali legati alle ossessioni che cerca di evitare tutta una serie di situazioni, poiché teme che possano innescare questo tipo di pensieri.

Gli evitamenti, a lungo andare, possono causare una serie di limitazioni sia nella vita sociale che lavorativa.

Nei casi più gravi, le persone possono passare talmente tante ore al giorno a fare dei rituali che non riescono più a svolgere alcuna attività lavorativa o la realizzano in modo discontinuo. Altre volte, invece, debbono accontentarsi di mansioni a bassa responsabilità.

Questo disturbo, inoltre, si riflette negativamente anche sulla qualità e la durata delle relazioni di amicizia ed affettive; **il 50 % dei pazienti, infatti, non riesce a stabilizzare o a mantenere un rapporto con un partner.**

Tale disturbo ha, infine, una naturale tendenza alla cronicizzazione; ne consegue che se non è trattato in modo adeguato può influire pesantemente su tutto l'arco della vita del soggetto.

Differenti tipi di trattamento

Attualmente, in base a degli studi scientifici, gli unici trattamenti che sono risultati efficaci per la cura del disturbo ossessivo-compulsivo sono il trattamento farmacologico unitamente alla psicoterapia cognitivo-comportamentale.

Per quanto riguarda il trattamento farmacologico, molte ricerche documentano l'effetto dei farmaci antidepressivi SSRI (o inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina) e della clomipramina (antidepressivo triciclico).

Gli studi sottolineano la sostanziale equivalenza terapeutica della clomipramina e degli SSRI nel trattamento del DOC, sebbene la pratica clinica mostri la superiorità della clomipramina, soprattutto se somministrata per via endovenosa.

Nonostante l'efficacia comprovata di questi farmaci **è emerso, tuttavia, che circa il 30-40% delle persone non risponde positivamente a questo tipo di trattamento.**

Anche tra coloro che presentano dei miglioramenti **sono poche le persone che riescono a non avere più sintomi con il solo trattamento farmacologico.**

Per questo motivo, sono state proposte numerose strategie farmacologiche, basate sull'utilizzo di basse dosi di neurolettici o la combinazione di due farmaci ad azione serotoninergica, che mirano a potenziare l'efficacia della terapia con i soli antidepressivi. Sono sconsigliate, invece, le benzodiazepine, cioè i cosiddetti tranquillanti, perché anche se danno una momentanea attenuazione dell'ansia creano assuefazione e dipendenza.

In conclusione, **i farmaci da soli possono risultare non del tutto efficaci e, anche nel migliore dei casi, presentano un forte rischio di ricaduta.**

Quando né la terapia cognitivo-comportamentale né il trattamento farmacologico hanno dato risultati soddisfacenti, si dice che la persona presenta un disturbo ossessivo-compulsivo resistente al trattamento; in questi casi può essere utile un ricovero in strutture specializzate.

Un trattamento ben organizzato in regime di ricovero deve presentare le seguenti caratteristiche:

- trattamento farmacologico intensivo secondo i più recenti protocolli d'intervento sul DOC resistente;
- sedute intensive di psicoterapia cognitivo-comportamentale (almeno due a settimana);
- quotidiano intervento di esposizione e prevenzione della risposta;
- intervento educativo sui familiari del paziente;
- intervento di prevenzione della ricaduta;
- incontri periodici di controllo dopo la dimissione.

Il ricovero può essere consigliabile anche per chi presenta dei sintomi così gravi da impedire lo svolgimento delle normali attività di vita quotidiana, per chi è a rischio di suicidio, per chi ha scatti aggressivi quando si interviene per fargli interrompere dei rituali, per chi ha situazioni familiari particolarmente complesse o per chi ha un così forte timore di danneggiare gli altri che accetta cure sole se si sente rassicurato dalla presenza dei clinici.