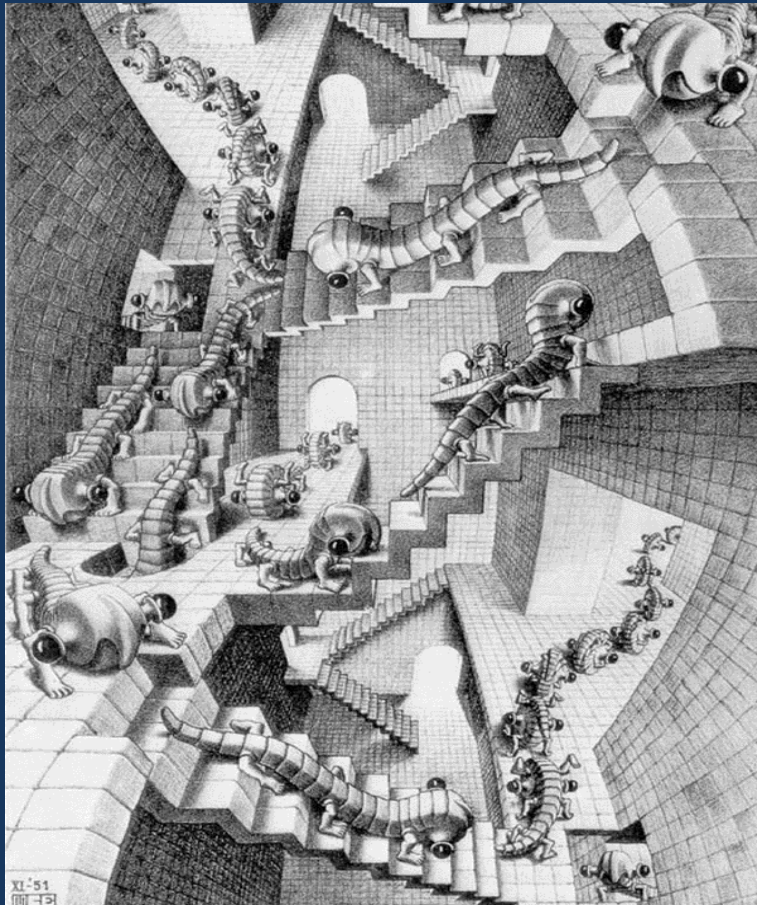




IL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO



PSICHIATRIA CLINICA

I e II ANNO IRPPI 2014

27 aprile

Stefano Martellotti

CARATTERISTICHE

Intrusione nella coscienza di
pensieri e rappresentazioni
mentali (ossessioni) o di
spinte impellenti all'azione
(compulsioni)

... che si impongono e
permangono nonostante gli
sforzi del paziente di
liberarsene

CARATTERISTICHE II

1. Idea o impulso si intramette non desiderato e senza alcuna motivazione apparente nella coscienza e vi permane contro la volontà del paziente

2. Ansia accompagna idea o impulso e ciò porta a contromisure difensive.

Perché ansia? Per contenuto o per senso perdita padronanza su contenuti coscienza

CARATTERISTICHE III

3. Ossessioni e compulsioni riconosciute come proprie, ma non necessariamente egodistoniche

4. Riconosce il carattere morboso
sintomi

5. Psichismo di difesa: respinge oo
e cc e tenta di respingerle

6. CON MODALITÀ PULSATORIA: per
stimolazioni minime (ricordi,
gesti, una parola)



ESORDIO

Adolescenza, prima età adulta, raramente oltre 40 anni

Lievemente più frequente nelle donne.

Lievi sintomi già da infanzia

OSSESSIONI

- Idee, immagini, pensieri, paure colpevoli (fobie ossessive), dubbi (ossessioni dubitative) o interrogazioni (su temi generali, religiosi, metafisici)



ATTI O RITUALI COMPULSIVI

Comportamenti
ripetitivi o
azioni
mentali che
si sente
obbligata a
mettere in
atto ...



DSM-IV-TR

A. OSSESSIONI O COMPULSIONI.

Osessioni come definite da 1,2,3 e 4:

1. Pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti, vissuti, in qualche momento nel corso del disturbo, come intrusivi o inappropriati e che causano ansia e disagio marcato;
2. I pensieri, gli impulsi o le immagini **non sono semplicemente eccessive preoccupazioni** per i problemi della vita reale;



DSM-IV-TR II

- ... 3. la persona tenta di ignorare o di sopprimere tali pensieri, impulsi o immagini, o di neutralizzarli con altri pensieri o azioni;
4. la persona riconosce che i pensieri, gli impulsi o le immagini ossessivi sono un prodotto della propria mente (e non imposti dall'esterno come nell'inserzione del pensiero)



COMPULSIONI come definite da 1 e 2;

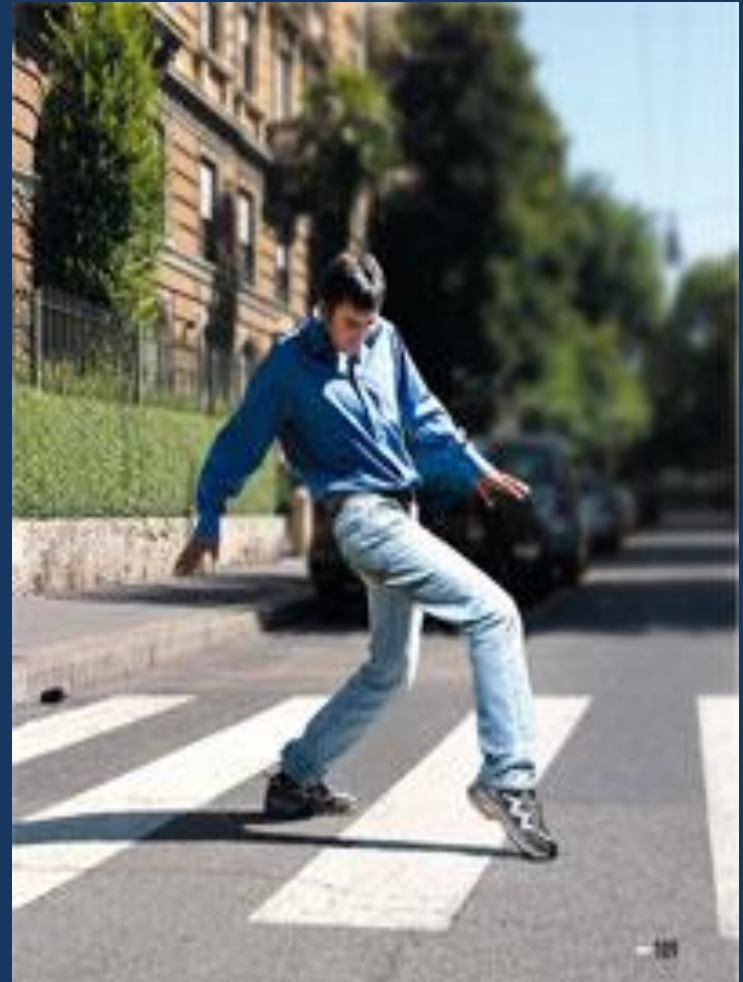
1. **Comportamenti ripetitivi** (ad esempio, lavarsi le mani, riordinare controllare) o azioni mentali (ad esempio, pregare, contare, ripetere parole mentalmente) che la persona **si sente obbligata** a mettere in atto **in risposta a un'ossessione ...**
... o secondo regole che devono essere applicate rigidamente



DSM-IV-TR IV

... 2. i comportamenti o le azioni mentali sono volti a prevenire o ridurre il disagio o a prevenire alcuni eventi o situazioni temuti;

comunque questi comportamenti o azioni mentali non sono collegati in modo realistico con ciò che sono designati a neutralizzare o a prevenire oppure sono chiaramente eccessivi



DSM-IV-TR V

B. ... ha riconosciuto che le oo e le cc sono eccessive o irragionevoli

C. ... **più di un'ora al giorno o interferiscono significativamente** con le normali abitudini della persona, con il funzionamento ...

D. **Se disturbo Asse I, oo e cc non limitate ad esso** (alimentazione, tricotillomania, dismorfismo, sostanze, ipocondria, colpa nel depresso maggiore)

E. No dovute a sostanze o condizione medica generale.

DSM 5.

Novità, prevalenza disturbi

Non più nei disturbi d'ansia, ma in un capitolo contiguo denominato Obsessive-compulsive and Related Disorders.

Il raggruppamento include, oltre al DOC (prevalenza 1,1%-1,8%)

Body Dysmorphic disorder (prev.1,7%-1,8%),

Hoarding Disorder (prev. 2-6%),

Trichotillomania (Hair-Pulling Disorder) (prev. 1-2%),

Excoriation (Skin-Picking) Disorder (1,4%),

Substance/Medication-Induced Obsessive Compulsive and Related Disorder,

Obsessive-Compulsive and Related Disorder Due to Another Medical Condition,

Other Specified OC and Related Disorder,

Unspecified O-C and Related Disorder

CRITERI DOC DSM-5 (1 di 7)

A. Presenza di ossessioni, compulsioni o entrambe:

Ossessioni definite da (1) e (2)

1. Ricorrenti e persistenti pensieri, desideri o immagini che sono esperiti, in qualche momento del disturbo, come intrusivi e indesiderata e che nella maggior parte degli individui causano ansia e stress marcati



CRITERI DOC DSM-5 (2 di 7)

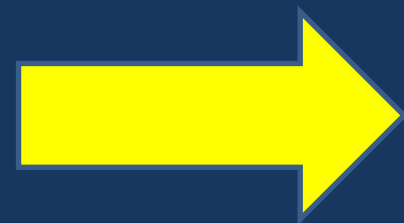
- **Osessioni (segue)**

2. Il soggetto tenta di ignorare o reprimere tali pensieri, desideri, immagini o di neutralizzarli con altri pensieri o azioni (ad es., attraverso le compulsioni)

CRITERI DSM 5 DOC (3 di 7)

Compulsioni definite da 1 e 2:

1. Comportamenti ripetitivi /ad es., lavaggio mani, mettere in ordine, controllare) o atti mentali (ad es., pregare, contare, ripetere parole in silenzio) che il soggetto si sente spinto a effettuare in risposta a un'ossessione o secondo regole che devono essere applicate rigidamente



DSM 5 CRITERI DOC (4 di 7)

- **Compulsioni (segue):**

2. I comportamenti o gli atti mentali sono mirati a prevenire o ridurre l'ansia o lo stress o a prevenire alcuni eventi o situazioni temute;

comunque, questi comportamenti o atti mentali non sono connessi in modo realistico con gli eventi che sarebbero destinati a neutralizzare o prevenire o sono chiaramente eccessivi

CRITERI DOC DSM 5 (5 di 7)

- B. Le ossessioni e le compulsioni comportano un consumo di tempo (ad es., più di un'ora al giorno) o causano significativo distress o alterazioni nella socialità, sul lavoro o in altre importanti aree del funzionamento**
- C. I sintomi DOC non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (farmaco, droga d'abuso) o ad altra condizione medica.**

CRITERI DSM 5 DOC (6 di 7)

- D. Il disturbo non è meglio giustificato da sintomi di altri disturbi mentali (dismorfismo c., GAD, hoarding, hair pulling, skin picking, stereotipie, disturbi alimentari, illness anxiety disorder; uso sostanze e alcol; gambling; parafilie; discontrollo impulsi, MDD - guilt rumination; schizofrenia e altri psicotici; spettro autistico)

CRITERI DSM 5 DOC. Specifiche (modificato rispetto a DSM IV)

Specificare se:

Con buono o discreto insight: il soggetto riconosce che le credenze relative al DOC sono sicuramente o probabilmente false o che potrebbero essere o non essere vere

Con insight scarso: l'individuo ritiene che le credenze relative al DOC siano probabilmente vere

Insight assente / credenze deliranti: il soggetto è completamente convinto che le credenze DOC siano vere

Specificare se:

Correlato a Tic: l'individuo ha un disturbo da Tic o un'anamnesi positiva per un disturbo di quel tipo

PRESENTAZIONI CLINICHE PIÙ FREQUENTI

- Oo sporco, contaminazione
- Oo aggressive
- Oo dubitative
- Simmetria/ordine
- Oo sessuali religiose
- Controllo
- Presenza pensiero magico

DECORSO

20% REMISSIONE COMPLETA

28% REMISSIONE CON SINTOMI
SUBCLINICI

35% DOC PERSISTE, MA MIGLIORA

FATTORI DI RISCHIO

Temperamentali: sintomi interiorizzanti; elevata emozionalità negativa e inibizione comportamentale nell'infanzia.

Ambientali: Abuso sessuale e fisico nell'infanzia, altri fattori di stress e traumatici

Esordio improvviso infanzia: vari agenti infettivi e sindrome autoimmunitaria post-infettiva

Genetici e fisiologici: nei parenti di primo grado due volte più frequente; ma nei parenti primo grado di pazienti con esordio infanzia o adolescenza, 10 volte più frequente. Trasmissione familiare in parte dovuta a fattori genetici.

Disfunzioni corteccia orbito-frontale, corteccia anteriore del cingolo, striato

DIAGNOSI DIFFERENZIALE I

FOBIE: preoccupazioni DOC
tendono a generalizzarsi

DAP: frequenti sintomi di
panico, ma non attacchi di
panico spontanei

DAG: preoccupazioni DAG più
egosintoniche

Schizofrenia (3-12% va incontro
a psicosi schizofrenica)

DIAGNOSI DIFFERENZIALE II

- Disturbi da discontrollo impulsi
come tricotillomania,
cleptomania, gioco d'azzardo
patologico): *nel DOC sfondo paura
alla base compulsioni e non senso
di gratificazione.*
- S. di Tourette: *tic della s.di T.
non preceduto da paura e vissuto
come costrizione fisiologica*

DIAGNOSI DIFFERENZIALE III

Depressioni: 20% dei depressi presenta sintomi ossessivi; 30% tratti ossessivo-compulsivi di personalità.

Malattie neurologiche: lesioni lobo temporale; encefaliti.

MECCANISMI DI DIFESA

- ISOLAMENTO: separare carica affettiva e l'impulso che da essa deriva dalla componente ideativa e di spingerli fuori dalla coscienza.
- SPOSTAMENTO: se i. inefficace, carica affettiva e impulso aderiscono ad altro contenuto ideativo
- ANNULLAMENTO: con gli atti compulsivi il paziente tenta di prevenire o di annullare le possibili conseguenze di un pensiero o di un impulso coatto.

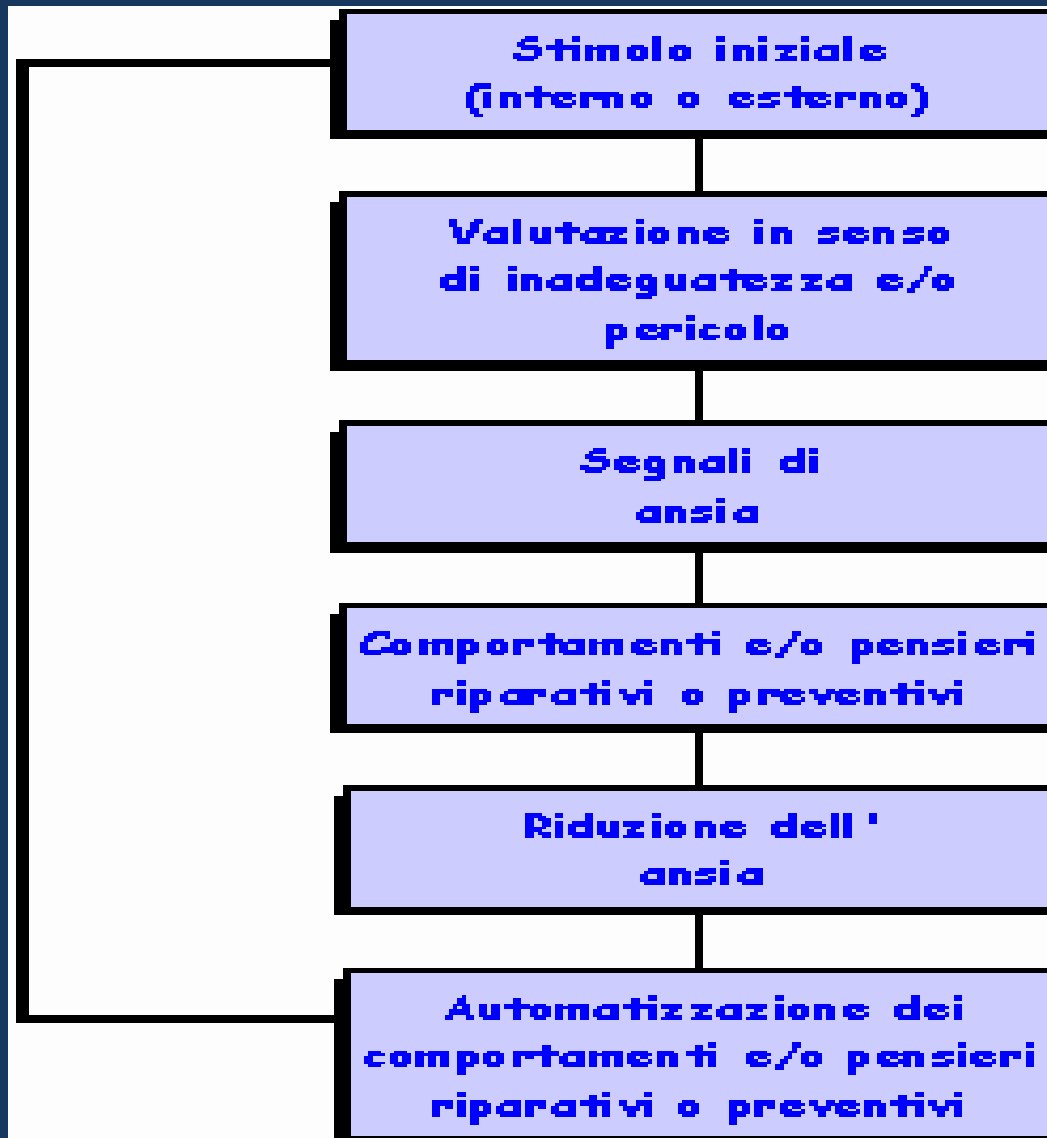
CONTRIBUTO TEORIA APPRENDIMENTO

Un'idea inizialmente neutra associata ad uno stato d'ansia potrebbe acquisire la capacità di evocare ansia.

La **compulsione** si stabilirebbe allorché l'individuo scopre che una certa azione riduce l'ansia connessa al pensiero ossessivo.

Il sollievo provocato dall'atto compulsivo fissa lo schema di comportamento

COSTITUZIONE E FISSAZIONE COMPORTAMENTI E PENSIERI



INTERELAZIONE TRA I DISORDINI D'ANSIA E LA DEPRESSIONE



C'è una considerevole sovrapposizione tra i sintomi di depressione e i disturbi d'ansia

DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000

RAPPORTI CON

DISTURBI DI PERSONALITÀ

DOC e DDP ossessivo-
compulsivo possono essere
considerati considerati su
un continuum di gravità

Nel DDP egosintonici

In molti pazienti,
non facilmente
differenziabile se DDP
o.-c. oppure

DOC sottosoglia. Non si
escludono a vicenda



DISTURBI DI PERSONALITÀ II

Rates of DSM-IV Personality Disorders at Baseline
(n = 49)

• <u>Obsessive-Compulsive</u>	34.7 %
• Avoidant	14.3 %
• Paranoid	12.2 %
• Dependent	8.2 %
• Narcissistic	6.1 %
• Schizoid	4.1 %
• Antisocial	4.1 %
• <u>Schizotypal</u>	2.0 %
• Borderline	2.0 %
• Histrionic	2.0 %

Pinto A., et al. 2011

ANCORA SU RAPPORTI TRA DOC E DDP O.C., MA IN SENSO DIMENSIONALE

- A total of 733 individuals with at least one of four personality disorders (schizotypal, borderline, obsessive compulsive, and avoidant) or major depressive disorder without a comorbid personality disorder were recruited for the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study.

Three of the eight OCPD criteria—hoarding, perfectionism, and preoccupation with details—were significantly more frequent in subjects with OCD ($n = 89$) than in subjects without OCD ($n = 540$).

FRIBORG O, ET AL., 2013;

J Affect Disord

Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: A meta-analysis of 30 years of research

- The rate of any comorbid PD was high across all ADs, ranging from .35 for PTSD to .52 for OCD.
- Cluster C PDs occurred more than twice as often as cluster A or B PDs.
- Within cluster C the avoidant PD occurred most frequently, followed by the obsessive-compulsive and the dependent PD.

NOTE DI TERAPIA

Considerare accuratamente diagnosi differenziale, comorbidità, grado di insight

FARMACI:

SSRI o SNRI a dosaggi elevati, da associare a neurolettici atipici in caso di risposta insoddisfacente.

PSICOTERAPIA:

1. orientata ai sintomi del D.O.C.

2. Orientata:

a) al superamento dei tratti di personalità disfunzionali

b) Allo sviluppo di una serie di strutture e funzioni mentali chiave: identità e autostima; contatto, tolleranza, moderazione autonoma di stati affettivi problematici; miglioramento capacità empatiche, d'intimità e mutualità autentica nei rapporti; recupero creatività, capacità di gioco, di spontaneità, superamento problemi sessuali

....

c) ricerca di possibili significati - origini inconsce di determinate ossessioni e compulsioni (graduale e cauta ricostruzione biografica anche rispetto a traumi, interpretazione sogni, test proiettivi)