

DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO

Dall'infanzia all'età adulta.

5 MAGGIO 2017

“Disturbo ossessivo compulsivo”



Il Disturbo Ossessivo Compulsivo: diagnosi e diagnosi differenziale, le psicosi



Dr Bruno Pacciardi

U.O. Psichiatria II Universitaria, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Azienda Ospedaliero-
Universitaria Pisana

DOC: diagnosi e diagnosi differenziale

- Nè il singolo pensiero ossessivo o uno specifico rituale a definire la malattia...
- ...ma *l'interferenza* e la *compromissione* che essi determinano
- Non esistono sintomi *patognomonici perfetti* tali da permettere di porre la diagnosi



DOC: criteri DSM 5

- A. Presenza di ossessioni, compulsioni, o entrambi:
 - B. Le ossessioni sono definite da 1) e 2):
 - 1) Pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti, vissuti, in qualche momento nel corso del disturbo, come intrusivi e indesiderati e che nella maggior parte degli individui causano ansia o disagio marcati.
 - 2) Il soggetto tenta di ignorare o di sopprimere tali pensieri, impulsi o immagini, o di neutralizzarli con altri pensieri o azioni (cioè mettendo in atto una compulsione).
- Le compulsioni sono definite da 1) e 2):
- 1) Comportamenti ripetitivi o azioni mentali che il soggetto si sente obbligato a mettere in atto in risposta a un'ossessione o secondo regole che devono essere applicate rigidamente.
 - 2) I comportamenti o le azioni mentali sono volti a prevenire o ridurre l'ansia o il disagio o a prevenire alcuni eventi o situazioni temuti; tuttavia, 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.

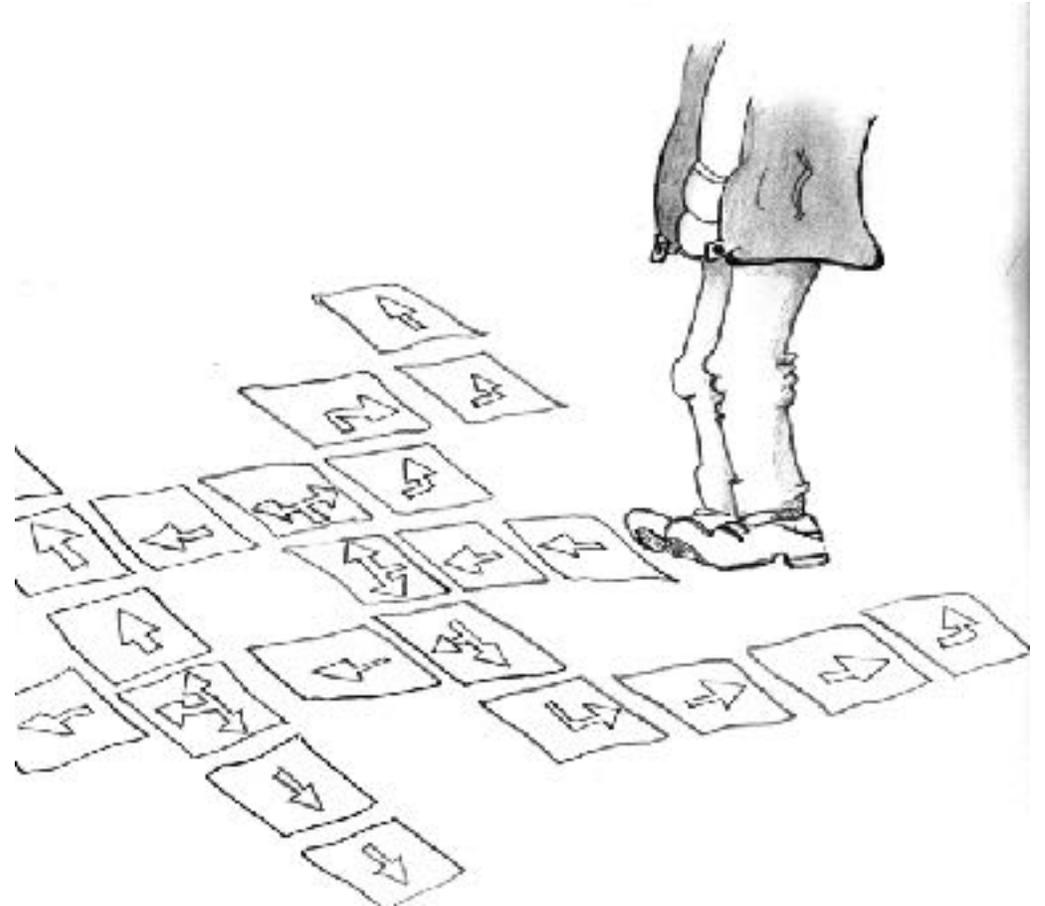
Nota: I bambini piccoli possono non essere in grado di articolare le ragioni di questi comportamenti o azioni mentali.

DOC: criteri DSM 5

- B. Le ossessioni o compulsioni fanno consumare tempo (per es., più di 1 ora al giorno) o causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.
 - C. I sintomi ossessivo-compulsivi non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una droga, un farmaco) o a un'altra condizione medica.
 - D. Il disturbo non è meglio giustificato dai sintomi di un altro disturbo mentale
- *Specificare se:*
 - Con insight buono o sufficiente:** L'individuo riconosce che le convinzioni del disturbo ossessivo-compulsivo sono decisamente o probabilmente non vere, o che esse possono essere o possono non essere vere.
 - Con insight scarso:** L'individuo pensa che le convinzioni del disturbo ossessivo-compulsivo siano probabilmente vere.
 - Con insight assente/convinzioni deliranti:** L'individuo è assolutamente sicuro che le convinzioni del disturbo ossessivo-compulsivo siano vere.
 - *Specificare se:*
 - Correlato a tic:** L'individuo ha una storia attuale o passata di disturbo da tic.

DOC: diagnosi e diagnosi differenziale

- Spesso i sintomi del disturbo ossessivo compulsivo si trovano associati tra loro (washers, checkers, etc.)
- Ad oggi non esiste una tipizzazione universalmente condivisa



DOC: diagnosi e diagnosi differenziale

- Descriveremo di seguito alcune delle combinazioni di segni e sintomi del DOC che più comunemente possono porre problemi di diagnosi differenziale con altre patologie psichiche
- Tale diagnosi differenziale assume una particolare importanza in ragione delle sue implicazioni in termini di impostazione del trattamento

Idee di contaminazione con rituali di evitamento

- Alcuni pazienti temono di poter essere sporcati o contaminati da sostanze o germi
- Il timore della contaminazione frequentemente si complica con rituali:
 - finalizzati all'evitamento
 - alla prevenzione delle conseguenze (lavaggio)



Idee di contaminazione con rituali di pulizia

- L'ossessivo considera le normali procedure igieniche insufficienti o fallaci
- E' cosciente di non essere capace di ridurre o bloccare in qualche modo l'eccessiva attività di pulizia
- Inoltre ritiene inadeguate le procedure igieniche messe in atto dagli altri



DOC: diagnosi e diagnosi differenziale

- l'ideazione prevalente è incentrata sui temi di igiene, contaminazione, etc. ma è caratterizzata da iteratività ed egodistonia
- Il paziente è quindi da inquadrarsi come ossessivo e non come psicotico
- L'approccio terapeutico prevede farmaci serotoninergici e non neurolettici*

Il pensiero magico e le compulsioni

- “Convinzione che certe azioni comportino determinate conseguenze senza alcuna plausibile correlazione causa/effetto (o altamente remota)” (distorsione cognitiva)
- Gesti, parole, oggetti, scene o luoghi particolari innescano nel paziente conseguenze negative che egli può tentare di scongiurare

Il pensiero magico e le compulsioni

- Per evitare queste conseguenze nefaste il paziente si sente spinto a mettere in atto i rituali per prevenire future catastrofi
- L'entità della distorsione cognitiva varia da forme accessibili alla critica, fino a forme in cui si perde ogni legame con la realtà (connotazioni deliranti)



Il pensiero magico e le compulsioni

- In tali casi la diagnosi differenziale è particolarmente complessa
- Le forme cliniche variano da pazienti più vicini al versante ossessivo fino a forme psicotiche
- L'approccio terapeutico può avvalersi di terapie farmacologiche di associazione tra serotoninergici e dopamino antagonisti



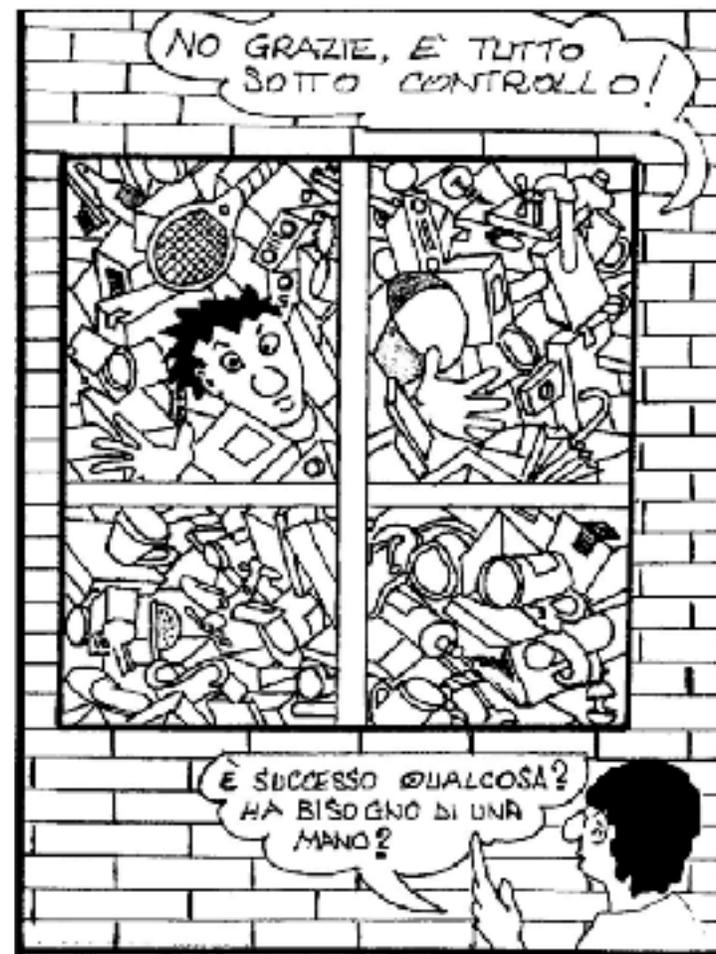
Le compulsioni di accumulo (Hoarding)

- In forme consapevoli, organizzate e limitate, il collezionismo non è un disturbo
- Con l'aumento dell'interferenza si entra nell'ambito della patologia
- Nelle forme più gravi la fenomenica si complica con
 - isolamento,
 - disorganizzazione del comportamento
 - perdita dell'”*insight*”



Meccanismi dell'accumulo patologico

- Attribuzione anomala di valore agli oggetti (“potrebbero sempre servire”)
- Incapacità a disfarsi degli oggetti (possibili conseguenze nefaste)
- Ricerca attiva di oggetti (collezionismo patologico)



Le compulsioni di accumulo (Hoarding)

- La perdita della consapevolezza di malattia ha importanti implicazioni per la gestione del paziente:
 - Il paziente resiste attivamente alla presa in carico
 - I tentativi di riordino possono scatenare reazioni eclatanti e l'opposizione del paziente può arrivare all'aggressività
 - L'ideazione si avvicina alle forme psicotiche



Le compulsioni di accumulo (Hoarding)

- Nelle forme prive di “Insight” si perde la distinzione tra “hoarding” su base ossessiva e psicosi maggiori
- Sebbene nelle psicosi sia l’idea delirante a sostenere la ragione dell’accumulo (*i.e. il paziente accumula resti di cibo per prepararsi ad un assedio oppure ad una invasione aliena*)
- L’hoarding è la forma di DOC più vicina alle psicosi maggiori e spesso rende necessarie terapie neurolettiche

Le compulsioni di accumulo (Hoarding)

- Pazienti anziani con problemi di memoria ed episodi confusionali accumulano spesso oggetti, *(spesso riposti in luoghi inadeguati come sacchetti della spesa, cassetti, frigorifero)* per poi accusare i familiari di averli sottratti
- In tali forme la presenza del decadimento cognitivo *(valutabile con specifici test neuropsicologici e strumentali)* consente la diagnosi differenziale



Idee di contrasto e compulsioni di prevenzione

- “Il timore di poter commettere qualcosa di pericoloso per sè o per gli altri senza in realtà avere la minima intenzione di farlo”
- L'estrema paura di perdere l'autocontrollo e commettere qualcosa di sbagliato o riprovevole
- In alcuni casi sono isolate mentre in altri si accompagnano a procedure di evitamento e rituali tesi ad evitare la perdita di controllo



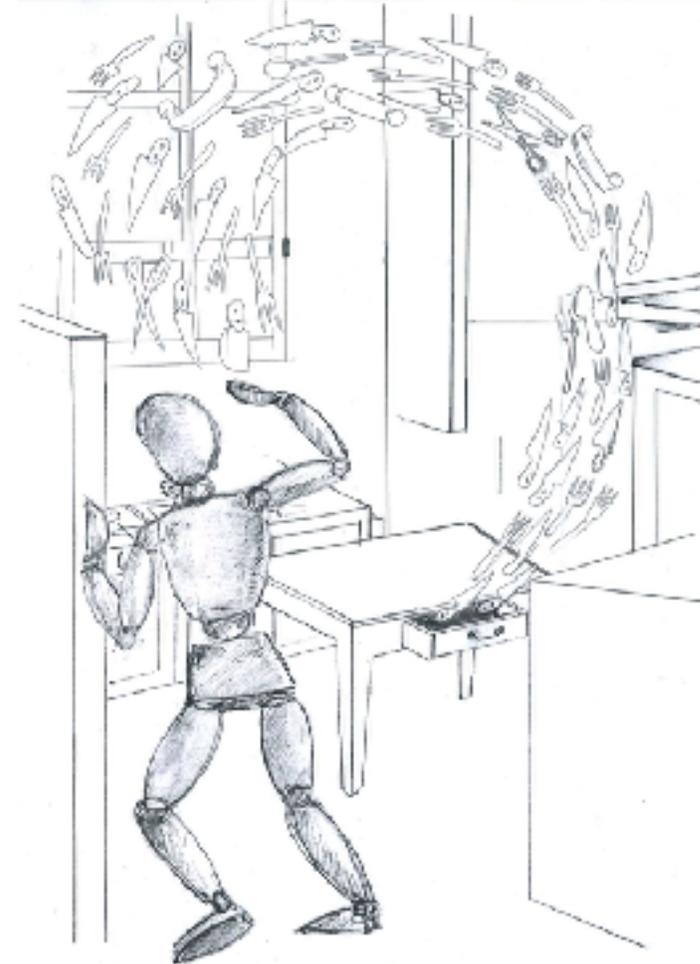
Idee di contrasto e compulsioni di prevenzione

- **Possibili contenuti delle idee di contrasto:**

- 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 a bambini piccoli,
- di ferire i sentimenti degli altri,
- di pronunciare frasi oscene, insulti, bestemmie
- di compiere atti sacrileghi o imbarazzanti
- di compiere reati

Idee di contrasto e compulsioni di prevenzione

- Questi pazienti operano per prevenire gli eventi che temono:
 - Cercano di evitare di trovarsi in luoghi dove possano trovarsi oggetti taglienti o che possano essere utilizzati per fare del male a qualcuno
 - evitano i luoghi dove passano le persone alle quali potrebbe fare del male



Idee di contrasto e compulsioni di prevenzione

- Ancora una volta la diagnosi differenziale più complessa si pone con le forme di psicosi
- Nell'ossessivo l'ideazione è caratterizzata dal timore o dal dubbio, ma non dalla certezza che invece caratterizza il delirio
- Il convincimento che non si lascia modificare né dall'evidenza né dall'esperienza permette di separare le psicosi dalle forme ossessive



Idee di contrasto e compulsioni di prevenzione

- Il paziente psicotico NON affermerà di avere il timore di poter commettere qualcosa esprimendolo invece in termini di certezza
- Tale paziente NON riterrà possibile modificare il comportamento con procedure di evitamento o controllo a differenza dell'ossessivo
- Ad es. un paziente delirante sarà certo di far del male ai suoi cari o commettere una strage per il fatto di essere posseduto dai demoni

Le ossessioni pure

- Idee a contenuto aggressivo o sessuale, dubbi o idee a contenuto religioso, sociale o numerico possono assediare la mente del paziente, interferendo con i suoi pensieri e con la sua vita
- Alcune persone possono riferire la comparsa di immagini sgradevoli, violente o terrificanti, oppure immagini sessuali perverse o blasfeme che causano disagio anche in assenza di compulsioni

Le compulsioni pure

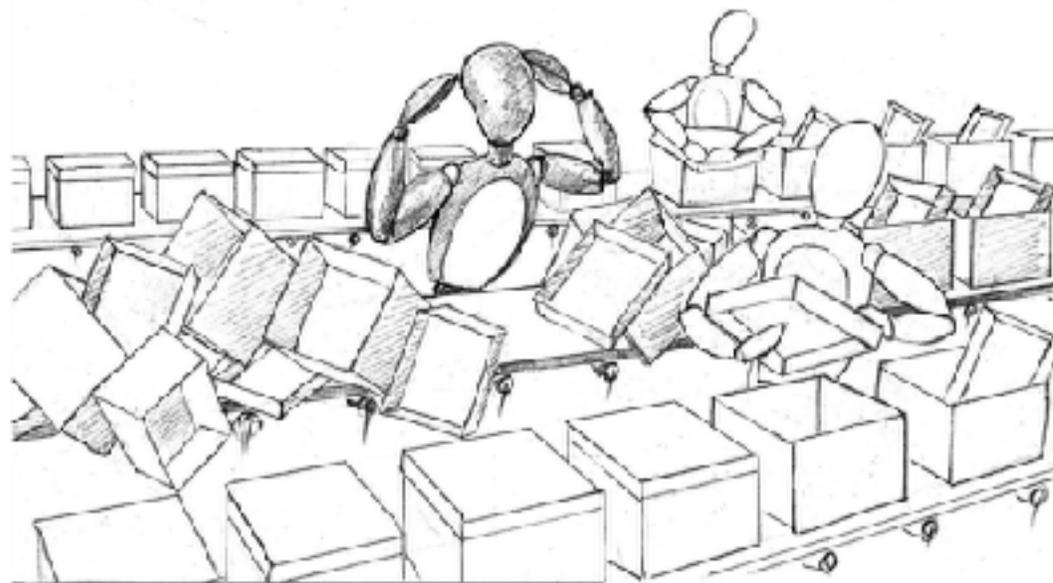
- Le compulsioni pure sono quelle che non si accompagnano a pensieri ossessivi
- Sono caratterizzate dalla necessità di attuare comportamenti per attenuare un senso di tensione o disagio

Le compulsioni pure

- Lentezza ossessiva primaria: necessità di eseguire le azioni della vita quotidiana in un lasso di tempo maggiore di quello solitamente impiegato dalle altre persone
- sostenuta dalla necessità di eseguire i compiti in modo corretto, ordinato o simmetrico, o secondo un preciso ordine con la conseguente perdita di tempo nell'eseguire anche i compiti più semplici

Le compulsioni pure

- La modalità di “just right” costringe chi ne è affetto ad una eccessiva accuratezza nell'esecuzione dei compiti, con dilatazione dei tempi necessari
- Non è rara in questi pazienti la perdita di insight con reazioni che vanno dalla negazione all'incredulità quando viene fatta loro notare la lentezza che accompagna ogni gesto



Le compulsioni pure

- La lentezza ossessiva spazia lungo un continuum che, dalle forme meno gravi di lentezza e rigidità
- Può arrivare a forme in cui il paziente perde il contatto con la realtà, affrontando i compiti quotidiani come un nuotatore contro corrente
- In queste forme la terapia si avvale di farmaci ad azione serotoninergica



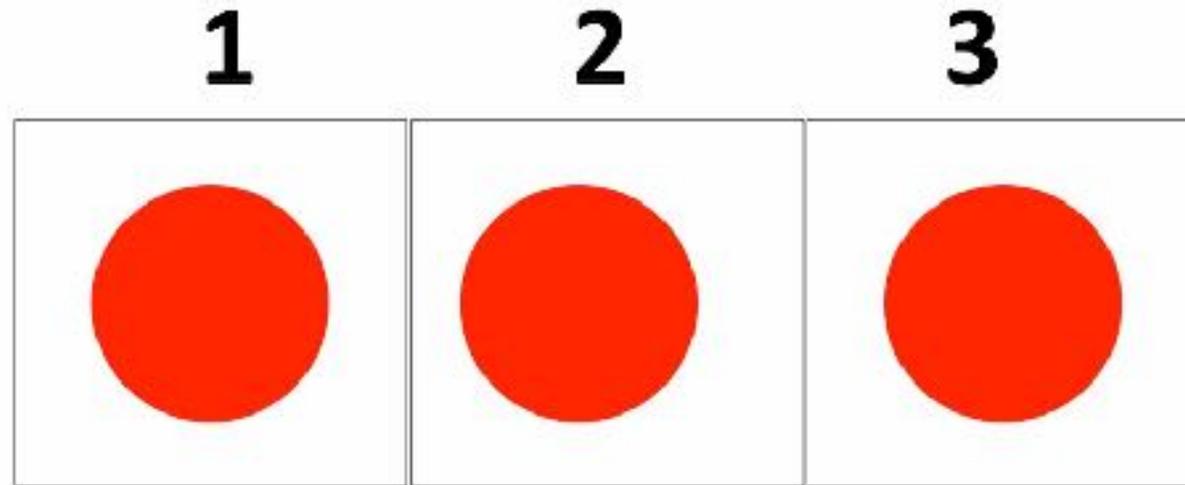
Conclusioni

- Esposte le combinazioni di segni e sintomi del DOC che possono porre alcuni tra i maggiori problemi di diagnosi differenziale
- Visti gli aspetti che indirizzano la diagnosi differenziale tra tali combinazioni e le altre patologie psichiche, in particolare le forme psicotiche



DOC: diagnosi e diagnosi differenziale

OCD TEST





Slides disponibili sul sito internet

www.neurofarmacologia.net

Dr Bruno Pacciardi
Università di Pisa

