Disturbo Ossessivo Compulsivo. A colloquio con lo Psicoterapeuta Alessandro Centini

Data: Invalid Date | Autore: Luigi Cacciatori



ROMA, 25 NOVEMBRE 2017- I disturbi di tipo ossessivo-compulsivo sono caratterizzati da ossessioni (pensieri, impulsi o immagini) e compulsioni (comportamenti o azioni mentali) ripetitive, così estreme, da interferire con la vita quotidiana. Pensieri e comportamenti ripetitivi, persistenti, intrusivi e incontrollabili sono dunque i sintomi caratteristici del disturbo che, nella maggior parte degli individui causa ansia, distress e la compromissione di qualche area importante della vita.

Il Dottor Alessandro Centini, Psicologo Clinico e Psicoterapeuta ad indirizzo Cognitivo-Comportamentale, spiega ai lettori quali sono i criteri diagnostici proposti dal DSM V, le cause, il periodo di insorgenza, nonché le forme di trattamento più efficaci per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo.

Dottore, quali sono i disturbi di tipo ossessivo-compulsivo previsti dal DSM V?

“Nel Dsm 4 il Doc era inserito nei disturbi d’ansia, mentre nella versione attuale rappresenta un’entità nosografica a sé. Nel Dsm 5, all’interno della categoria dei disturbi ossessivo-compulsivi troviamo oltre al Doc altri disturbi correlati, tra cui il disturbo di dismorfismo corporeo e il disturbo di accumulo patologico. Nel disturbo di dismorfismo corporeo, il soggetto avverte un’intensa preoccupazione perché immagina o esagera un difetto del proprio aspetto fisico: è ossessionato dal proprio corpo e potrebbe mettere in atto comportamenti compulsivi, come ad esempio guardarsi ripetutamente allo specchio. Nel caso del disturbo di accumulo patologico, invece, l’individuo trascorre gran parte del suo tempo ad accumulare beni o oggetti dei quali difficilmente riuscirà a sbarazzarsi, fino al punto che l’abitazione sarà invasa quasi completamente da quest’ultimi. Tutti i disturbi ossessivo-compulsivi sono caratterizzati da ossessioni e compulsioni: causano malessere, sono incontrollabili e sottraggono tempo alla persona”.

In cosa consistono le ossessioni e le compulsioni? Potrebbe illustrare quali sono le compulsioni più comuni esperite dai soggetti?
“Le compulsioni sono sempre conseguenti le ossessioni. Le ossessioni sono pensieri o immagini o impulsi frequenti ed invalidanti. La persona con un Doc è consapevole di avere comportamenti esagerati ed eccessivi, ma non riesce a smettere di attuarli perché percepisce una profonda sofferenza. A differenza delle ossessioni, le compulsioni sono delle operazioni mentali o dei comportamenti ripetitivi ed eccessivi messi in atto dall’individuo per ridurre l’ansia causata dalle ossessioni. Il soggetto mette in atto veri e propri rituali per ridurre l’ansia e per scongiurare un ipotetico evento catastrofico. Mediante le compulsioni il disagio si attenua nel breve termine, ma successivamente riaffiorano le ossessioni: è un ciclo che si autoperpetua. Una delle ossessioni più comuni è quella da contagio: la relativa compulsione consiste nel lavarsi frequentemente le mani, tutto il corpo o i vestiti. Tale condizione potrebbe diventare invalidante. Alcuni soggetti con Doc hanno paura di contrarre malattie mortali, altri hanno la tendenza ossessiva a mettere tutto in ordine o esperiscono il terrore di nuocere e fare del male al prossimo, che si tratti di congiunti o estranei. La casistica annovera tra le compulsioni più comuni anche alcuni tipi di controllo: controllare di aver chiuso la macchina, la manopola del gas, la porta di casa e via discorrendo. Queste ultime compulsioni sono scatenate dalla paura ossessiva che possa verificarsi un fatto catastrofico grave alla persona stessa oppure a soggetti a lei molto vicini dal punto di vista affettivo. Come già spiegato ai lettori, le compulsioni non sono soltanto comportamenti ma anche operazioni mentali nelle quali il soggetto avverte la necessità di pronunciare formule magiche o ripetere mentalmente la stessa sequenza di numeri per scongiurare catastrofi immaginate”.

Quali sono i fattori di rischio? Ha Maggiore influenza l’ambiente, il temperamento o la genetica?
“Purtroppo, le ricerche svolte fino ad oggi non hanno individuato una causa esatta che generi il Doc. Non è ben chiaro quale sia il preciso fattore scatenante, se può avere più influenza la genetica o l’ambiente. Tra i fattori di rischio individuati si pensi all’ereditarietà, all’abuso di sostanze alcoliche o drogastiche e allo stile educativo impartito dai genitori. In quest’ultimo caso, sembrerebbe che stili di parenting troppo rigidi, ferrei, punitivi, imprevedibili, castranti e proibitivi, possano generare nel minore forti sensi di colpa che a lungo andare possono favorire l’insorgenza di un Doc o di altri disturbi psicologici”.[MORE]

Secondo alcuni autori, il disturbo tende ad insorgere prima dei 10 anni o in tarda adolescenza. È sempre così o esistono anche fattori scatenanti in età adulta?
“Tendenzialmente, nell’ottanta per cento dei casi il Doc tende ad insorgere prima dei 30 anni. Va a colpire i ragazzi nella loro fase di crescita e causa problemi seri a livello esistenziale perché inevitabilmente ci saranno ripercussioni a livello scolastico prima, e lavorativo poi. Riguardo i fattori scatenanti in età adulta, si pensi ad eventi particolarmente traumatici o stressanti”.

Per un soggetto con DOC, quali sono le conseguenze sul piano sociale e lavorativo?
“Le ossessioni e compulsioni sottraggono molto tempo all’individuo, il quale avrà serie difficoltà a cercare un lavoro o a svolgerlo, nonché problematiche anche a livello relazionale-affettivo. Il Doc, ci tengo a precisare, tende a cronicizzarsi negli anni. Se non viene trattato in tempo, la sintomatologia può aumentare di gravità”.

Nel DOC c’è maggiormente comorbilità con il disturbo d’ansia e il disturbo depressivo. Può esserci correlazione tra DOC e tentativi suicidari?
“Sì, semplicemente perché l’ideazione suicidaria è un sintomo che può essere comune a più

problematiche, a più disturbi. Non è però così comune nel Doc, ma essendoci comorbilità con il disturbo depressivo la probabilità aumenta in quanto in alcuni casi il Doc diventa molto invalidante per il soggetto, magari fortemente invaso dallo sconforto e dalla tristezza".

Differenza tra DOC e Disturbo Ossessivo-Compulsivo di personalità?
"Esordisco affermando che il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità è maggiormente invasivo. Una prima sostanziale differenza è la percezione del disagio: nel Doc il soggetto è perfettamente cosciente di essere esagerato e che i suoi comportamenti sono strambi, bizzarri ma non riesce a fare a meno di porre in essere il 'rituale'. Nel disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, invece, l'individuo potrebbe anche ritenere i suoi comportamenti 'normali' e senza che ci sia distress o disagio. Un aspetto che potrebbe apparire 'strano' per i non addetti ai lavori, è che nel disturbo ossessivo-compulsivo di personalità potrebbero mancare le ossessioni e le compulsioni. Ciò che descrive il soggetto con un disturbo ossessivo-compulsivo di personalità è un esagerato perfezionismo, senso ipercritico verso se stesso e credere che anche gli altri lo siano nei suoi riguardi. La personalità ossessivo-compulsiva è estremamente rigida, inflessibile e poco collaborativa perché pensa che l'unico modo giusto di pensare o fare sia il proprio. Tali personalità si riferiscono a soggetti che hanno particolari difficoltà nell'esternare emozioni o sentimenti: risultano freddi. Perché il disturbo a volte sfoci in disturbo di personalità, ad oggi, non ci è dato sapere".

Quali sono i metodi con cui può essere trattato il DOC? Il trattamento è sempre efficace?
"La terapia Cognitivo Comportamentale garantisce i risultati migliori, sembra essere dunque la più efficace. Ribadisco, il Doc tende a peggiorare negli anni e a cronicizzarsi. La terapia farmacologica garantisce risultati inferiori e tende a curare il sintomo, ma non la causa del disturbo. Con la terapia Cognitivo-Comportamentale, quando si raggiunge un risultato, questo permane a lungo.

Le tecniche maggiormente utilizzate per questo disturbo sono la **tecnica dell'esposizione**, la '**prevenzione della risposta**' e la '**ristrutturazione dei pensieri**'.

Nella prima, il terapeuta cerca, gradualmente, di far stare la persona in una situazione che ritiene ansiogena, e consente al soggetto di attuare ancora le compulsioni. Mediante tale tecnica, l'individuo viene immesso gradualmente nella situazione che provoca il senso di ansietà, ma da tale circostanza può apprendere che l'ansia è passeggera e non un'emozione senza fine. Ad esempio, nell'ossessione da contagio alla persona viene richiesto di restare a contatto con gli oggetti che provocano disagio per tempi sempre più prolungati.

Nella 'prevenzione della risposta' si chiede al paziente di non mettere in atto le compulsioni: egli sperimenterà che l'ansia, come già precedentemente asserito, volge necessariamente al termine. Un secondo obiettivo è quello di far sperimentare all'individuo che senza mettere in atto le compulsioni non si verificherà alcuna catastrofe.

Infine, nella tecnica della ristrutturazione dei pensieri si insegna al paziente a capire che i suoi pensieri non sempre corrispondono alla realtà e che, quindi, immaginare un evento catastrofico non significa che questo si verificherà".

Si ringrazia il Dottor **Alessandro Centini**

Luigi Cacciatori

Articolo scaricato da www.infooggi.it
https://www.infooggi.it/articolo/disturbo-ossessivo-compulsivo-a-colloquio-con-lo-psicoterapeuta-alessandro-centini/103057