

*“Sa che si può essere ossessionati dal rimorso tutta la vita, non per aver scelto l’errore, di cui almeno ci si può pentire, ma per essersi trovati nell’impossibilità di provare a sé stessi che non si sarebbe scelto l’errore...”*

- Umberto Eco -

## TRA COMPORTAMENTO SANO E PATOLOGICO

A molti sarà capitato di sentirsi tormentato da un pensiero (ad esempio un’immagine oppure una frase, o magari una canzone) che ricorre nella nostra mente in maniera incessante e ripetitiva. In alcuni casi questo pensiero ci può disturbare tanto che desidereremmo non pensarci più, ma è difficile allontanarlo dalla nostra coscienza.

Numerose ricerche hanno dimostrato che i pensieri intrusivi, con contenuti analoghi a quelli che preoccupano le persone con Disturbo Ossessivo - Compulsivo (anche detto “DOC”), sono normalmente presenti in tutti gli individui (Détto et al., 2003).

Di solito però le persone non danno più di tanto peso a questo genere di pensieri, non se ne preoccupano e passano ad altro, e questo è ciò che capita a ciascuno di noi continuamente.

Una persona che soffre di DOC, invece, attribuisce un significato drammatico al pensiero ricorrente (**ossessione**), che per lui anzi rappresenta l’indizio di un sospetto terribile, un dubbio atroce: ad esempio *“Mi sarò contaminato?”*, oppure *“Avrò davvero commesso quel gesto terribile?”*, a cui spesso seguono altri pensieri volti a dipanare il dubbio o riparare alle conseguenze temute, o eventualmente a prevenirle.

L’individuo così, sull’onda dello spavento, mette in atto comportamenti stereotipati (**compulsioni**) che hanno lo scopo di ridurre l’ansia, la vergogna, la paura o il disgusto generati da questi pensieri, ottenendo un effettivo sollievo seppur momentaneo.

Il Disturbo Ossessivo - Compulsivo colpisce in maniera uguale maschi e femmine all’interno della popolazione generale, con tassi di prevalenza che si aggirano intorno al 2-3%; questo significa che ogni cento persone in Italia due-tre di esse svilupperanno nel corso

Centro di Psicologia InTerapia Pratica Psicologica. Centro di Psicoterapia con Sede a e Rho |  
email: [info@centrointerapia.it](mailto:info@centrointerapia.it) | Sede di Rho Galleria Europa, 3, 20017 | Telefono: 375 56 81

dell'esistenza tale disturbo. E' quindi possibile ritenere che ad oggi nel nostro paese circa 1.500.000 persone soffra di Disturbo Ossessivo Compulsivo (Ruscio A. M. et al., 2010).

## IL DOC IN UNA PROSPETTIVA STORICA

Con l'edizione del 2014 del Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali, cioè il DSM-5 (APA, 2014) si è assistito a numerosi cambiamenti, fra cui uno molto importante che riguarda proprio il Disturbo Ossessivo Compulsivo: mentre in passato, cioè nel DSM-IV TR (APA, 2000) il DOC era inserito all'interno dei cosiddetti **disturbi d'ansia**, cioè quelle condizioni morbose caratterizzate da un marcato disagio derivante da stati d'ansia appunto, in questa recente edizione esso trova collocazione in una categoria a se stante, quella dei **disturbi ossessivi - compulsivi**, la quale naturalmente non contiene solo il DOC.

Tale scelta nosografica è stata presa perché sebbene l'ansia sia molto spesso presente fra coloro che soffrono di DOC, essa emerge tuttavia in conseguenza ai pensieri ossessivi ed in nessun modo si configura come la causa di essi. Si è ammesso quindi di aver fatto un errore nel passato, cioè confondere l'effetto con la causa. Ciò che piuttosto contraddistingue il disturbo è proprio la presenza di pensieri ossessivi e comportamenti compulsivi, ai quali certamente si possono accompagnare vissuti emotivi di vario genere: ansia, disgusto, vergogna, sensi di colpa, ecc.

## COME SI MANIFESTA IL DISTURBO OSSESSIVO – COMPULSIVO?

Risulta importante a questo punto definire che cosa si intende per ossessioni e per compulsioni. Vengono definiti **pensieri ossessivi** quelle immagini mentali, quelle frasi o parole, quegli impulsi che hanno carattere di ricorrenza nella mente dell'individuo, cioè tornano ripetutamente, hanno carattere di intrusività, cioè sopraggiungono spontaneamente e contro la volontà della persona, che vengono percepiti come sgradevoli.



Esempi tipici di pensieri ossessivi sono la comparsa alla coscienza di frasi blasfeme, oppure immagini a contenuto aggressivo, o anche il dubbio di essersi infettati attraverso il contatto con qualcosa considerato potenzialmente infetto. I **comportamenti compulsivi** invece sono di carattere ripetitivo, cioè che tendono a ripetersi sempre uguali, come ad esempio lavarsi le mani, controllare di aver chiuso la porta di casa oppure toccare degli oggetti seguendo una specifica sequenza, o anche delle azioni mentali come il recitare fra sé e sé delle formule superstiziose oppure contare, tutti con il fine di ridurre il senso di disagio provocato dai pensieri ossessivi.

Il DOC può manifestarsi in qualsiasi fase della vita, sia acutamente cioè con sintomi improvvisi e intensi, o più frequentemente in maniera progressiva e lenta. E' anche possibile che un individuo soffra solo di ossessioni, così come è possibile che soffra solo di compulsioni, ma più frequentemente queste manifestazioni sono entrambe presenti.

Se si paragona il DOC ad esempio ai disturbi d'ansia, colpisce la frequenza ed anche l'imprevedibilità con cui un evento stressante possa presentarsi all'attenzione della persona. Per esempio chi avesse paura degli spazi aperti o affollati avrà chiaramente in mente quali situazioni o luoghi gli desteranno i più elevati livelli d'ansia, quindi queste situazioni saranno a lui facilmente identificabili e prevedibili. Nel caso di una persona con DOC, invece, gli eventi stressanti (i cosiddetti *trigger*) non sono allo stesso modo prevedibili: accade frequentemente che l'individuo riferisca infatti di essere stato sorpreso da nuove eventualità a cui non aveva

mai pensato sino ad allora.

## LA CENTRALITA' DEL TEMA DELLA COLPA

Nel mio ambulatorio mi capita di incontrare pazienti a cui faccio diagnosi di Disturbo Ossessivo - Compulsivo che - così emerge nel corso delle sedute - sono fortemente preoccupati della possibilità di una propria **colpa**.

Questo sentimento appare sovente legato al timore di essere responsabili di determinate conseguenze negative che si sono verificate in passato e/o che si potrebbero verificare in futuro, in rapporto a qualche presunto atto da loro commesso oppure per una loro negligenza, cioè per non aver fatto abbastanza al fine di prevenire tali conseguenze. E' questo timore di **colpa per irresponsabilità** che spesso esita in una modalità di pensiero ed azione del tipo ossessivo-compulsivo, e questa è una tesi scientificamente validata (Mancini F., Gangemi A., 2011).

Nel corso del lavoro terapeutico emerge di frequente come nelle persone che soffrono di Disturbo Ossessivo - Compulsivo il potersi considerare un individuo responsabile sia un requisito fondamentale al fine di sostenere il proprio senso di **valore personale** (che è qualcosa di molto prezioso per ognuno); la colpevolezza in questo caso implicherebbe un cambiamento radicale dell'immagine che la persona ha di sé, fatto che verrebbe percepito come angosciante ed intollerabile, quindi da evitare ad ogni costo.

Ma vediamo quali **meccanismi cognitivi** sostengono questo funzionamento ossessivo compulsivo: alcuni studi hanno mostrato come nelle situazioni in cui siamo coinvolti da una forte attivazione emotiva, oppure quando ci sentiamo pressati dall'urgenza di un senso di minaccia, preferiamo ricorrere a delle scorciatoie di pensiero (dette **euristiche**) nel valutare le ipotesi di colpevolezza, piuttosto che al pensiero lucido e razionale magari in un momento di maggiore tranquillità emotiva. (Pittenger C., 2017).

Analogamente, in coloro che mettono in atto compulsioni a scopo preventivo è possibile

Centro di Psicologia InTerapia Pratica Psicologica. Centro di Psicoterapia con Sede a e Rho |  
email: [info@centrointerapia.it](mailto:info@centrointerapia.it) | Sede di Rho Galleria Europa, 3, 20017 | Telefono: 375 56 81

osservare come tale prevenzione cessi solo quando il soggetto ritiene attraverso una valutazione, rigorosamente soggettiva e spesso non razionale, di aver ridotto o annullato le probabilità di danno, oppure se ritiene di aver fatto tutto quanto fosse in suo potere per ottenere l'esito moralmente auspicabile. Se però la persona giudica tutto questo insufficiente, allora metterà in atto una strenua coazione a ripetere, cioè altre compulsioni (Mancini F., Gangemi A., 2004).

## E ALLORA, QUALE TRATTAMENTO PER IL DISTURBO OSSESSIVO - COMPULSIVO?

La comunità scientifica è concorde nel ritenere l'associazione tra **farmacoterapia** (tipicamente a base di **SSRI**, cioè farmaci inibitori del recupero della serotonina nel sistema nervoso centrale) e **Psicoterapia ad orientamento Cognitivo - Comportamentale** come il trattamento maggiormente efficace nella cura del Disturbo Ossessivo - Compulsivo. Dagli studi sperimentali si apprende infatti che circa il 70% delle persone con DOC trae benefici duraturi da questo genere di trattamento.

All'interno della psicoterapia la tecnica fondamentale nella cura di questa condizione spesso fortemente invalidante è rappresentata dalla **Esposizione con Prevenzione della Risposta (ERP)** (Abramowitz et al., 2009). Si collabora con il cliente affinché l'ansia associata alle ossessioni venga modulata attraverso un'esposizione molto graduale ai cosiddetti *trigger*, senza però cedere ai consueti rituali (compulsioni) che l'individuo usualmente metterebbe in atto. Questa tecnica si configura come la più efficace ma può risultare talvolta stressante per la persona che vi si presta, proprio perché non ricorrere alle compulsioni al fine di ridurre repentinamente lo stato emotivo spiacevole (ansia o altro) è qualcosa a cui non è abituato. Questa esposizione sul piano cognitivo ha lo scopo di **mettere in discussione le credenze** sulle conseguenze catastrofiche prefigurate, mentre la parte di prevenzione della risposta invece ha il fine di dimostrare che nessuna catastrofe succederà nel non mettere in atto i consueti rituali.

Poiché il Disturbo Ossessivo - Compulsivo si mantiene attraverso alcune credenze peculiari (ad es. il pensiero catastrofico, l'intolleranza dell'incertezza e dell'ansia, il senso ipertrofico di

Centro di Psicologia InTerapia Pratica Psicologica. Centro di Psicoterapia con Sede a e Rho |  
email: [info@centrointerapia.it](mailto:info@centrointerapia.it) | Sede di Rho Galleria Europa, 3, 20017 | Telefono: 375 56 81

responsabilità) una metodica **ristrutturazione cognitiva** si configura come un'utile strategia per la riduzione progressiva dei pensieri sintomi (Lorenzini R, Sassaroli S., 2000).

Infine, l'approccio **EMDR** (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) che concentra il proprio *focus* sull'elaborazione degli eventi traumatici presenti in memoria che riguardano l'intero arco di vita appare come un approccio utile e di recente sviluppo al fine ottenere una riduzione significativa della sintomatologia ossessivo – compulsiva (Pozza A. et al., 2014).

**approfondisci la tematica con l'articolo sulla tematica [Distorsioni Cognitive](#)**

**Guarda il Video sull'EMDR del dott. Simone Sottocorno**

## BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE SUL DISTURBO OSSESSIVO – COMPULSIVO

Abramowitz J. S., 2009, *"The Obsessive Compulsive Disorder"*, The Lancet, Vol. 374, Issue 9688, 8 (14), pag. 491 – 499;

American Psychiatric Association, 2001, *"Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali – IV Edizione TR"*, R. Cortina Ed., Milano;

American Psychiatric Association, 2014, *"Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali – V Edizione"*, R. Cortina Ed., Milano;

Dèttore D. et al, 2003, *"Il disturbo ossessivo-compulsivo. Caratteristiche cliniche e tecniche di intervento"*, McGraw – Hill, Milano;

Lorenzini R., Sassaroli S., 2000, *"La mente prigioniera. Strategie di terapia cognitiva"*, R. Cortina, Milano;

Mancini F., Gangemi A., 2004, *"Fear of guilt from behaving irresponsibly in obsessive-compulsive disorder"*, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 35 (2), pag. 109 – 120;

Mancini F., Gangemi A., 2011, *"Fear of deontological guilt and fear of contamination in obsessive – compulsive disorder"*, Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, 17 (3), pag. 35 – 404;

Pittenger C., 2017, *"Obsessive-compulsive Disorder: Phenomenology, Pathophysiology, and*

*Treatment*", Oxford University Press, Sept.;

Pozza A. et al., 2014, "*Tackling Trauma to Overcome OCD Resistance (The TTOOR Florence trial) Efficacy of EMDR plus CBT versus CBT Alone for Inpatients with Resistant Obsessive Compulsive Disorder. Protocol for a Randomized Comparative Outcome Trial*", American Journal of Applied Psychology, Vol. 2, No. 5, 114 - 122;

Ruscio A. M. et al., 2010, "*The Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in the National Comorbidity Survey Replication*", Molecular Psychiatry, Jan., 15 (1): pag. 53 - 63;

Articolo scritto dal dott. Simone Sottocorno

Facebook

LinkedIn

Twitter

Digg

reddit

Gmail