



UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI
CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2022/2023

TESI DI LAUREA
IL PERFEZIONISMO NEL DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO:
IL CASO THE AVIATOR

RELATRICE:

Prof.ssa Laura Ferro

STUDENTE:

Chiara Maria Lazzoni

Matricola 19 D03 156

*“Sospesi su ponteggi vacillanti,
ci sosteniamo con le nostre
fissazioni. Pur di distogliere
lo sguardo dall’incombente
abisso, ci rifugiamo
in raggelanti automatismi,
in penosissime ossessioni.”
-Marcoaldi, 2015*

(A chi convive con il disturbo ossessivo compulsivo)

INDICE

INTRODUZIONE.....	1
--------------------------	----------

CAPITOLO UNO

IL DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO

1.1 Definizione e sintomatologia.....	3
1.2 Frequenza, esordio e decorso.....	5
1.3 Diverse tipologie di DOC.....	6
1.4 Eziopatogenesi.....	9
1.4.1 Ipotesi psicologiche.....	9
1.4.2 Ipotesi neurobiologiche.....	10
1.4.3 Ipotesi comportamentali e cognitive.....	11
1.5 Diagnosi differenziale.....	13

CAPITOLO DUE

IL DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO E IL DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO DI PERSONALITÀ

2.1 Diagnosi e caratteristiche del Disturbo Ossessivo Compulsivo e del Disturbo Ossessivo Compulsivo di Personalità.....	16
2.2 Classificazione diagnostica del Disturbo Ossessivo Compulsivo e del Disturbo Ossessivo Compulsivo di Personalità.....	16
2.2.1 Il Disturbo Ossessivo Compulsivo nel DSM.....	17
2.2.2 Il Disturbo Ossessivo Compulsivo nell'ICD.....	20
2.2.3 Il Disturbo Ossessivo Compulsivo nel PDM.....	21
2.2.4 Il Disturbo Ossessivo Compulsivo di Personalità nel DSM.....	23
2.2.5 Il Disturbo Ossessivo Compulsivo di Personalità nell'ICD.....	25
2.2.6 Il Disturbo Ossessivo Compulsivo di Personalità nel PDM.....	26

CAPITOLO TRE

IL PERFEZIONISMO NEL DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO E IL CASO THE AVIATOR

3.1 Il perfezionismo.....	29
3.2 Il Caso The Aviator.....	30

3.2.1 Le tre “sfere” di funzionamento.....	31
3.3 Interpretazione clinica.....	34
CONCLUSIONI.....	38
BIBLIOGRAFIA.....	40
FILMOGRAFIA.....	47
RINGRAZIAMENTI.....	48

INTRODUZIONE

Il disturbo ossessivo compulsivo si configura come un disturbo psicopatologico che domina e affligge da sempre molte persone. Pensieri intrusivi e persistenti e comportamenti ritualizzati sono le caratteristiche di questo quadro fonte di marcato disagio e spesso decisamente invalidante (Mannino, 2011).

La sua natura affascinante e complessa ha suscitato interesse in molti autori che nel corso del tempo hanno formulato diverse interpretazioni.

Inizialmente era considerato espressione di una possessione soprannaturale o una manifestazione di poteri demoniaci (Dettore, 2002), oggi viene classificato all'interno dei principali manuali psicodiagnostici in uso.

Per le sue caratteristiche, esso è stato spesso associato al disturbo ossessivo compulsivo di personalità, quadro con cui condivide alcuni aspetti sintomatologici, in particolare quello del perfezionismo, ma allo stesso tempo notevoli discrepanze.

L'interesse verso il disturbo ossessivo compulsivo costituisce la ragione principale che mi ha spinto a intraprendere questo percorso di studi. Nel presente elaborato vorrei esplorare il più possibile le sue sfumature che sfidano il confine tra razionalità e irrazionalità e dimostrare quanto la sensazione dei pazienti che ne soffrono somigli spesso, per citare la definizione del PDM-2, a una sorta di battaglia tra due parti della mente, quella che assedia e quella che è assediata (Lingiardi e McWilliams, 2017). Inoltre, vorrei evidenziare le peculiarità del disturbo rimarcando le caratteristiche comuni e le profonde differenze rispetto al disturbo ossessivo compulsivo di personalità, con cui condivide parte dell'etichetta diagnostica. Infine, la mia passione per il cinema mi ha spinto a domandarmi se esistesse un esempio concreto e condivisibile in grado di rappresentare la complessità e l'influenza di questo disturbo, e del relativo aspetto del perfezionismo, sulla persona che ne è affetta.

In merito a queste riflessioni, il mio primo capitolo si concentra sulla cornice teorica e storica del disturbo e fornisce le basi per la sua comprensione. Viene infatti descritta la peculiare sintomatologia del quadro che, come si può dedurre dal nome stesso, è caratterizzato da ossessioni e compulsioni. Successivamente, gli studi relativi alla frequenza, all'esordio e al decorso permettono di approfondire l'età in cui la patologia può manifestarsi e la sua evoluzione. Infine, la descrizione dei diversi modelli relativi alle cause sottostanti al DOC permette di comprenderne l'insorgenza mentre l'analisi della diagnosi differenziale risulta utile per distinguere quei disturbi che possono presentare sintomi simili a quelli del disturbo ossessivo compulsivo.

Il secondo capitolo è volto al confronto del disturbo ossessivo compulsivo e del disturbo ossessivo compulsivo di personalità mediante l'utilizzo dei criteri nosografici-descrittivi dei manuali psicodiagnostici più utilizzati, il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) e l'*International Classification of Diseases* (ICD) integrandoli con le utili descrizioni riportate all'interno del *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM).

Attraverso questa disamina emerge come i due disturbi siano in realtà molto diversi tra loro, nonostante in entrambi sia notevolmente riscontrabile l'aspetto del perfezionismo.

Il terzo capitolo si prefigge di utilizzare il film *The Aviator* (2004) come caso clinico per evidenziare come il perfezionismo sia una caratteristica intrinseca al DOC e come nel suo insieme il quadro comporti numerose complicazioni per il soggetto che ne soffre.

CAPITOLO UNO

IL DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO

1.1 Definizione e Sintomatologia

Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), noto anche come OCD dall'acronimo in inglese "Obsessive-Compulsive Disorder", è un disturbo mentale di frequente riscontro, con una prevalenza lifetime stimata al 2-3% (Ruscio, 2010), la sua definizione, interpretazione e di conseguenza le terapie adottate hanno subito diversi cambiamenti nel corso dei secoli.

L'ingresso a pieno titolo del DOC nella letteratura medica lo si deve a Esquirol (1838) che descrisse il caso di una donna con gravi compulsioni di controllo legate all'idea ossessiva di aver accidentalmente rubato qualcosa nascondendolo negli abiti (Mancini, 2016).

Freud (1909), considerava le ossessioni e le compulsioni non come un fenomeno senza senso ma come espressioni il cui significato poteva essere decifrato alla luce delle esperienze del paziente, sia precoci che recenti. In tempi più recenti, l'approccio denominato terapia cognitiva ha evidenziato come alla base del disturbo vi sarebbero delle distorsioni cognitive capaci di produrre convinzioni irrazionali (Mannino, 2011).

Come evidenziato nel DSM-5-TR (APA, 2022), il disturbo ossessivo compulsivo è caratterizzato dalla presenza di ossessioni e compulsioni.

Le *ossessioni* sono pensieri, immagini, impulsi o idee, indesiderati e intrusivi, vissuti dal soggetto come minacciosi, ripugnanti ed estranei. Esse "assediano" la mente del soggetto (il termine "ossessione" deriva dal latino *obsidēre* che significa appunto "assediare") e provocano ansia, disgusto e disagio significativo.

I temi delle ossessioni riguardano tipicamente la contaminazione, la responsabilità di provocare un danno, il sesso, la religione, la violenza, l'ordine e la simmetria (Mandarelli, 2014).

Le ossessioni si differenziano dalle preoccupazioni poiché si configurano come eccessive e indesiderate, prive di una base razionale e incongruenti con il sistema di valori della persona. Inoltre, la persona sperimenta una resistenza nel tentativo di eliminarle o contrastarne le conseguenze (Francesetti, 2017). Spesso, diverse idee ossessive possono essere associate contemporaneamente, inoltre il contenuto delle ossessioni può modificarsi durante il decorso del disturbo (Brakoulias et al., 2013).

Le *compulsioni*, definite anche rituali o cerimoniali, sono comportamenti ripetitivi (lavarsi le mani, riordinare, controllare) o azioni mentali (contare, pregare, ripetere formule mentalmente), che l'individuo, nonostante le sue resistenze interiori, si sente come costretto a ripetere (compulsione deriva dal latino *compellēre*, "costringere") per attenuare l'ansia provocata dalle

ossessioni, prevenire un danno o rispettare determinate regole autoimposte. Ad esempio, alcune persone possono ripetutamente controllare di aver chiuso il gas per la paura ossessiva di fare scoppiare la casa o contare oggetti ripetutamente per l'ossessione di averli perduti. I rituali compulsivi tipici sono di decontaminazione, di controllo, di ripetizione e rituali mentali.

Generalmente, tutte le compulsioni si trasformano in rigide regole di comportamento spesso bizzarre ed eccessive, che non possono assolutamente essere interrotte o modificate nella loro sequenza (Melli, 2011).

Tuttavia, le compulsioni non sono l'unico meccanismo che i soggetti affetti da DOC tendono a mettere in atto per ridurre l'ansia provocata dai pensieri ossessivi: potrebbero infatti ricorrere all'evitamento di determinate situazioni, alle confessioni, alle ruminazioni, alle richieste di rassicurazioni a familiari e amici e ai tentativi di sopprimere i pensieri ossessivi (Ladouceur, Freeston, Rhéau et al., 2000). Questi tentativi sono finalizzati a controllare i pensieri ossessivi e non essere costretti a compiere i rituali.

Per quanto riguarda la sintomatologia, lo psichiatra Cassano (2006) ha individuato alcune caratteristiche importanti per determinarne la gravità:

- La resistenza, ossia la capacità di lottare contro l'idea intrusiva e di resistere alle compulsioni. Essa può variare nello stesso paziente nel tempo e a seconda dell'ambiente in cui si trova.
- L'interferenza, ossia la capacità di adattarsi e convivere con i propri sintomi.
- Il grado di insight, cioè la consapevolezza del proprio disturbo e dell'irragionevolezza dei propri sintomi. Tra i pazienti DOC vi è un'ampia variabilità di insight: da individuo a individuo e all'interno della stessa persona, in diversi momenti o situazioni. Ad esempio, un individuo può riconoscere l'irragionevolezza delle proprie ossessioni in una situazione "sicura", come lo studio del terapeuta, ma non quando si trova a contatto con gli stimoli che attivano le ossessioni stesse.

I rituali ossessivo-compulsivi richiedono molto tempo e a tal proposito, per porre diagnosi di DOC, il DSM-5 (APA 2013) e il DSM-5-TR (APA, 2022) ricorrono a un criterio quantitativo e convenzionale: i sintomi devono durare più di un'ora al giorno o causare disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

1.2 Frequenza, esordio e decorso

Contrariamente a quanto si pensava inizialmente, il DOC è stato dimostrato essere uno dei disturbi mentali più diffusi. Risulta infatti che il 2-3% della popolazione adulta soffre di disturbo ossessivo compulsivo (Abramowitz e Siqueland, 2016), quindi si stima che ne soffrano oltre 100 milioni di persone nel mondo. Almeno l'80% di queste sperimenta sia ossessioni che compulsioni mentre meno del 20% dei soggetti ricorre ad altre strategie per cercare di tranquillizzarsi e gestire il disagio che deriva dalle ossessioni.

In circa il 50% dei casi il DOC è iniziato in età infantile-adolescenziale (Dell'Osso et al., 2016; Janowitz et al., 2009; Pauls et al., 1995) solitamente in modo insidioso, causando inizialmente, solo una modesta sofferenza e aggravandosi progressivamente fino ad arrivare a cronicizzarsi. È possibile che si manifesti anche in età precoce con una prevalenza del 0,5-2,0% (Alvarenga et al., 2015) mentre è più raro l'esordio in età avanzata.

Nel 1989, Last e Strauss evidenziarono che l'esordio della sintomatologia DOC in età evolutiva si collocava tipicamente tra i 9 e gli 11 anni, con una tendenza per i ragazzi a manifestarsi più precocemente rispetto alle ragazze.

Gli studi di Stewart e colleghi del 2007 hanno confermato tali risultati rimarcando come per il sesso femminile il picco di incidenza si collochi tra gli 11 e i 13 anni mentre per il sesso maschile tra i 9 e gli 11 anni.

Lo studio epidemiologico condotto negli Stati Uniti denominato "*National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)*" (2010) è arrivato alle seguenti conclusioni: nella popolazione maschile il DOC si è presentato prima dei 10 anni di età mentre nella popolazione femminile si è spesso presentato durante l'adolescenza, oppure nel periodo peripartum o postpartum (Russell EJ et al 2013). Secondo Maina e colleghi (2001), il post-partum sembra essere l'unico fattore di rischio significativamente correlato all'esordio acuto del DOC nella popolazione femminile.

Alcuni autori hanno inoltre suggerito la possibilità di definire uno specifico sottotipo di DOC ad esordio precoce, identificando l'età di 21 anni quale cut-off tra le due forme (Burchi e Pallanti, 2019).

Per quanto riguarda l'età adulta, il DSM-5 (APA 2013) pone in luce come le femmine mostrino un tasso leggermente superiore rispetto ai maschi, anche se nei maschi è più comune lo sviluppo del disturbo in età pediatrica, come dimostrato anche negli studi di Rosenberg del 1997; Eichstedt & Arnold del 2001 e Fontenelle del 2003.

La letteratura di settore evidenzia come i sintomi del DOC siano uniformi in tutto il mondo, con influenze socio-culturali lievi nell'espressione e nell'esperienza dei sintomi stessi (Lewis-Fernández et al., 2010).

In termini di differenze di genere, nel 1999 Bogetto e colleghi riscontrarono nei soggetti DOC di sesso maschile una minore frequenza di eventi innescanti il disturbo, una maggiore proporzione di comorbidità con fobie e/o disturbi da tic e una più ampia presenza di corso cronico. I pazienti DOC di sesso femminile presentavano invece un esordio acuto e una maggiore comorbidità con disturbi alimentari. Uno studio brasiliano condotto da Torresan nel 2013 ha messo in luce che, in un campione di 858 pazienti con DOC, le donne riportavano con maggiori probabilità ossessioni associate a credenze di contaminazione o preoccupazioni aggressive, mentre gli uomini di solito riferivano pensieri blasfemi. Infine, il DSM-5 (APA 2013) evidenzia che le femmine hanno più probabilità di sviluppare sintomi nella dimensione della pulizia mentre i maschi sviluppano con più probabilità sintomi legati a dimensioni dei pensieri proibiti e della simmetria.

Riguardo al decorso della malattia, studi clinici e di comunità hanno mostrato come i sintomi del DOC possano persistere per decenni, seppur la remissione possa verificarsi in un consistente numero di individui (Sharma et al., 2014).

Se il disturbo non viene curato, si possono delineare quattro tipi di decorso (Melli, 2011):

- **Decorso episodico:** riguarda il 25% dei casi ed è caratterizzato dall'alternanza di periodi in cui sono presenti i sintomi (circa un anno) e periodi di remissione totale (da mesi ad anni) (Bogetto, Maina, & Albert, 2000). In alcuni casi, ci può essere un episodio singolo in tutta la vita della persona.
- **Decorso cronico fluttuante:** i sintomi sono molto incostanti nel tempo, con miglioramenti e peggioramenti, ma non scompaiono mai del tutto.
- **Decorso cronico stabile:** i sintomi si manifestano gradualmente, ma poi rimangono stabili nel tempo.
- **Decorso cronico e ingravescente:** caratterizzato da un esordio graduale dei sintomi e dall'alternanza tra periodi di peggioramento e periodi di stabilità. È il più grave e il più comune.

1.3 Diverse tipologie di DOC

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) è una condizione clinica altamente eterogenea (Abramowitz & Hellberg, 2020) e diversi autori hanno proposto una sua sotto-tipizzazione. Eisen e Rasmussen nel 1990 proposero una classificazione che prevedeva cinque principali categorie:

- washers, ossia coloro che di fronte a idee e pensieri ricorrenti di contaminazione eseguono rituali di pulizia. Le ossessioni sono di tipo fobico (timore dello sporco, germi, sostanze tossiche o cancerogene) e si accompagnano a rituali che comprendono l'esasperata pulizia della propria persona e le attività ripetitive di lavaggio e di disinfezione dell'ambiente (Di Fiorino, 1997);
- checkers, ossia coloro che in presenza di ossessioni dubitative eseguono rituali di controllo. Le ossessioni dubitative sono svariate: dal timore di aver spento il gas o di non aver chiuso la porta di casa (cui seguono estenuanti controlli), alla paura di commettere azioni aggressive o addirittura di poter uccidere. Generalmente, di fronte a questo tipo di ossessioni i soggetti ricorrono all'evitamento di oggetti o situazioni considerati potenzialmente pericolosi (Insel, 1985; Aletti e Di Fiorino 2012);
- ossessioni pure, caratterizzate da una manifestazione isolata e dall'assenza di comportamenti compulsivi. Esse comprendono preoccupazioni di ordine esistenziale, filosofico, etico o religioso. I soggetti ossessivi non ricorrono né all'evitamento né a rituali che difendono dalle ossessioni, si trovano piuttosto a ricercare continuamente una risposta ai loro quesiti, fra la sensazione di averla trovata e l'immediato dubbio sulla sua attendibilità (Aletti e Di Fiorino 2012);
- lentezza ossessiva primaria: i soggetti che appartengono a questo sottotipo sono caratterizzati da un rallentamento globale nell'esecuzione di ogni atto della vita quotidiana e dall'indecisione di fronte alle scelte. La componente ansiosa in questo caso è marginale. Spesso la lentezza è la conseguenza dei rituali, anche se raramente diviene il sintomo predominante (Aletti e Di Fiorino 2012);
- pazienti con rituali misti.

Successivamente, nel 1999, David Mataix-Cols e collaboratori individuarono cinque classi rappresentative del disturbo ossessivo-compulsivo: 1) ossessioni di simmetria e compulsioni di ordine, conteggio e ripetizione; 2) ossessioni e compulsioni di accumulo; 3) ossessioni di contaminazione e compulsioni di lavaggio; 4) ossessioni aggressive e compulsioni di controllo; 5) ossessioni sessuali/religiose e relative compulsioni.

Attualmente la pratica clinica distingue le seguenti forme di DOC, che talvolta possono presentarsi in concomitanza (Melli, 2011):

- Disturbi da contaminazione: fanno riferimento a ossessioni e compulsioni connesse ad improbabili contagi o contaminazioni. Coloro che ne soffrono sono costantemente tormentati dalla fissazione che loro stessi, o qualcuno dei loro familiari, possa ammalarsi entrando in contatto con qualche germe invisibile o sostanza tossica. Le

sostanze “contaminanti” non comprendono solo lo sporco oggettivo, ma anche urine, feci, sangue e siringhe, carne cruda, persone malate, genitali, sudore e persino saponi, solventi e detersivi contenenti sostanze chimiche potenzialmente “dannose”. Le persone che ne sono affette cercano di evitare bagni pubblici, autobus, giardini o cabine telefoniche e qualunque altro luogo considerato come “infetto”. Nel caso in cui questi soggetti entrino a contatto con una delle sostanze “contaminanti” vengono messi in atto una serie di rituali di lavaggio, pulizia, sterilizzazione o disinfezione allo scopo di tranquillizzare rispetto alla possibilità di contagio o per eliminare la sensazione di disgusto. Questi rituali spesso coinvolgono anche i familiari, ai quali viene richiesto di evitare i luoghi ritenuti “contaminati” o di lavarsi più del necessario.

- **Disturbi da controllo:** si tratta di ossessioni e compulsioni che implicano controlli prolungati e ripetuti senza necessità, allo scopo di prevenire gravi disgrazie o incidenti. Coloro che ne soffrono controllano di aver chiuso le porte e le finestre di casa, le portiere della macchina, il rubinetto del gas e dell’acqua, l’armadietto dei medicinali; di aver spento fornelli elettrici o altri elettrodomestici, le luci in ogni stanza di casa o i fari della macchina; di non aver investito involontariamente qualcuno con la macchina. In questo caso il controllo compulsivo è orientato a tranquillizzarsi riguardo al dubbio costante di non aver fatto tutto il necessario per prevenire eventuali disgrazie o di aver inavvertitamente danneggiato qualcosa o qualcuno. Anche questo tipo di rituali coinvolge spesso i familiari, ai quali vengono richieste continue rassicurazioni e talvolta di effettuare i controlli al posto della persona stessa.
- **Superstizione eccessiva:** riguarda un pensiero superstizioso esasperato. Coloro che ne soffrono ritengono che il fatto di compiere o meno determinati gesti, di pronunciare o non pronunciare alcune parole, di vedere o non vedere certe cose (ad esempio: carri funebri, cimiteri), certi numeri o certi colori, di contare o non contare un numero preciso di volte degli oggetti, di ripetere o non ripetere particolari azioni il “giusto” numero di volte, sia determinante per l’esito degli eventi. È il caso della persona che considera sfortunati determinati numeri e che, dopo averli visti, rimane in ansia finché non ne neutralizza l’effetto “porta sfortuna”, vedendo altri numeri “fortunati”.
- **Ordine e simmetria:** chi soffre di questo tipo di disturbo non riesce a sopportare che gli oggetti siano posti, anche minimamente, in modo disordinato o asimmetrico, perché ciò gli procura una sensazione di mancanza di armonia e di logicità. Coloro che ne soffrono cercano di allineare e ordinare secondo una sequenza logica (ad esempio: dimensione, colore) libri, fogli, penne, asciugamani, videocassette, piatti, tazzine ma anche abiti

appesi. Quando ciò non si verifica queste persone passano diverse ore a riordinare ed allineare questi oggetti, fino a sentirsi completamente tranquille e soddisfatte. Questa forma di ossessione può inoltre riguardare il proprio corpo: pettinatura dei capelli, colletto e polsini della camicia devono risultare “perfetti” e simmetrici. A tal proposito pur rientrando tra le manifestazioni del DOC, questo tipo di problematica è generalmente secondaria a tratti perfezionistici di personalità o a un vero e proprio disturbo ossessivo-compulsivo di personalità.

- **Accumulo/accaparramento:** è un tipo di ossessione piuttosto rara, che caratterizza coloro che conservano e accumulano oggetti insignificanti come riviste, giornali, bottiglie vuote, perché provano grande difficoltà a disfarsene. Questo tipo di comportamento assume caratteristiche patologiche nel momento in cui le “collezioni” occupano uno spazio così ampio da rendere problematica la vita della persona e dei suoi familiari. Questi collezionisti non si rendono conto, se non parzialmente, dell’eccesso in cui incorrono e della gravità della situazione e spesso sono le famiglie a richiedere il trattamento terapeutico poiché non tollerano più l’invadenza di certi oggetti.
- **Ossessioni pure:** riguardano immagini relative a scene in cui la persona attua comportamenti privi di senso, inaccettabili o pericolosi come aggredire qualcuno, avere rapporti omosessuali o pedofelici, tradire il partner, bestemmiare, offendere persone care. Questa forma è caratterizzata dal fatto che le persone non sperimentano né rituali mentali, né compulsioni ma soltanto pensieri ossessivi relativi a determinati eventi, in realtà alquanto improbabili, ma intollerabili. I soggetti che soffrono di questa forma di DOC spesso si rassicurano mediante un dialogo interiore.

1.4 Eziopatogenesi

Ad oggi, alla base del disturbo ossessivo compulsivo, la ricerca non evidenzia un’unica causa di insorgenza (Mandarelli, 2014). Tuttavia, nel corso del tempo si sono sviluppate diverse spiegazioni, alcune di natura psicologica, altre di natura neurobiologica e altre ancora di natura comportamentale e cognitiva.

1.4.1 Ipotesi psicologiche

La prima ipotesi psicologica è stata quella psicoanalitica. Secondo Freud la sintomatologia ossessiva è frutto di una regressione o fissazione allo stato anale, nel quale, a causa di un Super-Io eccessivamente rigido, l’Io reprime le pulsioni e cerca soddisfacimento nel sintomo (Giusti & Chiacchio, 2002). Pertanto, secondo l’autore il soggetto mette in atto dei meccanismi di

difesa di tipo nevrotico, ad esempio la formazione reattiva (una persona che ha impulsi sessuali considerati ripugnanti può arrivare a lavarsi le mani ripetutamente allo scopo di annullare tali impulsi) in modo da tenere sommersi certi impulsi inconsci che stanno per sfuggire alla rimozione. Sebbene sia stata riconosciuta la debolezza delle basi teoriche di questa ipotesi, Freud aveva già delineato alcuni aspetti caratteristici del DOC come l'atteggiamento dubbioso, la difesa da pensieri inaccettabili, il timore di danneggiare gli altri, l'elusione del senso di colpa e l'eccessiva importanza attribuita ai pensieri.

Contemporaneamente a Freud, Janet ipotizzò che alla base del disturbo vi fosse un contatto con la realtà deficitario; la mente debole (psicastenia) e scarsamente unita dell'ossessivo porterebbe a funzionamenti automatici e fuori dalla possibilità di controllo. Inoltre, Janet pose al centro del suo modello la necessità di perfezione, definita come la tendenza a adottare una definizione estremamente rigida di riuscita (Giusti & Chiacchio, 2002).

1.4.2 Ipotesi neurobiologiche

Negli ultimi decenni, gli studi neurobiologici hanno giocato un ruolo fondamentale nella comprensione del disturbo ossessivo compulsivo.

I principali riguardano:

- Alterazioni funzionali di specifiche aree cerebrali: neuroimaging e analisi dei circuiti neurali hanno evidenziato come i pazienti affetti da DOC presentino delle anomalie strutturali e funzionali. Nello specifico, ad essere coinvolto prevalentemente è il cosiddetto "circuitto orbito-frontale" che include la corteccia orbito-frontale stessa e i gangli della base (Fineberg et al., 2018), dove la prima è responsabile delle ossessioni del soggetto, mentre i gangli regolano le compulsioni. Nonostante questa prevalenza, vari studiosi hanno dimostrato che i soggetti affetti da DOC possono presentare delle anomalie in altre regioni, quali il circuito orbitofrontostriatale, la corteccia laterale ed anche quelle occipitale e parietale (Mataix et al., 2004).

La ricerca scientifica neuroanatomica ha anche sottolineato e dimostrato come il DOC sia associato ad un aumento del volume della materia grigia nelle strutture sottocorticali e ad una sua diminuzione nella corteccia (Soriano-Mas et al., 2019). In aggiunta, è emerso come nei pazienti affetti da questo disturbo lo spessore corticale sia inferiore, se paragonato a pazienti sani.

Effettuando invece considerazioni relative ad analisi basate su neuroimaging funzionale (Norman et al., 2019) è possibile sostenere che i pazienti affetti da DOC si distinguono dai pazienti sani per un'evidente sotto-attivazione di diverse aree cerebrali.

Il disturbo ossessivo compulsivo risulta quindi associato a cambiamenti cerebrali sottili, strutturali e funzionali che coinvolgono varie aree.

- **Influenze genetiche:** la ricerca ha rilevato un potenziale legame tra fattori genetici e il rischio di sviluppare il DOC. Ad esempio, uno studio su 5409 coppie di gemelli (Monzani et al. 2014), ha evidenziato tassi di corrispondenza più elevati nei gemelli monozigoti e ha portato a una stima dell'ereditabilità del DOC pari al 48% (Fernandez et al. 2018). Un ulteriore studio familiare multigenerazionale condotto in Svezia su circa 25.000 individui con disturbo ossessivo compulsivo ha messo in luce come il rischio di sviluppare il DOC varia in base al grado di parentela. Nello specifico, tale rischio diminuisce all'aumentare della distanza genetica da parenti con DOC (Mataix-Cols et al., 2013). Infine, uno studio eseguito in India da Balachander e colleghi nel 2019 presso il National Institute of Mental Health and Neurosciences ha evidenziato come su un totale di 1354 soggetti con DOC, 330 hanno riportato un DOC ereditario. In particolare, risultava una concordanza familiare nei disturbi da contaminazione, nei disturbi da controllo e nei disturbi da ordine e simmetria.
- **Deficit mnestici:** diversi studi hanno riscontrato disfunzioni della memoria non verbale nel disturbo ossessivo compulsivo (Christensen KJ, 1992). Tuttavia, nel 1999 Savage e collaboratori hanno suggerito che il deterioramento della memoria nel disturbo ossessivo compulsivo è secondario alla funzione esecutiva perché l'attenzione dei pazienti a memorizzare i dettagli interferisce con la memorizzazione nel suo complesso. In altre parole, i pazienti DOC si concentrano così tanto sui particolari che non riescono a ricordare l'informazione nel suo insieme. Pare che questo tipo di problema sia legato a una mancanza di fiducia nella propria memoria (Zitterl et al, 2001).
- **Anomalie dei neurotrasmettitori:** spesso, in persone con disturbo ossessivo-compulsivo sono stati riscontrati insufficienti livelli di serotonina, un messaggero chimico che mette in comunicazione la parte frontale del cervello (corteccia orbito-frontale) e le strutture più profonde (i gangli della base). La terapia con inibitori della ricaptazione della serotonina rappresenta infatti la prima scelta nel trattamento del disturbo ossessivo compulsivo (Maina et al, 2007).

1.4.3 Ipotesi comportamentali e cognitive

Secondo il punto di vista comportamentale, l'individuo apprende, in maniera più o meno casuale, che un comportamento "superstizioso" riduce l'ansia e lo adotta come modulo di comportamento da attuare ogni qualvolta la sperimenta o per prevenirne l'insorgenza. Il

rinforzo negativo dato dalla sottrazione dell'ansia porta all'aumento della frequenza dei rituali, alla loro cronicizzazione e generalizzazione e al rafforzamento dell'associazione iniziale stimolo-risposta (Franceschina, Sanavio, & Sica, 2004).

I soggetti che soffrono di disturbo ossessivo-compulsivo prendono molto sul serio i pensieri negativi e cercano di mettere in atto un comportamento esplicito o mentale per tranquillizzarsi rispetto all'ansia che questi provocano. Ciò rende progressivamente sempre più necessaria l'emissione del rituale, per "esorcizzare" il rischio che il contenuto del pensiero si avveri.

La compulsione diventa quindi un fattore di mantenimento del disturbo stesso poichè porta a un momentaneo sollievo e una relativa sicurezza, innescando un circolo vizioso che rende le persone sempre più dipendenti dal comportamento compulsivo e sempre più assillate dal pensiero ossessivo.

Il modello comportamentale viene arricchito e integrato da quello cognitivo, secondo il quale l'individuo persegue degli scopi, organizzando il proprio comportamento e le proprie risposte emotive in base a sistemi di credenze.

Nel 1997 il gruppo di ricerca internazionale "*Obsessive Compulsive Cognition Working Group*" ha proposto sei credenze disfunzionali caratteristiche dei soggetti affetti da DOC che intervengono nella valutazione delle esperienze intrusive:

- Eccessivo senso di responsabilità: le persone affette da DOC, ritengono che non fare tutto il possibile per impedire che avvenga un evento negativo equivale a essere completamente colpevoli, nel caso in cui l'evento negativo si avverasse;
- Eccessiva importanza attribuita ai pensieri: quasi tutte le persone ossessive ritengono che avere certi pensieri negativi sia moralmente condannabile, perché significherebbe desiderare o augurarsi che essi si avverino nella realtà. Fenomeni tipici di questa natura sono la fusione "pensiero-azione" (pensare un'azione equivale a farla) e "pensiero-evento" (pensare un evento è come farlo accadere);
- Sovrastima della possibilità di controllare i propri pensieri: le persone che soffrono di DOC fanno di tutto per liberare la mente dai pensieri negativi. Ne consegue un costante auto-monitoraggio dei propri pensieri e un obbligo percepito di allontanare gli eventuali contenuti mentali indesiderati;
- Sovrastima della minaccia: sovrastima delle probabilità che un evento negativo si verifichi e della gravità delle conseguenze. I soggetti affetti da DOC tendono a sovrastimare l'ansia ritenendo che il malessere fisiologico provocato da questa aumenti all'infinito o rimanga stabile nel tempo, tanto da diventare dannoso per l'organismo;

- Intolleranza dell'incertezza: intolleranza dell'ambiguità e dell'incertezza e necessità di essere certi di poter affrontare qualsiasi mutamento, anche imprevedibile.
- Perfezionismo: convinzione che possa esistere una soluzione perfetta per ogni problema e che soluzioni imperfette non siano accettabili e possano avere conseguenze catastrofiche. Diversi autori ((McFall e Wollersheim, 1979; Lombardo e Violani, 2011; Mancini 2016), hanno evidenziato come l'aspetto del perfezionismo sia fortemente legato al disturbo ossessivo compulsivo.

1.5 Diagnosi differenziale

Alcune condizioni psicopatologiche presentano similarità con il disturbo ossessivo compulsivo ma è necessario distinguere i quadri in modo da formulare una diagnosi differenziale.

Anche il disturbo d'ansia generalizzato è caratterizzato da pensieri ricorrenti, comportamenti di evitamento e continue richieste di rassicurazione; tuttavia, le preoccupazioni che affliggono questi individui fanno riferimento a circostanze della vita reale mentre le ossessioni dei pazienti DOC includono frequentemente contenuti bizzarri, irrazionali e di natura apparentemente magica. Inoltre, le ossessioni sono spesso associate alle compulsioni.

Gli individui con una fobia specifica possono provare paura di fronte a determinati oggetti o situazioni; tuttavia, nella fobia specifica non vengono messi in atto i rituali, caratteristici invece nel DOC. Analogamente, nella condizione di fobia sociale i soggetti temono unicamente le interazioni sociali e i comportamenti di evitamento e di ricerca di rassicurazione sono volti a ridurre tale paura sociale (APA 2013).

Nell'ipocondria il soggetto è costantemente preoccupato o convinto di avere una grave malattia e per tranquillizzarsi mette in atto comportamenti di evitamento nei confronti delle situazioni che innescano questa paura (ad esempio: conversazioni sul tema) e continue richieste di rassicurazioni e di controllo (ad esempio: visite mediche) (Melli 2011). Si differenzia dal DOC poiché le preoccupazioni relative all'aver contratto una malattia non sono accompagnate da cerimoniali di pulizia o controllo o da pensieri relativi alla possibilità di poter contagiare gli altri (Dettore 2002).

Il DOC si differenzia inoltre dalla depressione, un disturbo frequente che colpisce sia la mente sia il corpo e interferisce con il funzionamento lavorativo, scolastico e relazionale del soggetto. È un fenomeno caratterizzato da una riduzione del tono dell'umore, mancanza di speranza e pensieri negativi rispetto a se stessi e al mondo, mutamenti del ritmo sonno-veglia e dell'appetito, incapacità di provare piacere, perdita d'interesse per quasi tutte le attività,

mancanza di energie, sentimenti di colpa e ideazione suicidaria (Lingiardi e McWilliams, 2017).

Nella depressione sono comuni le ruminazioni continue riguardo a condizioni spiacevoli come errori compiuti nel passato, i propri fallimenti, persone care decedute o ex partner. Questi pensieri costituiscono un aspetto congruente con l'umore della depressione e non sono necessariamente vissuti come intrusivi o angoscianti; inoltre, le ruminazioni non sono associate alle compulsioni, come accade invece nel disturbo ossessivo compulsivo (APA 2013). Tuttavia, con il tempo molti soggetti affetti da DOC tendono a deprimersi per via delle limitazioni che il disturbo comporta. Quando il disturbo dell'umore è secondario al disturbo ossessivo compulsivo, esso tende a scomparire non appena i sintomi del DOC migliorano.

Alcuni disturbi caratterizzati da un comportamento ripetitivo dannoso per se stessi possono essere confusi per il DOC. Rientrano tra questi il gioco d'azzardo patologico, la bulimia nervosa, la cleptomania e l'abuso di farmaci, alcol o droghe.

Questi disturbi differiscono dal DOC poiché in primo luogo non sono caratterizzati da un pensiero intrusivo indesiderato che spaventa. In secondo luogo, il soggetto non mette in atto un comportamento per evitare un eventuale pericolo ma soltanto per diminuire la tensione o addirittura per ricercare piacere (Melli 2011).

I soggetti che soffrono di DOC sono consapevoli dell'insensatezza dei propri comportamenti e spesso se ne vergognano. Tuttavia, in alcuni casi gli individui possono presentare un insight basso o addirittura convinzioni deliranti (APA 2013). Questi soggetti valutano le proprie paure ragionevoli e i propri comportamenti dotati di senso e funzionali, anche se sono infastiditi poiché ciò non permette loro di condurre una vita normale. Di conseguenza, non considerano i propri rituali come un impedimento e non tentano di liberarsene.

È importante distinguere questi casi di DOC dalle convinzioni deliranti in cui il soggetto è fermamente convinto di qualcosa nonostante ci siano prove indiscutibili che sia falsa. Alcuni sono certi che un personaggio famoso o idealizzato sia innamorato di loro, altri ancora sono convinti che il proprio partner li tradisca sebbene non esistano prove evidenti oppure di essere spiati, seguiti, avvelanti o ostacolati nel perseguimento dei propri obiettivi (Melli 2011). Come evidenziato nel DSM-5 (APA 2013), questi soggetti non presentano ossessioni e compulsioni (il che distingue la loro condizione dal DOC).

Rimanendo in un contesto di riflessione clinica relativa alla diagnosi differenziale, risulta importante mettere a confronto due quadri clinici che, pur avendo una definizione diagnostica simile presentano caratteristiche cliniche piuttosto differenti. Il disturbo ossessivo compulsivo di personalità (DOCP) non è caratterizzato da pensieri, immagini o impulsi intrusivi, o da

comportamenti ripetitivi messi in atto in risposta a queste intrusioni (APA 2013), esso coinvolge un pattern disadattivo di eccessivo perfezionismo, bisogno di controllo, ordine ed estrema attenzione nel fare le cose nel “modo giusto” (Mancebo, Eisen, Grant et al. 2005). Come evidenziato da Trincas nel libro di Mancini del 2016, la sovrapposizione tra il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità (DOCP) e il disturbo ossessivo compulsivo (DOC) è stata per molto tempo oggetto di discussione. L’approfondimento relativo alle caratteristiche dei due quadri clinici sarà oggetto del capitolo seguente.

CAPITOLO DUE

IL DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO E IL DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO DI PERSONALITÀ

2.1 Diagnosi e caratteristiche del Disturbo Ossessivo Compulsivo e del Disturbo Ossessivo Compulsivo di Personalità

Le prime descrizioni cliniche del disturbo ossessivo-compulsivo di personalità (DOCP) e del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) presentavano elevata similarità (Mancini, 2016).

Nel 1903, Pierre Janet indicava come precursori dello sviluppo del DOC il perfezionismo, l'indecisione e una sensibilità limitata. Nel 1908 Freud descrisse per la prima volta il cosiddetto "carattere anale", caratterizzato da tendenza all'ordine, all'ostinazione e alla parsimonia. Tuttavia, trent'anni dopo, Lewis sosteneva che, nonostante alcuni pazienti DOC presentassero tratti di personalità compulsiva, molti altri non mostravano tali caratteristiche (Steketee, Barlow, 2002).

La discussione tra DOC e DOCP permane tutt'oggi tra clinici e ricercatori che provano ad indagare se questi disturbi possono essere considerati simili, concomitanti o se devono essere separati sulla base di specifiche caratteristiche.

Nel 2012, Pinto ed Eisen evidenziarono come i due disturbi si differenzino per il fatto che nel DOCP sono assenti ossessioni e compulsioni, tipiche invece nel disturbo ossessivo compulsivo. Secondo la letteratura recente, la coincidenza del DOC diagnosticato secondo i criteri del DSM e della personalità ossessivo-compulsiva non è frequente (Lingiardi e McWilliams, 2017).

Tuttavia, una prospettiva interessante riguardo alla relazione tra i due quadri clinici è quella che considera l'esistenza di sottotipi di DOC (Summerfeldt, Anthony, Swinson, 2000) e DOCP (Hummelen, Wiberg, Pedersen et al., 2008) e la sovrapposizione tra specifiche dimensioni di questi sottotipi. Infatti, da un'analisi approfondita dei dati di letteratura è emerso che nel DOCP è possibile distinguere due sottotipi, uno caratterizzato da rabbia/aggressività e un altro contraddistinto da scrupolosità. Sarebbe proprio questo secondo sottotipo a presentare una significativa comorbilità con il DOC (Mancini, 2016).

2.2 Classificazione diagnostica del Disturbo Ossessivo Compulsivo e del Disturbo Ossessivo Compulsivo di Personalità

Attualmente, come evidenziato nei seguenti paragrafi, le caratteristiche di questi disturbi rientrano negli strumenti di classificazione diagnostica più importanti come il DSM-5-TR

(APA, 2022), l'ICD-11 (WHO, 2018) e il PDM-2 (Lingiardi e McWilliams, 2017) che si propone come integrazione e complemento ai due sistemi nosografici sopracitati.

2.2.1 Il Disturbo Ossessivo Compulsivo nel DSM

Il DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) è un manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali redatto dall'*American Psychiatric Association* con l'obiettivo di classificare le malattie psichiatriche sulla base della sintomatologia.

La prima e la seconda edizione del DSM (APA, 1952; 1968) descrivevano sinteticamente il disturbo ossessivo-compulsivo, mentre nella terza (DSM-III; APA, 1980) e nella successiva edizione riveduta (DSM-III-R; APA, 1987) esso veniva definito in modo specifico, secondo criteri diagnostici che consideravano separatamente le ossessioni e le compulsioni e che ne rimarcavano le relazioni di reciprocità.

Foa e Kozak (1991), evidenziarono che il DSM-III-R definiva tre concezioni tradizionali del disturbo ossessivo-compulsivo. In primo luogo, che le ossessioni sono eventi mentali e le compulsioni eventi comportamentali; successivamente che le ossessioni e le compulsioni possono essere connesse fra loro oppure presentarsi in modo indipendente l'una dall'altra; infine, che le persone riconoscono sempre l'insensatezza delle loro ossessioni e compulsioni.

Nel DSM-IV-TR (APA, 2000), il disturbo ossessivo compulsivo è stato raggruppato tra i disturbi d'ansia e definito dalla presenza di ossessioni o compulsioni (o di entrambe) che interferiscono e compromettono in modo significativo il funzionamento in diversi ambiti come quello familiare, accademico, sociale, lavorativo o ricreativo (Abramowitz, Jacoby, 2014).

Lo stesso manuale indica come criterio di "significativa interferenza" il tempo di almeno un'ora al giorno spesa nei sintomi.

Nel 2013 è stato pubblicato il DSM-5 e ad oggi si è arrivati alla quinta edizione rivista del manuale, il DSM-5-TR (APA, 2022). Per quanto riguarda il disturbo ossessivo compulsivo, non sono state apportate variazioni significative tra i due manuali quindi la letteratura e la clinica fanno riferimento all'edizione quinta del DSM (APA, 2013).

Il DSM-5 (APA, 2013) presenta diversi interessanti cambiamenti: per prima cosa, introduce un'ulteriore distinzione dello specificatore "insight" (insight buono o sufficiente; insight scarso; insight assente/convinzioni deliranti), termine che fa riferimento alla consapevolezza della persona riguardo alla sua condizione di disturbo mentale o alla corrispondente presenza dei sintomi. Tale modifica è stata apportata con la speranza di migliorare la diagnosi differenziale. Inoltre, è stato incluso un identificatore correlato al tic per distinguere gli individui che presentano una storia attuale o passata di disturbo da tic (Abramowitz, Jacoby, 2014).

Il cambiamento più importante nel DSM-5, tuttavia, è relativo alla rimozione del disturbo ossessivo-compulsivo dalla categoria dei disturbi d'ansia, nonché all'inclusione in una nuova categoria di disturbi chiamata disturbi ossessivo-compulsivi e correlati (OCRD) comprendente il disturbo di disformismo corporeo in cui il pensiero ossessivo è concentrato su imperfezioni del corpo immaginate o esagerate; il disturbo da accumulo, in cui il contenuto del pensiero ossessivo e il conseguente comportamento compulsivo riguardano la tendenza ad accumulare oggetti che non hanno alcun valore oggettivo o sentimentale, dai quali il paziente non può separarsi (per esempio, vecchi giornali, scontrini, spazzatura); la tricotillomania e il disturbo da escoriazione in cui è presente la spinta compulsiva a strapparsi peli o capelli oppure a stuzzicare la pelle con una frequenza che provoca perdita di capelli e peli oppure cicatrici evidenti e talvolta ferite sanguinanti.

In questa classificazione rientrano anche il disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da altre sostanze/farmaci, il disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati con altra specificazione e infine il disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati senza specificazione. In particolare, nel disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da altre sostanze/farmaci i pensieri ossessivi e i comportamenti ripetitivi si verificano a seguito di una intossicazione da sostanze appartenenti alle classi degli stimolanti e dei metalli pesanti; nel disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati con altra specificazione i sintomi ossessivi compulsivi devono avere un' eziologia organica; infine nel disturbo ossessivo compulsivo e disturbi correlati senza specificazione predominano ma non vengono pienamente soddisfatti i criteri relativi alla classe diagnostica DOC e correlati (Lingiardi e McWilliams, 2017).

Questa modifica è stata apportata principalmente per raggruppare i disturbi caratterizzati dalla presenza di pensieri ossessivi e/o comportamenti ripetitivi (APA, 2013) come ad esempio lavarsi continuamente le mani e strapparsi i capelli. Nonostante questo, il DOC sembra avere più in comune con i disturbi d'ansia del DSM-5 che con la maggior parte degli altri OCRD, ad eccezione del disturbo di disformismo corporeo. A tal proposito, Nestadt e colleghi (2001) hanno rilevato che il 13% dei pazienti con disturbo ossessivo compulsivo soddisfa anche i criteri per il disturbo d'ansia generalizzato, il 20,8% per il disturbo di panico, il 36% per la fobia sociale, il 30,7% per le fobie specifiche e il 54,1% per la depressione maggiore ricorrente.

I criteri diagnostici del DSM-5 (APA 2013) per il disturbo ossessivo compulsivo sono i seguenti:

A. Presenza di ossessioni, compulsioni, o entrambi:

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 (per es., lavarsi le mani, riordinare, controllare) o azioni mentali (per es., pregare, contare, ripetere parole mentalmente) 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.

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.

2.2.2 Il Disturbo Ossessivo Compulsivo nell'ICD

L'ICD (*International Classification of Diseases and Related Health Problems*), è il sistema utilizzato per valutare e registrare le cause di morte in diversi paesi del mondo ed è approvato dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità). La prima di queste classificazioni che introdusse una particolare sezione per i disturbi psichici fu l'ICD-6 del 1946, mentre non sono state rilevate differenze significative nelle successive revisioni, fino ad arrivare alla decima edizione (ICD-10) entrata in vigore nel 1993. Nel 2018 è stato pubblicato l'ICD-11 (WHO, 2018). Stein e collaboratori, nel loro articolo del 2014 evidenziavano già l'assenza di variazioni significative per quanto riguarda il disturbo ossessivo compulsivo, questa ipotesi è stata confermata dall'uscita dell'ICD-11 (WHO, 2018). Pertanto, la letteratura e la clinica fanno riferimento alla decima edizione dell'ICD (WHO, 1993).

L'ICD-10, propone una diagnosi descrittiva e ateorica e prevede una valutazione multiassiale; utilizza un sistema alfanumerico in cui le lettere rappresentano le patologie, mentre i numeri rappresentano la categoria diagnostica; ogni disturbo è classificato in base alle caratteristiche cliniche.

L'ICD-10 (WHO, 1993) definisce il DOC "sindrome" e non "disturbo" ma per il resto le due serie di criteri diagnostici sono abbastanza coincidenti. L'ICD-10 evidenzia in particolare la questione della resistenza, cioè la necessità, a scopi diagnostici, che il soggetto abbia cercato o cerchi di opporsi alle ossessioni (tentando di sopprimerle) e/o alle compulsioni (sforzandosi di evitare di eseguire i rituali). Tuttavia, come lo stesso manuale della WHO riconosce, se il disturbo è presente da molto tempo la resistenza può essere minima e, in alcuni casi, persino nulla. In queste situazioni, definite croniche, i cerimoniali vengono messi in atto automaticamente, come abitudine radicata (Dettore, 2002).

Per quanto riguarda la sindrome ossessiva compulsiva (definita con F42), i criteri diagnostici dell'ICD-10 sono:

A. Ossessioni e/o compulsioni sono presenti per la maggior parte dei giorni per un periodo di almeno due settimane.

B. Le ossessioni (pensieri, idee o immagini) e le compulsioni (atti) condividono le seguenti caratteristiche, ognuna delle quali deve essere presente:

- (1) Sono riconosciute come originanti dalla mente del paziente, e non imposte da persone o influenze esterne.
- (2) Sono ripetitive e spiacevoli e almeno una ossessione o compulsione è riconosciuta eccessiva o irragionevole.

(3) Il paziente cerca di resistervi (ma se esse sono di durata molto lunga, la resistenza può essere minima). Dev'essere presente almeno un'ossessione o compulsione alla quale il soggetto ha tentato invano di resistere.

(4) Sperimentare i pensieri ossessivi o portare avanti gli atti compulsivi non è di per sé piacevole (per quanto possa comportare temporaneo sollievo dalla tensione o dall'ansia).

C. Le ossessioni o le compulsioni causano sofferenza o interferiscono con il funzionamento sociale o individuale del soggetto, in genere provocando una perdita di tempo.

D. Criteri di esclusione più comunemente usati. Le ossessioni o le compulsioni non sono dovute ad altre sindromi psichiche, come la schizofrenia e sindromi correlate (F20-F29) o le sindromi affettive (F30-F39).

La diagnosi può essere ulteriormente specificata mediante le seguenti codifiche a quattro cifre:

F42.0 Prevalenti pensieri e ruminazioni ossessive

F42.1 Prevalenti azioni compulsive (rituali ossessivi)

F42.2 Associazione di pensieri ossessivi e azioni compulsive

F42.8 Altre sindromi ossessivo-compulsive

F42.9 Sindrome ossessivo-compulsiva non specificata

2.2.3 Il disturbo ossessivo compulsivo nel PDM

Il PDM (*Psychodynamic Diagnostic Manual*) (PDM, 2006) è un manuale diagnostico psicodinamico basato sulla letteratura clinica e sulla ricerca empirica che rispetta la soggettività del paziente e del terapeuta. Nel 2017 è stata pubblicata la nuova edizione ampliata e completamente rinnovata (Lingiardi e McWilliams) che ha come obiettivi quello di descrivere il funzionamento globale dell'individuo nelle varie fasi del ciclo di vita, dagli aspetti più evidenti fino agli elementi profondi che sono alla base dei suoi pattern cognitivi, emotivi, interpersonali e sociali; e quello di promuovere un'integrazione tra la conoscenza nomotetica e quella idiografica, utile alla pianificazione del trattamento e alla formulazione del caso.

Si propone come integrazione del DSM e dell'ICD, ossia i principali sistemi nosografici in uso attualmente. A tal fine, ogni capitolo del PDM-2 contiene una tabella di concordanza tra le etichette-quadri clinici descritti con quelli inclusi nel DSM-5 e nell'ICD-10.

Il PDM-2 permette al clinico-diagnosta di descrivere in modo specifico per fascia d'età:

- il livello di organizzazione e le sindromi della personalità (Asse P);
- il profilo del funzionamento mentale (considerando dodici capacità o funzioni mentali) (Asse M);

- i pattern sintomatologici, comprese l'esperienza soggettiva che il paziente ha dei propri sintomi e le possibili risposte emotive del terapeuta (Asse S).

L'ordine di valutazione degli assi cambia in funzione della fascia di età ad eccezione della prima infanzia (0-3) che è organizzata in cinque assi (Lingiardi, Muzi, 2018).

Secondo il PDM-2 (Lingiardi e McWilliams, 2017) “le “ossessioni” sono pensieri, impulsi o immagini ricorrenti che irrompono nel funzionamento mentale della persona che ne è affetta; le “compulsioni” sono azioni osservabili, attività mentali o comportamenti ripetitivi che il paziente sperimenta come "obbligatorie" e che interferiscono significativamente con il suo funzionamento con una gravità che varia ampiamente tra i diversi pazienti e, nello stesso paziente, nel corso della vita.” (pg.186)

Il soggetto riconosce le ossessioni come qualcosa che interferisce con il suo funzionamento normale e vive i sintomi ossessivi come intrusivi, egodistonici e disturbanti. Quando non riesce a mettere in atto le compulsioni o i rituali diventa molto spaventato, irascibile o aggressivo.

In generale, l'esordio avviene nell'adolescenza o nella prima età adulta e tende a essere più precoce nei maschi e nei soggetti con un disturbo da tic. Per porre una diagnosi di DOC i sintomi devono essere presenti per almeno due settimane.

In merito all'esperienza soggettiva, il PDM-2 considera con attenzione la dimensione clinica di insight ed evidenzia che nei pazienti con una diagnosi di DOC e buon insight non è rara la depressione, accompagnata da ideazione e propensione al suicidio che sono correlate alla sensazione di incapacità di gestire i sintomi nella vita di tutti i giorni.

I pazienti con scarso insight, al contrario, possono manifestare un sentimento di dolore e di isolamento perché vengono considerati strani e non accettabili da parte degli altri, anche dalle persone più vicine a loro.

Nel caso in cui l'insight è prevalentemente assente e il pensiero è delirante, è probabile che il soggetto proietti la propria aggressività sugli altri, sentendosi, pertanto, isolato o in pericolo.

Per quanto riguarda gli stati somatici, i pazienti affetti da DOC spesso manifestano sintomi d'ansia e in soggetti con ossessioni di contaminazione e compulsioni gravi di pulizia/lavaggio si riscontrano spesso problemi di salute come infezioni ed escoriazioni sulla pelle. Alcuni soggetti lamentano stanchezza e irrequietezza. Inoltre, è opportuno sottolineare che alcuni pazienti con ossessioni e compulsioni possono avere tic motori nel corso della vita.

Il clinico può assumere sia un atteggiamento positivo ed empatico nei confronti di questi soggetti, sia un atteggiamento di scoraggiamento e pessimismo relativo al fatto di non essere in grado di aiutarli.

La qualità della vita e dei pazienti DOC può essere compromessa a causa delle ossessioni e delle compulsioni, così come il funzionamento sociale e relazionale. Generalmente questi soggetti tendono a scegliere partner che li rassicurano rispetto al contenuto dei loro sintomi o che sono disposti a partecipare ai loro rituali compulsivi; tuttavia, nei casi più gravi i soggetti si isolano dalla società.

Infine, sebbene il DOC condivida in parte la stessa “etichetta” diagnostica del disturbo ossessivo-compulsivo di personalità (come definito nel DSM-5) o della personalità ossessivo-compulsiva (come definita nel capitolo 1, asse P) è importante sottolineare la significativa diversità tra le due condizioni.

Mentre i pazienti con DOC possono avere ossessioni e compulsioni specifiche, i soggetti con personalità ossessivo-compulsiva non presentano tali sintomi (Lingiardi e McWilliams, 2017). Piuttosto, come verrà approfondito in seguito, essi presentano tratti di personalità, attitudini e, in generale, un comportamento caratterizzato da eccessivo perfezionismo, bisogno di controllo, ordine ed estrema attenzione al fare le cose nel "modo giusto" (Mancebo et al., 2005).

2.2.4 Il Disturbo Ossessivo Compulsivo di Personalità nel DSM

Il DSM-IV-TR (APA, 2000) descriveva gli otto tratti di personalità del DOCP: rigidità, taccagneria, perfezionismo, eccessiva attenzione per i dettagli, eccessiva devozione per il lavoro, incapacità di liberarsi di oggetti vecchi o inutili, rigidità morale e incapacità di delegare compiti ad altri.

Il DSM-5 (APA, 2013) presenta due gruppi di criteri diagnostici per il riconoscimento del DOCP. Il primo, di tipo categoriale, rimane invariato rispetto al DSM-IV (APA, 1994) e il DOCP risulta caratterizzato da preoccupazioni per l'ordine, perfezionismo e controllo (Starcevic, Brakoulias, 2014). Il secondo insieme di criteri è di tipo dimensionale e costituisce un'alternativa rispetto alla definizione ufficiale; comprende le difficoltà nello stabilire e mantenere relazioni intime, associate a un perfezionismo rigido, inflessibilità e una limitata espressione emotiva. (Mancini, 2016).

Anche per il DOCP, nel DSM-5-TR (APA, 2022) non sono stati riscontrati cambiamenti significativi, per cui la letteratura e la clinica fanno riferimento alla quinta edizione del manuale (APA, 2013).

I criteri diagnostici del DSM-5 (APA 2013) per il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità sono i seguenti:

Un pattern pervasivo di preoccupazione per l'ordine, perfezionismo e controllo mentale e interpersonale, a spese di flessibilità, apertura ed efficienza che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti elementi:

1. È preoccupato/a per i dettagli, le regole, le liste, l'ordine, l'organizzazione o i programmi, al punto che va perduto lo scopo principale dell'attività.
2. Mostra un perfezionismo che interferisce con il completamento dei compiti (per es, è incapace di completare un progetto perché non risultano soddisfatti i suoi standard oltremodo rigidi).
3. È eccessivamente dedito/a al lavoro e alla produttività, fino all'esclusione delle attività di svago e delle amicizie (non giustificati da evidenti necessità economiche).
4. È eccessivamente coscienzioso/a, scrupoloso/a e intransigente in tema di moralità, etica o valori (in modo non giustificato dall'appartenenza culturale o religiosa).
5. È incapace di gettare via oggetti consumati o di nessun valore, anche quando non hanno alcun significato affettivo.
6. È riluttante a delegare compiti o a lavorare con altri, a meno che non si sottomettano esattamente al suo modo di fare le cose.
7. Adotta una modalità di spesa improntata all'avarizia sia per sé che per gli altri, il denaro è visto come qualcosa da accumulare in caso di future catastrofi.
8. Manifesta rigidità e testardaggine.

Inoltre, i soggetti DOCP tendono a divenire turbati e arrabbiati nelle situazioni in cui non riescono a mantenere il controllo sull'ambiente fisico e interpersonale. La rabbia, tuttavia, non viene espressa in modo diretto e manifesto, ma piuttosto assume la forma di ruminazioni o, talvolta, di espressione di sdegno per cose meno importanti.

Per contro, l'affettività viene espressa in maniera molto controllata o esagerata e i soggetti con questo disturbo possono sentirsi a disagio di fronte alle manifestazioni emotive altrui e provare difficoltà a esprimere sentimenti teneri e a fare complimenti, pertanto, le loro relazioni quotidiane sono caratterizzate da formalità e serietà.

Questi individui possono riscontrare difficoltà in ambito lavorativo, specialmente in caso di situazioni nuove in cui è richiesta elasticità.

Il DOCP, secondo il DSM-5, è uno dei disturbi di personalità più diffuso nella popolazione generale con una stima di prevalenza che va da 2,1 a 7,9%. Inoltre, risulta essere prevalente nei maschi, con un rapporto di 2:1 rispetto alle femmine (APA, 2013).

Gli individui con disturbi d'ansia, compresi il disturbo d'ansia generalizzata, il disturbo d'ansia sociale (fobia sociale) e le fobie specifiche, e il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC),

presentano una maggiore probabilità di avere un'alterazione di personalità che soddisfi i criteri per il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità.

Per quanto riguarda la diagnosi differenziale, è importante distinguere il DOCP da altri tre disturbi di personalità: quello narcisistico, l'antisociale e quello schizoide.

Anche i soggetti con disturbo narcisistico di personalità possono essere molto attenti al perfezionismo e credere che gli altri non sappiano fare le cose altrettanto bene, ma questi individui generalmente ritengono di avere raggiunto la perfezione mentre i soggetti DOCP sono solitamente critici verso sé stessi.

La mancanza di generosità caratterizza anche le personalità antisociali, che tuttavia sono prodighe con se stesse mentre i pazienti DOCP sono particolarmente avari sia nei confronti di se stessi che degli altri.

Inoltre, sia il DOCP sia il disturbo schizoide di personalità possono contraddistinguersi da apparente distacco sociale e intransigenza. Nel primo caso questo è dovuto dal disagio nei confronti delle emozioni e da un modo di lavorare eccessivamente metodico mentre nel secondo caso vi è una fondamentale incapacità di intimità.

Infine, nonostante la somiglianza dei nomi, è facile distinguere il DOC dal DOCP poiché nel primo caso sono presenti reali ossessioni e compulsioni, che invece sono assenti nel disturbo di personalità (APA 2013).

Tuttavia, è possibile che i due quadri si presentino in comorbilità ma una personalità ossessiva non è un prerequisito per lo sviluppo di un disturbo ossessivo compulsivo (Dettore, 2002).

2.2.5 Il Disturbo Ossessivo Compulsivo di Personalità nell'ICD

Le descrizioni cliniche del DOCP illustrate nel DSM-5 e nell'ICD-10 coincidono quasi del tutto e forniscono una descrizione dettagliata del quadro.

L'ICD-10 (WHO, 1993) elenca i seguenti criteri diagnostici per il disturbo di personalità anancastico:

Nota La condizione è spesso chiamata DOCP.

A. Devono essere soddisfatti i criteri generali per i disturbi di personalità

B. Devono essere presenti almeno quattro dei seguenti aspetti:

- (1) sentimenti di eccessivo dubbio e cautela;
- (2) preoccupazione per i dettagli, le regole, gli elenchi, l'ordine, l'organizzazione o i programmi;
- (3) perfezionismo che interferisce con il completamento dei compiti;
- (4) coscienziosità e scrupolosità eccessive;

- (5) preoccupazione eccessiva per la produttività fino all'esclusione del piacere e delle relazioni interpersonali;
- (6) eccessiva pedanteria e adesione alle convenzioni sociali;
- (7) rigidità e cocciutaggine;
- (8) irragionevole insistenza che gli altri si sottomettano esattamente al proprio modo di fare le cose o riluttanza a permettere agli altri di fare le cose.

Per quanto riguarda il disturbo di personalità, nell'ICD-11 (WHO, 2018) si assiste a un cambiamento significativo rispetto all'ICD-10 e al DSM-5. Il sistema delle singole categorie è sostituito da cinque domini monotetici (affettivo negativo, distaccato, dissociale, disinibito, anancastico) (Bucci, 2017).

A tal proposito, l'ICD-11 evidenzia come il dominio del tratto anancastia sia caratterizzato da rigidi standard di perfezione e di ciò che è considerato giusto o sbagliato e dall'importanza di controllare le situazioni, il proprio comportamento e quello degli altri per garantire che questi standard vengano rispettati. Le manifestazioni comuni di questo tratto di personalità includono il perfezionismo (ad esempio preoccupazione per le regole sociali, gli obblighi e le norme di giusto e sbagliato, scrupolosa attenzione ai dettagli, routine quotidiane rigide e sistematiche, eccessiva programmazione e pianificazione, enfasi su organizzazione, ordine e pulizia); ed i vincoli emotivi e comportamentali (ad esempio: rigido controllo sull'espressione emotiva; testardaggine e inflessibilità; evitamento del rischio; perseveranza) (WHO, 2018).

2.2.6 Il Disturbo Ossessivo Compulsivo di Personalità nel PDM

Il PDM (PDM, 2006) e il PDM-2 (Lingiardi e McWilliams, 2017) descrivono come gli individui con una personalità ossessivo-compulsiva siano rigidi di fronte alle emozioni e si difendano da queste e da desideri minacciosi assumendo un atteggiamento distaccato e poco empatico. Inoltre, essi si dedicano estremamente al lavoro a scapito delle relazioni e del tempo libero e sono tormentati dal rispetto per le regole, l'ordine, l'organizzazione, le procedure e i programmi. Al tempo stesso, la loro personalità è caratterizzata da uno stile difensivo contraddistinto dal ricorso all'intellettualizzazione, alla razionalità e alla rigidità.

In altre parole, questi individui manifestano una forte resistenza a lasciare che i sentimenti e le situazioni siano "fuori controllo"; la genesi di tale caratteristica può essere collegata alle difficoltà sperimentate nel rapporto con i care-giver o con figure di autorità. A tal proposito, Reich (1933) definisce questi individui come "macchine viventi" che sembrano essersi identificati con care-giver che avevano aspettative di maturità molto più elevate rispetto a quelle

normalmente attese per la loro età. In effetti, un ulteriore contributo allo sviluppo di questo stile di personalità è correlato a genitori particolarmente controllanti.

I soggetti DOCP tendono inoltre ad auto-criticarsi in modo aspro ponendo standard esageratamente elevati sia verso se stessi che verso gli altri. La loro propensione a perdersi nei dettagli e a voler fare le cose alla perfezione li porta a incontrare difficoltà nel prendere decisioni.

Sotto all'apparente inflessibilità che caratterizza i soggetti DOCP si celano preoccupazioni relative al tema del controllo e un pervasivo conflitto inconscio tra il desiderio di conformarsi alle richieste altrui (che scatena rabbia e vergogna) e la voglia di ribellarsi (che porta a sentimenti di ansia e timore di ritorsioni).

In terapia, gli individui con personalità ossessivo-compulsiva cercano di essere cooperativi, ma inconsciamente resistono ai tentativi di esplorare il loro mondo affettivo. Possono altresì manifestare implicitamente un atteggiamento oppositivo arrivando tardi in seduta o dimenticandosi di pagare. Talvolta, durante la seduta, possono non rispettare i turni della conversazione e interrompere il terapeuta.

D'altra parte, il clinico può percepire la relazione terapeutica come una lotta di potere: quando il paziente non partecipa emotivamente alla seduta terapeutica bensì tende a trattare argomenti irrilevanti o marginali, il terapeuta può sperimentare sentimenti di intolleranza ed esasperazione. Un trattamento realmente efficace dovrebbe prendere in considerazione tutti quegli aspetti della personalità che gli individui ossessivo-compulsivi provano a reprimere in ogni modo.

Riassumendo, il PDM-2 indica come principali le seguenti caratteristiche del disturbo di personalità ossessivo-compulsivo:

- Aspetti costituzionali: possibile aggressività, irritabilità e tendenza a essere metodici e ordinati;
- Tensione/preoccupazione principale: sottomissione vs ribellione nei confronti di un'autorità controllante;
- Affetti principali: rabbia, colpa, vergogna, paura;
- Credenza patogena caratteristica relativa a se stessi: "la maggior parte delle emozioni è pericolosa e va tenuta sotto controllo";
- Credenza patogena caratteristica relativa agli altri: "gli altri sono meno precisi e ordinati di me e per questo motivo devo controllare quello che fanno e resistere al loro controllo".

- Modi principali di difendersi: isolamento degli affetti, formazione reattiva, intellettualizzazione, moralismo, annullamento retroattivo (Lingiardi e McWilliams, 2017).

Mancini, nel suo libro del 2016, riporta che, un'ampia letteratura (Suzuki, 2005; Lochner et al., 2011; Starcevic, Brakoulias, 2014) si è occupata della relazione tra DOC e DOCP. I due disturbi sembrano essere caratterizzati da dimensioni comuni quali la preoccupazione per l'ordine e i dettagli, la paura di commettere errori, il dubbio in relazione alle azioni, l'inflessibilità e il perfezionismo. Quest'ultimo e la sua relazione con il disturbo ossessivo compulsivo saranno oggetto del prossimo capitolo.

CAPITOLO TRE

IL PERFEZIONISMO NEL DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO E IL CASO THE AVIATOR

3.1 Il perfezionismo

Il termine "perfezionismo" si riferisce al desiderio di un individuo di raggiungere i più alti standard di prestazione, in combinazione con valutazioni eccessivamente critiche delle proprie performance (Frost et al., 1990).

Gli individui perfezionisti percepiscono come insoddisfacente qualsiasi performance inferiore a quella considerata perfetta e prestano attenzione in modo selettivo agli indizi che indicano che i loro standard non sono stati rispettati (Hamacheck, 1978; Burns, 1980; Pacht, 1984). Pertanto, è probabile che siano spesso insoddisfatti delle loro prestazioni in quanto si pongono costantemente delle aspettative che non sono in grado di soddisfare.

Le teorie cognitive relative al disturbo ossessivo-compulsivo sostengono che il pensiero perfezionistico contribuisca a certi tipi di ossessioni come il dubbio di non essere in grado di controllare la propria salute, dubbi sul corretto completamento di un compito o ad attività compulsive come il fare una determinata cosa finché non sembra "giusta" (McFall e Wollersheim, 1979).

Il perfezionismo risulta quindi implicato nello sviluppo e nel mantenimento del DOC, in particolare, esso è collegato a vari sintomi tra cui ordinare, controllare, pulire e accumulare (Pinto et al., 2017).

Francesetti, nel suo articolo del 2017, definisce il perfezionismo come il tentativo di chiudere l'esperienza ed arrivare a un punto di compimento. *Perfecto* significa etimologicamente "finito, concluso", la tensione continua verso un'esperienza di compiutezza senza mai trovare sollievo è ciò che caratterizza chi soffre di ossessioni. *Perfecto* significa anche "morto", chi soffre di DOC pensa infatti al suicidio come mezzo per porre fine a una lotta infinita. A tal proposito, il DSM-5 evidenzia come pensieri suicidari si verifichino in circa la metà degli individui con disturbo ossessivo-compulsivo mentre i tentativi di suicidio si riscontrano in più di un quarto degli individui affetti da DOC (APA, 2013).

I temi del disturbo ossessivo-compulsivo e del perfezionismo vengono rappresentati chiaramente nel film *The Aviator* (2004), che verrà analizzato qui di seguito.

3.2 Il caso The Aviator

The Aviator, è un film del 2004 diretto da Martin Scorsese che narra la storia vera dell'aviatore, regista e produttore cinematografico texano Howard Hughes, uomo eccentrico, geniale e dalla personalità complessa interpretato da Leonardo Di Caprio. Hughes soffriva di disturbo ossessivo compulsivo e durante la pellicola è possibile assistere al suo lento declino.

Il film è ambientato in California e ripercorre la vita di Hughes dagli anni '20 fino alla fine degli anni '40, anni durante i quali egli divenne regista di successo e grande aviatore.

All'età di 22 anni, grazie anche al vasto patrimonio ereditato dalla sua famiglia, Hughes inizia la sua attività dirigendo il film muto "Gli Angeli dell'Inferno" (1930). Tuttavia, al termine delle riprese rimane colpito dal primo film sonoro della storia del cinema e decide di trasformare il suo film in un sonoro. Nonostante la produzione particolarmente lunga e dispendiosa il film si rivela un successo anche se il regista rimane comunque insoddisfatto.

Successivamente instaura una relazione sentimentale l'attrice Katharine Hepburn, la quale lo aiuterà nei momenti in cui il suo disturbo ossessivo compulsivo sarà più problematico.

Nel 1935 Hughes esegue il primo test di velocità aerea con lo Hughes H-1 Racer stabilendo un nuovo record e negli anni successivi compie il giro del mondo in 4 giorni. Nel 1939 acquista la quota di maggioranza della compagnia aerea TWA.

La sua relazione con Katharine Hepburn finisce definitivamente e Hughes conosce la quindicenne Faith Domergue e l'attrice Ava Gardner che avrà un ruolo molto importante nella sua vita.

Nel 1942, con l'entrata in guerra degli Stati Uniti, Hughes dà vita al progetto per la costruzione dell'H-4 Hercules, un gigantesco idrovolante pensato per trasportare le truppe e il materiale bellico in Europa. Quando la guerra finisce il velivolo non è ancora stato collaudato e il governo degli Stati Uniti perde totalmente interesse per il progetto ma Hughes continua a lavorarci fino al 2 novembre 1947, giorno in cui l'Hercules vola per la prima volta sul porto di Los Angeles. Tuttavia, a seguito di un grave incidente durante un volo di prova e un'inchiesta federale ordinata dal senatore Brewster i sintomi del disturbo ossessivo compulsivo di Hughes peggiorano obbligandolo a una reclusione di quasi tre mesi.

In questo periodo di grande malessere l'aiuto di Ava Gardner sarà essenziale e permetterà a Hughes di presenziare all'udienza e vincere il processo.

Il finale del film vede Hughes di nuovo all'apice del successo, ma mai realmente libero dal disturbo che lo ha sempre contraddistinto.

La storia di Howard Hughes fornisce un caso di studio in cui viene chiaramente rappresentata la complessità del disturbo ossessivo compulsivo e le relative conseguenze positive e negative. Nonostante la lotta contro il DOC, Hughes è riuscito ad affermarsi nel corso della sua vita, anche se alcune “sfere” sono state maggiormente coinvolte.

3.2.1 Le tre “sfere” di funzionamento

La sfera delle relazioni personali risulta essere quella più colpita dai sintomi del disturbo del signor Hughes.

Fin da piccolo Hughes veniva sottoposto ad un vero e proprio rituale da parte della madre, che era solita lavarlo con una saponetta mentre lo istruiva su malattie come il Tifo e il Colera, sottolineandogli come non fosse mai totalmente al sicuro dai pericoli di contaminazione.

Come suggerisce Mandarelli nel suo articolo del 2014, l'eziopatogenesi del disturbo ossessivo compulsivo sembra essere multifattoriale. In questo caso vi è infatti un'evidente dimensione genetica che accomuna il comportamento di Hughes con quello della madre; tuttavia, è possibile evincere anche l'apprendimento di uno stile educativo. La combinazione tra l'ereditarietà e l'esperienza costituisce un fattore di rischio per la genesi e lo sviluppo del suo disturbo.

Durante la visione del film si può notare come il protagonista sia ossessionato dai cibi crudi, tanto da passare minuti interi a fissarli quando li ritrova a tavola, immaginando la proliferazione di germi e batteri. Inoltre, è solito ordinare latte rigorosamente in bottiglia con la capsula intatta e perde il controllo ed è invaso da sensazioni di disgusto se qualcuno entra in qualche modo a contatto con il cibo che è in procinto di mangiare.

Quando guida il suo aeroplano privato il protagonista rivestire la cloche con il cellophane perché sostiene che la gente abbia delle “porcherie” sulle mani di cui è meglio non sapere l'origine. Inoltre, inventa scuse (come l'aver le mani sporche di grasso) per evitare il contatto fisico quando deve salutare i suoi colleghi.

In una sequenza drammatica si rinchioda per quasi tre mesi nella sua sala di proiezione privata in seguito ad una minaccia di convocazione per un'udienza pubblica. È possibile desumere come questa sia una prova della dimensione di disturbo. Il livello di funzionamento adattivo di Hughes viene infatti compromesso dopo un evento stressante.

Durante questo periodo, il protagonista assume un aspetto trasandato, trascura la sua igiene personale e trascorre il tempo guardando ripetutamente i suoi film, domandandosi in modo ossessivo se il latte ordinato sia bevibile. Successivamente descrive in modo compulsivo l'esatta sequenza di azioni necessarie per berlo.

Elenca inoltre indicazioni precise per la preparazione del suo cibo, sostenendo che la presenza di variazione delle istruzioni, seppure infinitesimale, avrebbe comportato l'annullamento dell'intero procedimento, il quale avrebbe dovuto essere ripetuto dal principio.

Nel corso di questo lungo periodo di auto-isolamento e di sofferenza psichica, accetta di incontrare solo l'amica Ava Gardner, che si rivela essenziale nell'attenuare la sintomatologia ormai invalidante di Hughes. Tuttavia, la remissione dei sintomi risulta solo temporanea.

Il PDM-2 sottolinea come anche nella depressione sia possibile riscontrare una compromissione nel funzionamento lavorativo e relazionale del soggetto, una riduzione del tono dell'umore, una perdita d'interesse per quasi tutte le attività e infine ruminazioni continue riguardo ai propri fallimenti (Lingiardi e McWilliams, 2017). Tuttavia, quando i sintomi del DOC del signor Hughes migliorano, il disturbo dell'umore tende a scomparire. Per questo motivo non si può parlare di depressione.

In riferimento alla sfera delle relazioni interpersonali Hughes dimostra più volte di essere in grado di mitigare gli effetti dei suoi pensieri ossessivi e delle sue azioni compulsive, presentandosi come una persona dotata di carisma e dimostrando una grande fiducia verso sé stesso. Tuttavia, quando il disturbo prende il sopravvento manifesta comportamenti eccentrici che spesso risultano irragionevoli e/o esagerati. Ne è un esempio la scena del pranzo a casa della famiglia Hepburn, dove lo stress dato dall'ambiente e alcuni atteggiamenti svalutanti dei commensali, combinato con la natura del suo disturbo, producono un momento esplosivo che lascia un'impressione profondamente negativa sulla famiglia Hepburn, persone che Hughes sperava di impressionare. Il PDM-2 permette di comprendere come la modalità di comportamento del soggetto affetto da DOC non sia sempre uguale: nei momenti in cui la sintomatologia è più acuta, l'intero funzionamento del soggetto è compromesso. Lo stesso manuale evidenzia molto bene l'utilizzo in questo quadro di meccanismi di difesa diversi in base alla gravità della sintomatologia, si rimanda per approfondimenti il successivo paragrafo relativo all'interpretazione clinica.

Soffermandosi brevemente sul modo in cui la relazione tra Hughes e Katharine impatti sul suo disturbo e viceversa, durante le fasi iniziali del rapporto, si può osservare il protagonista riuscire a condividere con la partner la sua bottiglia di latte senza essere assalito dai pensieri ossessivi, risultandone, invece, soddisfatto. Condivide inoltre con lei di essere consapevole di provare talvolta sensazioni e idee irrazionali in merito a cose che probabilmente non esistono.

Tuttavia, nel corso della loro relazione, alcuni eventi fonte di stress contribuiscono ad aggravare la sintomatologia.

A causa del continuo bisogno del protagonista di soddisfare determinate aspettative sotto i riflettori e dell'incessante ricerca di perfezione nel campo dell'aviazione, si innescano una serie di tensioni che portano alla rottura della relazione. Questo evento comporta complicazioni nel quadro di Hughes che, nell'immediato, reagisce bruciando tutti i suoi vestiti.

Successivamente, intraprende una relazione con la giovane attrice Faith Domergue. Relazione che termina a causa dell'amore di Hughes nei confronti di Ava Gardner.

A livello relazionale, il protagonista dimostra di avere buone competenze. Il legame di profonda amicizia che instaura con Ava gli impedisce infatti di arrivare a toccare il limite. Come mostra la letteratura clinica, la modalità relazionale e affettiva delle persone affette da disturbo ossessivo compulsivo può essere intaccata da determinati eventi. Nel caso di Hughes, nonostante la gravità del quadro sintomatologico, la dimensione affettiva sembra non essere compromessa.

Per quanto riguarda la sfera lavorativa, emerge soprattutto l'aspetto del perfezionismo.

Ad un certo punto durante la produzione del suo film "Gli angeli dell'inferno" Hughes risulta insoddisfatto dal girato, poiché si accorge che le scene di combattimento girate nelle giornate di cielo sereno non rendono l'idea del moto veloce degli aerei. Assume dunque un meteorologo al fine di ricercare una località attraversata da perturbazioni per effettuare nuovamente le riprese dei combattimenti, queste volte con le nuvole di sfondo. Solamente dopo 8 mesi riesce a rigirare tutte le scene.

Gli Angeli dall'inferno risulta ormai finito e pronto per la distribuzione in sala, quando Hughes assiste alla proiezione del primo film girato col sonoro (Il cantante di jazz. Alan Crosland, 1927). Per paura, dunque, che risulti subito come un fenomeno datato, decide di rigirare dal principio il proprio film in sonoro, per un costo totale di quasi 4 milioni di dollari. Una volta distribuito, dopo ben cinque anni di produzione totale, nonostante l'enorme successo di critica e pubblico, rimane comunque in parte insoddisfatto del risultato finale.

Nel caso di Huges, il perfezionismo lo ha condotto a correre grandi rischi, che nella maggior parte dei casi lo hanno portato ad ottenere eccellenti risultati e stabilire record che tutt'oggi risultano imbattuti sul piano professionale. Alla luce di quanto riportato sopra, la sintomatologia del protagonista risulta intaccare solo parzialmente l'aspetto relazionale nel momento in cui diventa così forte da non permettergli di uscire di casa. Per quanto riguarda il funzionamento intellettuale si può invece osservare come esso non sia minimamente compromesso, Hughes appare infatti una persona brillante e molto intelligente.

In conclusione, l'ossessione del protagonista per la perfezione può considerarsi in alcuni casi adattiva. È necessario tenere conto però, come mostrato in diverse scene, che quando risulta particolarmente stressato dal lavoro, la sintomatologia del suo disturbo ossessivo compulsivo si aggrava.

3.3 Interpretazione clinica

In generale, in base alla descrizione fatta nel secondo capitolo rispetto ai criteri del disturbo ossessivo compulsivo, il protagonista sembra aver raggiunto la positività per questa diagnosi poiché risulta soddisfare i criteri A, B, C e D del DSM-5 (APA, 2013).

Per quanto riguarda la sfera personale, il DSM-5 evidenzia tra le dimensioni sintomatologiche comuni quelle di pulizia (ossessioni di contaminazione e compulsioni di pulizia) e quelle di simmetria (ossessioni di simmetria e compulsioni di ripetizione, ordine e conteggio). Inoltre, alcuni autori (Mancini et al. 2001; Berle e Phillips 2006) sostengono che il disgusto giochi un ruolo fondamentale nelle persone con DOC, in particolare per quanto riguarda la sensazione di contaminazione e le compulsioni di lavaggio (*washing*) (Ferracuti et al., 2017). I soggetti che soffrono di disturbi da contaminazione si distinguono per il timore di ammalarsi entrando in contatto con qualche germe o sostanza contaminante che non comprende solo lo sporco oggettivo ma anche urine, feci, sangue, carne cruda, persone malate (Melli, 2011). Infine, come riportato nel DSM-5, nella messa in atto delle compulsioni alcuni individui riportano un senso di "incompletezza" che li assilla finché le cose non danno l'impressione di essere "giuste". (APA, 2013). A tal proposito, la letteratura clinica ha evidenziato che un fenomeno piuttosto caratteristico del DOC e non di altri disturbi d'ansia (Ghisi et al., 2010) è costituito dalle *not just right experiences*, vale a dire quelle sensazioni di aver compiuto qualcosa "non nel modo giusto" e che portano i pazienti DOC a compiere ripetutamente la stessa azione (Mannino, 2011). Rispetto a queste riflessioni cliniche, nel corso della narrazione cinematografica del film è possibile individuare comportamenti del protagonista riconducibili ai criteri caratteristici del DOC come, ad esempio, l'ossessione per i cibi crudi, il latte sigillato, il senso di disgusto, il rivestire la cloche del suo aeroplano con il cellophane.

Il DSM-5 (APA, 2013) e gli studi di Mataix-Cols (2013) relativi alle influenze genetiche dimostrano come il rischio di sviluppare il DOC vari in base al grado di parentela. In particolare, tra i parenti di primo grado di soggetti con esordio del DOC in età infantile o in adolescenza il tasso aumenta di 10 volte (APA, 2013). In aggiunta, Balachander e colleghi (2019) hanno riscontrato una concordanza familiare di DOC nei disturbi da contaminazione, da controllo e

ordine e simmetria. A tal proposito, durante il film si può ipotizzare che la madre del protagonista soffrisse a sua volta di disturbo ossessivo compulsivo.

Tra i fattori precipitanti per l'aggravarsi della sintomatologia, il PDM-2 annovera gli eventi stressanti (Lingiardi e McWilliams, 2017). Nel corso del film si può osservare come la chiamata in giudizio per gravi violazioni della legge e la rottura della relazione con il partner costituiscano due eventi stressanti che hanno avuto un forte impatto per l'aggravarsi della sintomatologia del protagonista.

Tuttavia, in seguito ad un importante peggioramento del disturbo, il PDM-2 mette in luce che alcune ossessioni e compulsioni possono andare in remissione quando il soggetto che ne soffre ha l'occasione di esprimere i sentimenti collegati a esperienze difficili, specialmente la delusione, il dolore e la rabbia (Lingiardi e McWilliams, 2017). È possibile riscontrare questo aspetto in particolare nella relazione tra il protagonista e Ava Gardner.

Per quanto riguarda la sfera delle relazioni interpersonali, i soggetti affetti da DOC possono talvolta apparire bizzarri di fronte agli altri e suscitare diffidenza (Mandarelli, 2014). Il PDM-2 riporta infatti che il disturbo ossessivo compulsivo può influenzare negativamente il funzionamento relazionale e nei casi più gravi il soggetto può arrivare all'isolamento sociale. In generale, gli individui affetti da DOC tendono a rimanere nelle relazioni se hanno la possibilità di controllare il partner o scelgono partner che li rassicurino rispetto al contenuto dei loro sintomi (Lingiardi e McWilliams, 2017). Nel corso della narrazione cinematografica è possibile osservare l'impatto positivo e negativo del disturbo del protagonista nella relazione con Katharine.

Di fronte a situazioni, persone o cose in grado di innescare le ossessioni e le compulsioni i soggetti affetti da DOC tendono a mettere in atto l'evitamento (APA, 2013). Inizialmente questa strategia comportamentale può essere legata ad una situazione in particolare ma poi tende ad espandersi a tutti i contesti di vita del paziente andando così ad interferire con il normale svolgimento delle attività quotidiane. Ne consegue una vita molto limitata e circoscritta determinata dal tentativo di sfuggire all'ansia evitando così determinate situazioni (Spagnulo, 2012). Durante il film, è possibile riscontrare come questo meccanismo costituisca un fattore del peggioramento del disturbo del protagonista. Nonostante in diverse situazioni egli dimostri di possedere difese adattive poiché è in grado di provare un'ampia gamma di affetti e di interagire con le persone che lo circondano, in seguito a situazioni particolarmente stressanti e considerate minacciose le difese vengono meno e si verifica una parziale distorsione della realtà.

Il PDM-2 considera molto importante la dimensione di insight che varia lungo un *continuum* (Lingiardi e McWilliams, 2017). Nel corso della narrazione cinematografica emerge come l'insight del protagonista sia complessivamente sufficiente poiché egli stesso riconosce e condivide con il partner come le sue ossessioni siano irrazionali e interferiscano con il flusso dei pensieri. Tuttavia, nei momenti di maggior scompensamento il suo delirio arriva a toccare picchi abbastanza considerevoli, ad esempio quando brucia i suoi vestiti in seguito alla rottura della relazione sentimentale.

In merito alla sfera lavorativa, Pinto e collaboratori (2017) hanno evidenziato come il disturbo ossessivo compulsivo sia una patologia invalidante che comporta gravi implicazioni negli ambienti sociali e lavorativi della persona che ne soffre. In particolare, nelle manifestazioni sintomatologiche da moderate a severe il funzionamento generale del soggetto DOC, e specialmente quello lavorativo, può essere interamente compromesso (Mandarelli, 2014).

Per oltre cento anni, il disturbo ossessivo compulsivo è stato spesso associato al perfezionismo (Lombardo e Violani, 2011), questo aspetto viene evidenziato anche nel DSM-5 (APA, 2013) insieme alla tendenza di questi soggetti a sovrastimare la minaccia, all'intolleranza dell'incertezza e a un'elevata importanza attribuita ai pensieri e al bisogno di controllarli. Nel corso della narrazione cinematografica è possibile riscontrare come nel protagonista emergano frequentemente queste convinzioni disfunzionali, in particolar modo in ambito lavorativo.

I soggetti DOC, inoltre, tendono a non accontentarsi mai rispetto a ciò che fanno, risulta esserci sempre qualcosa che non sembra del tutto giusta o qualche piccolo dettaglio che appare strano (Frost, 1990; McWilliams, 1994). Durante il film questi aspetti emergono nei comportamenti messi in atto dal protagonista, in particolar modo quando rigira interamente il film solo per aggiungere il sonoro e si dimostra comunque insoddisfatto del risultato finale.

Sebbene il perfezionismo sia una caratteristica riscontrabile anche del disturbo ossessivo compulsivo di personalità e i due disturbi possano presentarsi in comorbidità, il PDM-2 sottolinea che, mentre il DOC è caratterizzato dalla presenza di ossessioni e compulsioni specifiche, il DOCP non presenta tali peculiarità ma piuttosto tratti di personalità caratterizzati da perfezionismo, rigidità morale e difficoltà a delegare i propri compiti ad altri (Lingiardi e McWilliams, 2017). Nel corso del film, la differenza tra quadro clinico franco e tratto di personalità viene sufficientemente evidenziata poiché accanto a un'estrema ricerca di perfezionismo in ambito lavorativo emerge un'ampia propensione da parte del protagonista ad affidarsi ai suoi collaboratori. Si riscontra inoltre la sintomatologia ossessiva compulsiva

caratteristica del DOC; pertanto, non è possibile parlare di disturbo ossessivo compulsivo di personalità.

CONCLUSIONI

Intricato e sfaccettato, il disturbo ossessivo compulsivo risulta essere in grado di rappresentare la complessità della mente umana. Esso si verifica in tutto il mondo, colpendo oltre 100 milioni di persone (Abramowitz e Siqueland, 2016) con una sostanziale similarità tra culture nella distribuzione di genere e nell'età di esordio.

Nonostante la sua eterogeneità, attualmente la pratica clinica distingue sei varie forme di DOC (disturbi da contaminazione, disturbi da controllo, superstizione eccessiva, ordine e simmetria, accumulo/accaparramento e ossessioni pure) (Melli, 2011), che contribuiscono a una visione più dettagliata del quadro.

Tramite l'analisi delle cause scatenanti del disturbo, è possibile osservare come esso sia la risultante di diversi fattori, ribadendo l'importanza di un approccio multidisciplinare per la sua completa comprensione.

Nonostante la sovrapposizione del DOC con la sintomatologia del disturbo ossessivo compulsivo di personalità sia stata per molto tempo oggetto di dibattito tra vari autori (Mancini, 2016), l'analisi delle classificazioni dei principali manuali psicodiagnostici, il DSM e l'ICD, integrati con il PDM, ha posto in luce sostanziali differenze, in particolare il fatto che nel DOC siano presenti reali ossessioni e compulsioni, che invece risultano assenti nel DOCP, inoltre nel primo caso il paziente riconosce come intrusivi i propri sintomi e desidera eliminarli mentre nel secondo caso il paziente considera adattive le proprie caratteristiche di personalità. Ciononostante, la letteratura clinica ha evidenziato che entrambi i quadri risultano essere caratterizzati dalla presenza del perfezionismo.

Spesso l'affascinante e incomprensibile aspetto del disagio psichico è stato utilizzato nel cinema per intrattenere, commuovere e far riflettere il pubblico. Il caso *The Aviator* fornisce una panoramica della complessità del disturbo ossessivo compulsivo e di come la dimensione del perfezionismo possa plasmare il vissuto del soggetto. Utilizzando il film come caso clinico è stato possibile riscontrare come molte caratteristiche del protagonista siano riconducibili alla letteratura clinica e in particolare ai criteri che il DSM-5 (APA, 2013) propone per la diagnosi del DOC.

Da questo mio lavoro di tesi si può quindi evincere come il perfezionismo risulti considerevolmente correlato al disturbo ossessivo compulsivo e nonostante in alcuni casi esso contribuisca al raggiungimento del successo, in molti altri si configura come fonte di un marcato disagio.

Per concludere, nel suo libro *Cose che nessuno sa* (2011), Alessandro d'Avenia scrisse che la “perfezione è sempre a un gradino dalla perfezione”. Desidero riportare questa frase che a mio parere ben riassume l'incessante ricerca da parte dell'individuo di raggiungere qualcosa di irraggiungibile, poiché anche quando essa sembrerà impeccabile, ci sarà sempre da parte sua la possibilità e la volontà di migliorare, dando vita a un circolo vizioso destinato a non vedere mai una fine.

BIBLIOGRAFIA

Abramowitz J.S. & Siqueland L. (2016). Disturbo ossessivo-compulsivo. In: Castonguay L.G., Oltmanns T.F., a cura di, *Psicologia clinica e psicopatologia. Un approccio integrato*. Milano: Raffaello Cortina.

Abramowitz, J. S., & Hellberg, S. N. (2020). Scrupulosity. In *Advanced Casebook of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* (pp. 71-87).

Abramowitz, J. S., & Jacoby, R. J. (2014). Obsessive-compulsive disorder in the DSM-5. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(3), 221.

Aletti, V., & Di Fiorino, A. (2012). La psicoterapia cognitivo comportamentale nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo. *Psichiatria e Territorio*, 28.

Alvarenga, P. G., Cesar, R. C., Leckman, J. F., Moriyama, T. S., Torres, A. R., Bloch, M. H. & do Rosario, M. C. (2015). Obsessive-compulsive symptom dimensions in a population-based, cross-sectional sample of school-aged children. *Journal of psychiatric research*, 62, 108-114.

American Psychiatric Association (1994). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM-IV* (4° ed.)

American Psychiatric Association (2000). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM-IV-TR* (4° ed. rivista).

American Psychiatry Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.* Arlington: American Psychiatric Publishing

Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V., & Swinson, R. P. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviour research and therapy*, 36(12), 1143-1154.

Balachander, S., Kannampuzha, A., Karle, H., Bhattacharya, M., Das, A., Kodancha, P., Mitra, S., Vs, S., Narayanaswamy, J., Arumugham, S., Reddy, Y.C., Jain, S. & Viswanath, B. (2019). Familial patterns of symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *European Neuropsychopharmacology*. 29. S250. 10.1016

Baxter, L. R. jr., Ackermann, R. F., Swerdlow, N. R., Brody, A. L., Saxena, S., Schwartz, J. M., Gregoritch, J. M., Stoessel, P. W., & Phelps, M. E. (2000). Specific brain system mediation of obsessive-compulsive disorder responsive to either medication or behavior therapy. In W. K. Goodman, M. V. Rudorfer, & J. D. Maser (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder. Contemporary issues in treatment* (pp. 573-609). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Biondi M., Bersani F.S. & Valentini M. (2014). IL DSM-5: l'edizione italiana. *Rivista Psichiatria* 49(2):57-60.

- Bogetto, F., Maina, G., & Albert, U. (2000). Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) and triggering life events. *The European Journal of Psychiatry*, 14(3), 180-188.
- Bogetto, F., Venturello, S., Albert, U., Maina, G. & Ravizza, L. (1999). Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 14, 434-441
- Brakoulias, V., Starcevic, V., Belloch, A., Dell'osso, L., Ferrão, Y. A., Fontenelle, L. F., Lochner, C., Marazziti, D., Martin, A. & Matsunaga, H., (2016). International prescribing practices in obsessive– compulsive disorder (OCD). *Hum Psychopharmacol*. 31(4), 319-24.
- Brakoulias, V., Starcevic, V., Berle, D., Sammut, P., Milicevic, D. & Moses, K. (2013). Further support for five dimensions of obsessive-compulsive symptoms. *Nerv Ment Dis*. 201:452-9.
- Bucci P. (2017). Il draft del capitolo sui disturbi mentali dell'ICD-11: un aggiornamento per il clinico. *Riv Psichiatr*. 52(3):95-100.
- Burchi, E. & Pallanti, S. (2019). Diagnostic Issues in Early-Onset Obsessive-Compulsive Disorder and their Treatment Implications. *Curr Neuropharmacol*. 17(8):672-680.
- Cassano, G. B. (2006). *Psicopatologia e clinica psichiatrica*. Milano: Utet.
- Cawley, R. (1974). Psychotherapy and obsessional disorders. In: Beech HR (ed). *Obsessional states*. London: Methuen.
- Christensen, K.J., Kim, S.W., Dysken, M.W. & Hoover, K.M. (1992). Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder. *Biol. Psychiatry*. 31: 4–18.
- D'Avenia, A. (2011). Cose che nessuno sa. *Collana Scrittori italiani e stranieri*, Milano, Mondadori
- Dettore, D. (2002). Il disturbo ossessivo compulsivo caratteristiche cliniche e intervento. *McGraw-Hill Education* (II. Ed)
- Di Fiorino, M. & Betti, M. (1997). *Psichiatria e igiene mentale ruolo e funzioni dell'infermiere*, Milano; *Mc Graw Ill*
- Eichstedt, J. A., & Arnold, S. L. (2001). Childhood-onset obsessive-compulsive disorder: a tic-related subtype of OCD. *Clinical psychology review*, 21(1), 137- 157.
- Fernandez, T.V., Leckman, J.F. & Pittenger, C. (2018). Genetic susceptibility in obsessive-compulsive disorder. *Handb Clin Neurol*. 148: 767–781
- Fineberg, N.A., Apergis-Schoute, A.M. & Vaghi, M.M. (2018). Mapping Compulsivity in the DSM-5 Obsessive Compulsive and Related Disorders: Cognitive Domains, Neural Circuitry, and Treatment. *Int J Neuropsychopharmacol*. 21(1):42–58.
- Foa, E.B., & Kozak, M.J. (1991). DSM-IV in progress: Diagnostic criteria for obsessive-compulsive disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 679-684.

- Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M. V., Marques, C., & Versiani, M. (2003). Early and late onset obsessive-compulsive disorder in adult patients: an exploratory clinical and therapeutic study. *Journal of Psychiatric Research*, 37(2), 127-133.
- Franceschina, E., Sanavio, E., & Sica, C. (2004). *I disturbi d'ansia*. In A. Galeazzi & P. Meazzini (a cura di) *Mente e comportamento: trattato italiano di psicoterapia cognitivo-comportamentale*. Firenze: Giunti.
- Francesetti, G. (2017). "Sospesi su ponteggi vacillanti, ci sosteniamo con le nostre fissazioni: il disturbo ossessivo-compulsivo: una esplorazione fenomenologica e gestaltica". *"Quaderni di Gestalt": rivista semestrale di psicoterapia della Gestalt*: 2, 2017, Milano Franco Angeli
- Freud, S. (1908). Charakter und Analerotik. *Psychiatrische und neurologische Wochenschrift*, 9. Trad. ital.: Carattere ed erotismo anale. In *Opere di S. Freud 1886/1921. Vol. 10*. Roma: Newton Compton Editori, 1976.
- Freud, S. (1909). Osservazioni su un caso di nevrosi ossessiva. Caso clinico dell'Uomo dei Topi. In: *Freud S. Ossessioni, fobie e paranoia*. Roma: Newton Compton, 2010.
- Frost, R.O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive therapy and research*, 14, 449-468.
- Ghisi, M., Chiri, L.R., Marchetti, I., Sanavio, E. & Sica, C. (2010). In search of specificity: "not just right experiences" and obsessive-compulsive symptoms in non-clinical and clinical Italian
- Giusti, E. & Chiaccio A. (2002). *Ossessioni e Compulsioni*. Roma: Sovera Multimedia
- Goodman, W.K., Storch, E.A. & Sheth, S.A., (2021) Harmonizing the Neurobiology and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry*. 1;178(1):17-29.
- Hummelen B, Wilberg T, Pedersen G & Karterud S. (2008) The quality of the DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder construct as a prototype category. *J Nerv Ment Dis*. 196(6):446-55.
- Insel, T.R. (1985). Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatr North Am* 8: 105-118.
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasthénie, vol. 1*. Alcan, Paris.
- Janowitz, D., Grabe, H. J., Ruhrmann, S., Ettelt, S., Buhtz, F., Hochrein, A. & Wagner, M. (2009). Early onset of obsessive-compulsive disorder and associated comorbidity. *Depression and Anxiety*, 26(11), 1012-1017.
- Kaplan, A. & Hollander, A. (2003). A review of pharmacologic treatments for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Services*; 54: 1111-8.
- Kay, J., Gabbard, G. O. & Greist, J. (1996). Is psychoanalytic psychotherapy relevant to the treatment of OCD? *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5(4), 341-354.

Last, C.G. & Strauss, C.C. (1989) obsessive-compulsive disorder in childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 295-303

Lewis-Fernández, R., Hinton, D. E., Laria, A. J., Patterson, E. H., Hofmann, S. G., Craske, M. G., Stein, D. J., Asnaani, A., & Liao, B. (2010). Culture and the anxiety disorders: Recommendations for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27(2), 212–229.

Lingiardi V. & McWilliams N. (2017). *Manuale Diagnostico Psicodinamico, seconda edizione*.

Lingiardi, V. & Muzi, L. (2018). Il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2): un'occasione di dialogo interdisciplinare. *"Giornale italiano di psicologia, Rivista trimestrale"*, pp. 781-804.

Lochner, C., Serebro, P., Van Der Merve, L., Hemmings, S., Jinnear, C., Seedat, S., Stein, D.J. (2011), "Comorbid obsessive-compulsive personality disorder in obsessive-compulsive disorder (OCD): A marker of severity". *In Progress in Neuro-Psycho-pharmacology and Biological Psychiatry*, 35, pp. 1087-1092.

Lombardo, C. & Violani, C. (2011). *Quando "Perfetto" non è abbastanza: conseguenze negative del perfezionismo*.

Maina, G., Pessina, E., Asinari, G. F., Micari, J., & Bogetto, F. (2007). Il trattamento farmacologico del disturbo ossessivo-compulsivo: quali opzioni oltre gli inibitori del re-uptake della serotonina?. *Giorn ital PsicoPat*, 13, 209V221.

Maina, G., Vaschetto, P., Ziero, S., Di Lorenzo, R., & Bogetto, F. (2001). Post- partum as a specific risk factor for the onset of obsessive-compulsive disorder: clinical-controlled study. *Epidemiological Psychiatric Society*, 10(2), 90-95.

Mancebo, M.C., Eisen, J.L., Grant, J.E., Rasmussen, R.A. (2005). "Obsessive Compulsive Personality Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder: Clinical characteristics, diagnostic difficulties, and treatment". *In Annals of Clinical Psychiatry*, 17, pp. 197-204.

Mancini, F. (2016). *La mente ossessiva, curare il disturbo ossessivo compulsivo*. Raffaello Cortina Editore

Mandarelli, G., Pasquini, M., Bonanni, E., Berardelli, I. & Ferracuti, S. (2014). Il disturbo ossessivo compulsivo (DOC): dalla clinica alle implicazioni medico legali nella valutazione della disabilità. *Minerva medicolegale; archivio di antropologia criminale, psichiatria, e medicina legale*. 134. 217-227.

Mannino, G. (2011). Psicopatologia esplicativa del disturbo ossessivo-compulsivo: una veduta postrazionalista. *Riv Psichiatr* 46(5):343-348.

Marcoaldi F. (2015). *Il mondo sia lodato*. Ed Einaudi

Mataix-Cols, D. & Boman, M., Monzani, B. (2013). Population-based, multigenerational family clustering study of obsessive-compulsive disorder. *JAMA Psychiatry*. 70:709–717

Mataix-Cols, D., Wooderson, S., Lawrence, N., Brammer, M. J., Speckens, A., & Phillips, M. L. (2004). Distinct neural correlates of washing, checking, and hoarding symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*, *61*(6), 564-576.

McWilliams, N. (1994). Obsessive and compulsive personalities. In N. Williams (Ed.), *Psychoanalytic diagnosis* (279-300). New York, NY: The Guilford Press.

Melli, G. (2011). *Vincere le ossessioni: capire e affrontare il Disturbo Ossessivo-Compulsivo*. (IV Ed.). Salerno: Ecomind.

Monzani, B., Rijdsdijk, F. & Harris, J. (2014). The structure of genetic and environmental risk factors for dimensional representations of DSM-5 obsessive-compulsive spectrum disorders. *Jama Psychiatry*. *71*:182–189

Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M. A., Liang, K. Y., Bienvenu, O. J., Hoehn-Saric, R. & Cullen, B. (2001). The relationship between obsessive-compulsive disorder and anxiety and affective disorders: Results from the Johns Hopkins OCD Family Study. *Psychological Medicine*, *31*, 481–487.

Norman, L.J., Taylor, S.F. & Liu, Y. (2019) Error Processing and Inhibitory Control in ObsessiveCompulsive Disorder: A Meta-analysis Using Statistical Parametric Maps. *Biol Psychiatry*. *85*(9):713–725

Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group [OCCWG] (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 667-681.

Pauls, D. L., Alsobrook, J. P., Goodman, W., Rasmussen, S., & Leckman, J. F. (1995). A family study of obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*.

Pinto, A. & Eisen, J. (2012). Personality Features of OCD and Spectrum Conditions. *The Oxford Handbook of Obsessive Compulsive and Spectrum Disorders*. 10.1093

Pinto, A., Dargani, N., Wheaton, M. G., Cervoni, C., Rees, C. S., & Egan, S. J. (2017). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder and related disorders: what should treating clinicians know? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *12*, 102–108.

Rasmussen, S. & Eisen, J. (1991). Phenomenology of OCD: Clinical subtypes, heterogeneity and coexistence. In J. Zohar, T. Insel, & S. Rasmussen (Eds.), *The Psychobiology of Obsessive Compulsive Disorder*, New York, NY: Springer Publishing Company.

Reich, W. (1933). *Analisi del carattere*. Milano: Sugar 1973.

Rhéaume, J., Ladouceur, R., & Freston, M. H. (2000) The prediction of obsessive–compulsive tendencies: does perfectionism play a significant role? *Personality and Individual Differences*, *28*(3), 583–592.

Rosenberg, D. R., Keshavan, M. S., O'Hearn, K. M., Dick, E. L., Bagwell, W. W., Seymour, A. B. & Birmaher, B. (1997). Frontostriatal measurement in treatment-naive children with obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*, *54*(9), 824-830.

- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, *15*(1), 53–63.
- Russell, E.J., Fawcett, J.M. & Mazmanian, D. (2013). Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women. *J. Clin. Psychiatry* *74*, 377–385
- Savage, C.R., Baer, L. & Keuthen, N.J. (1999). Organizational strategies mediate nonverbal memory impairment in obsessive-compulsive disorder. *Biol. Psychiatry*. *45*: 905–916.
- Sharma, E., Thennarasu, K., & Reddy, Y. C. J. (2014). Long-term outcome of obsessive-compulsive disorder in adults: A meta-analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *75*(9), 1019–1027.
- Soriano-Mas, C. & Harrison, B.J. (2019). Structural Brain Imaging of Obsessive-Compulsive and Related Disorders A Transdiagnostic Approach to Obsessions, Compulsions and Related Phenomena. Fontenelle, L, Yucel, M, editors. Cambridge: *Cambridge University Press*. 74–84.
- Spagnulo, P. (2012). *Liberi dalle ossessioni. Vincere il DOC con la terapia cognitivo comportamentale di terza generazione*. Ecomind srl.
- Starcevic, V. & Brakoulias, V. (2014). "New diagnostic perspectives on obsessive compulsive personality disorder and its links with other conditions". *In Current Opinion in Psychiatry*, *27*, pp. 62-67.
- Stein, D. J. (2002). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, *360*(9330), 397-405
- Stein, D.J., Fontenelle, L.F. & Reed, G.M., (2014). Obsessive-compulsive and related disorders in ICD-11. *Revista brasileira de psiquiatria* *36* Suppl 1, 1-2.
- Steketee, G. & Barlow, D.H. (2002). "Obsessive compulsive disorder". In BARLOW, D.H., *Anxiety and Its Disorders*. Guilford Press, New York, pp. 516-550.
- Stewart, S. E., Rosario, M. C., Brown, T. A., Carter, A. S., Leckman, J. F., Sukhodolsky, D. & Pauls, D. L. (2007). Principal components analysis of obsessive–compulsive disorder symptoms in children and adolescents. *Biological psychiatry*, *61*(3), 285-291.
- Summerfeldt, L.J., Anthony, M.M. & Swinson, R.P. (2000). Incompleteness: A link between perfectionistic traits and OCD. *Paper presented at the Association for the Advancement of Behavior Therapy meeting*, New Orleans (LA).
- Suzuki, T. (2005), "Relationship between two aspects of perfectionism and obsessive-compulsive symptoms". *In Psychological Reports*, *96*, pp. 299-305.
- Torresan, R. C., Ramos-Cerqueira, A. T. A., Shavitt, R. G., do Rosário, M. C., de Mathis, M. A., Miguel, E. C., & Torres, A. R. (2013). Symptom dimensions, clinical course and comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*, *209*(2), 186-195.

World Health Organization. (1993). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: *World Health Organization*.

World Health Organization. (2018). *ICD-11 International Classification of Diseases. 11th Revision*.

Zitterl, W., Urban, C. & Linzmayer, L. (2001). Memory deficits in patients with DSM-IV obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*. 34: 113–117.

FILMOGRAFIA

The Aviator. Dir. Martin Scorsese. USA: Miramax, 2004.

RINGRAZIAMENTI

Il mio percorso è finalmente giunto al termine e tra lacrime, risate, ansia, notti insonni, insicurezze e gioie, posso ritenermi soddisfatta di essere arrivata fin qui. Sono certa che conserverò un bellissimo ricordo per tutta la vita.

Durante questi quattro lunghi anni, ho avuto la fortuna di avere al mio fianco persone davvero speciali, ed è soprattutto grazie a loro se sono riuscita a raggiungere questo traguardo importante.

Il mio più grande grazie va alle donne della mia vita: mia sorella Federica detta “Chicca”, mia mamma Daniela, mia Zia Antonietta, mia zia Ornella e mia nonna Chiara Maria. Siete da sempre il mio punto di riferimento, un grande esempio da seguire e una spalla su cui piangere. Grazie per essere state sempre presenti e per aver creduto in me dal primo giorno, mi avete permesso di scoprire una forza che pensavo di non avere.

Un grazie speciale va anche a mio papà Maurizio, mio zio Renato e mio zio Davide per avermi spronata a fare sempre meglio e per aver gioito con me per ogni singolo successo.

Grazie a mio cugino Fabio per avermi trasmesso la passione per la musica e per il cinema, e per avermi dato la forza di rialzarmi anche nei momenti più bui. Sei da sempre un fratello.

Grazie al mio ragazzo Jacopo, per la sua costante presenza nei momenti tristi e in quelli più felici e per la sua immensa pazienza.

Grazie anche a Richi, per avermi sempre incoraggiata attraverso un sorriso.

Un ringraziamento importante va alla mia relatrice, la Professoressa Laura Ferro per la sua disponibilità e i preziosi consigli.

Vorrei ringraziare inoltre la mia prof Simo per avermi sempre supportata e per avermi insegnato cosa significa svolgere una professione con tanta passione.

Grazie a tutti gli amici e le amiche per il loro sostegno, in particolare grazie ad Arianna, Beatrice e Stefania per avermi sempre compresa e ascoltata, anche se lontane.

Grazie alle mie compagne di corso Asia, Camilla, Eleonora grande e Eleonora piccola, per i bei momenti condivisi insieme durante questi anni. Li porterò sempre con me.

Infine, vorrei ringraziare i miei due nonni, Pietro e Michele, per i loro insegnamenti. So che sareste stati fieri di me.