



**UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLE'E D'AOSTE**

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2022/2023

TESI DI LAUREA

**D.O.C. E COVID-19: CONSEGUENZE DELLA PANDEMIA SULL'INSORGENZA
ED ESACERBAZIONE DEL DISTURBO**

RELATRICE

Prof.ssa Stefania Cristofanelli

STUDENTE: 20D03196

Letizia Bettassa

SOMMARIO

INTRODUZIONE p. 3

CAPITOLO PRIMO : IL DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO

1.1. DESCRIZIONE GENERALE DEL D.O.C. p. 5

1.2. OSSESSIONI p. 7

1.3. COMPULSIONI p. 8

1.4. ESORDIO DEI SINTOMI E DECORSO p. 10

1.5. RELAZIONE CON LA FAMIGLIA E GLI "ALTRI" p. 12

1.6. BREVE EXCURSUS STORICO DEGLI STUDI SUL D.O.C. p. 12

CAPITOLO SECONDO : EZIOPATOGENESI DEL D.O.C.

2.1. DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO COLLEGATO AD EVENTI STRESSANTI. p. 17

2.2. DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO A LIVELLO FENOTIPICO. p. 23

2.3. EREDITARIETA' DEL D.O.C. p. 25

2.4. INFLUENZA DELLA CULTURA SUL D.O.C. p. 26

2.5. IL D.O.C. SECONDO IL MODELLO EVOLUZIONISTICO p.28

2.6. NEUROIMAGING E STUDI NEUROPSICOLOGICI SUL D.O.C p. 29

2.7. ETEROGENEITA' DEL D.O.C. E APPROCCIO DIMENSIONALE p. 30

CAPITOLO TERZO : D.O.C. E COVID

3.1. IMPATTO DELLA PANDEMIA E DELLA QUARANTENA SUL D.O.C. p. 32

3.2. ESACERBAZIONE E/O CAMBIAMENTI NELLA SINTOMATOLOGIA: "NORMALITA'"
O "PATOLOGIA"? p. 34

3.3. TRATTAMENTI ON LINE DURANTE LA PANDEMIA p. 36

3.4. VULNERABILITA' p. 39

CONCLUSIONI p. 44

Bibliografia p. 46

INTRODUZIONE

Il disturbo ossessivo compulsivo (D.O.C.) è sempre stato classificato fra i disturbi d'ansia, mentre soltanto con il DSM-5 viene considerato una entità nosografica autonoma con un decorso e una sintomatologia peculiare, correlati biologici specifici che si delineano con il tempo e come un nucleo psicopatologico a sé stante.

Si tratta di un disturbo caratterizzato da ossessioni e compulsioni che se percepite dal paziente come egodistoniche lo fanno sentire a disagio, mentre se egosintoniche l'individuo convive con esse e le considera espressioni del suo normale funzionamento mentale. In ogni caso il D.O.C. può essere fortemente invalidante per il soggetto che non riesce a liberarsi da pensieri invasivi e da rituali incontrollabili, anche quando è presente un buon grado di consapevolezza (insight) del paziente della natura eccessiva e irragionevole dei propri sintomi.

Solitamente questo disturbo ha un esordio intorno ai 25 anni, un po' più precocemente negli uomini (19 anni) rispetto alle donne (21-25 anni e anche dopo), pur essendo altresì presenti quadri clinici atipici con esordio precoce (infanzia e/o adolescenza) o tardivo (dopo i 40 anni), L'OMS considera il D.O.C. come la decima causa di disabilità fra tutte le malattie a livello mondiale: si tratta di una condizione ad andamento cronico e invalidante che coinvolge anche la famiglia in cui vive il paziente. I familiari possono provare sentimenti di frustrazione, rabbia, senso di colpa o imbarazzo con un comportamento di *accomodamento* – quando cercano di adattarsi al paziente per alleviare le sue sofferenze, assecondandolo o persino partecipando attivamente ai suoi rituali - o di *antagonismo* quando i familiari non accettano il disturbo. In entrambi i casi la qualità della vita della famiglia in cui vive un individuo con D.O.C. è fortemente condizionata e si rende necessario un percorso psicologico che coinvolga tutti i membri fornendo un supporto che può avere effetti positivi anche sul paziente.

L'eziopatogenesi del D.O.C., sebbene ancora non definita in modo univoco, può essere letta secondo un modello bio-psico-sociale al fine di considerare i numerosi fattori che vi contribuiscono, quali la vulnerabilità genetica, i traumi prevalentemente infantili che associati alle sue caratteristiche peculiari determinano l'esordio della sintomatologia, nonché gli aspetti fenotipici, l'ereditarietà e l'influenza della cultura; alcuni passi avanti sono stati fatti grazie agli studi neuropsicologici e di neuroimaging funzionale.

Un evento imprevedibile e stressante come la pandemia da Covid 19, la conseguente quarantena ed i periodi di lockdown imposti, hanno portato in evidenza come l'impatto di esperienze di stress su individui affetti da D.O.C. abbia prodotto un'esacerbazione dei sintomi

(soprattutto lavaggio e contaminazione). In particolare nel periodo emergenziale alcune caratteristiche del disturbo sono state incrementate da emozioni quali la paura per la possibilità di contaminazione, il timore di potersi infettare e di contagiare gli altri, con conseguenti comportamenti di protezione e tentativi di evitare i possibili rischi di contaminazione al fine di neutralizzare il senso di colpa per irresponsabilità.

È diventato estremamente labile il confine fra “normalità” e “patologia”, soprattutto per quanto riguarda le pratiche di lavaggio e di disinfezione, considerate per tutti una buona regola di comportamento e di prevenzione da svolgere ripetutamente e in modo accurato, così come la paura di contaminazione di sé e degli altri, diffuse in tutta la popolazione anche a seguito dei comunicati allarmanti provenienti dalle fonti di informazione. Gli studi condotti sui pazienti D.O.C. hanno evidenziato una sostanziale esacerbazione della sintomatologia durante la pandemia, nonostante gli operatori sanitari abbiano cercato di mantenere un costante contatto con i pazienti attraverso video-chiamate, e-mail, messaggi e telefonate.

CAPITOLO PRIMO : IL DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO

1.1. DESCRIZIONE GENERALE DEL DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO (D.O.C.)

Il *disturbo ossessivo compulsivo* classificato fra i *disturbi d'ansia* dal DSM - IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) e dall'ICD 10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) a partire dal DSM-5 viene considerato una entità nosografica autonoma con un decorso e una sintomatologia peculiari, correlati biologici specifici che si delineano con il tempo e come un nucleo psicopatologico a sé stante, essendo incerta la sua rispondenza al trattamento con farmaci ansiolitici.

Nell'ultima edizione del Manuale diagnostico-statistico dei disturbi mentali (DSM-5, 2013) è stato creato un capitolo specifico denominato "*disturbo ossessivo compulsivo e disturbi correlati*" che comprendono oltre a questo disturbo anche la tricotillomania, il disturbo da accumulo, il disturbo da escoriazione, il disturbo da dismorfismo corporeo, i disturbi correlati indotti da sostanze/farmaci, il disturbo ossessivo-compulsivo e i disturbi correlati dovuti ad un'altra condizione medica, il disturbo ossessivo-compulsivo e i disturbi correlati con altra specificazione, il disturbo ossessivo-compulsivo e i disturbi correlati senza specificazione.

Mentre il DSM-5 è orientato verso la ricerca scientifica, l'ICD-11 è un sistema diagnostico indirizzato all'utilità del clinico per effettuare diagnosi migliori nella pratica di ogni giorno. Pertanto, i due sistemi continuano a non essere in armonia.

Nell'ICD-11 (2018) al capitolo "*Obsessive-compulsive or related disorders*" (BlockL16B2) vengono descritte le caratteristiche del D.O.C., ma l'attenzione si focalizza principalmente sul grado di insight del paziente. Vengono utilizzati dei codici: il 6B20 per il disturbo ossessivo compulsivo in generale, con la descrizione della sintomatologia e con l'inclusione della nevrosi anacastica e della nevrosi ossessiva-compulsiva; il codice 6B20.0 ricomprende i pazienti che hanno un insight da discreto a buono (soggetti a tratti consapevoli che le loro credenze non sono reali e che pertanto provano ansia nei momenti in cui se ne rendono conto); il codice 6B20.1 viene attribuito a pazienti con insight scarso o assente; il 6B20.Z ricomprende i disturbi ossessivi-compulsivi non specificati. L'ICD-11 utilizza un sistema totalmente dimensionale e il medico deve valutare il grado di gravità del disturbo senza che venga indicata una soglia minima o un limite minimo di sintomi specifici che si ritenga necessario siano presenti per formulare una diagnosi. Questo consente ai clinici di avere una certa flessibilità nell'applicazione dei criteri diagnostici, così come è flessibile anche il

linguaggio utilizzato nell'ICD-11 perché sia maggiormente adattabile a tutte le culture. Inoltre, è stata eliminata la divisione in sottogruppi diagnostici (Sampogna et al., 2020).

Il PDM-2 (*Psycodynamic Diagnostic Manual*) contempla il D.O.C. nei 3 assi di ciascuna delle seguenti sezioni: adulti, adolescenti, infanzia, anzianità.

Questo manuale, a differenza del DSM-5 e dell'ICD 11, non essendo ateorico fa esplicitamente riferimento ad un orientamento psicomodinamico, offrendo una lettura del sintomo ossessivo-compulsivo come originato da conflitti inconsci, ovvero la spiegazione data dal manuale a questo disturbo è che si generi un conflitto fra emozioni contrastanti come quella del desiderio e della repulsione e che tale situazione sia fonte di un profondo disagio che nel soggetto si traduce in un sintomo o in un comportamento. Dunque, *ossessioni* e *compulsioni*, in questo caso, sono egodistoniche, in quanto il soggetto le percepisce come un serio problema; nel caso in cui, invece, fossero vissute come egosintoniche, il paziente le accetta come se fossero espressioni del suo normale funzionamento mentale, senza che in lui si creino conflitti/contrastanti fra conscio e inconscio. Alcuni autori ritengono che negli individui affetti da D.O.C. le compulsioni siano manifestazioni dell'incapacità di bloccare risposte comportamentali, in questo caso i pazienti le vivrebbero come egodistoniche; mentre nel caso in cui i soggetti non inibiscano gli impulsi lasciando che si manifestino in comportamenti impulsivi, sarebbero dai medesimi vissuti come egosintonici (Poletti, 2009).

Ossessioni e compulsioni possono presentarsi contemporaneamente nello stesso paziente, oppure possono essere isolate.

Il DSM-5, nella parte introduttiva della descrizione del disturbo, specifica come sia il D.O.C., sia i suoi correlati, si distinguano dalle normali preoccupazioni e rituali che tutti sperimentano nelle fasi dello sviluppo in quanto i soggetti affetti da D.O.C. presentano una sintomatologia eccessiva o che persiste oltre gli adeguati periodi evolutivi.

Il D.O.C. può essere fortemente invalidante, poiché il soggetto non riesce a liberarsi dalle ossessioni e/o dalle compulsioni ed è incapace di organizzare pensieri e/o attività che possano distoglierlo da questa routine invadente ed incontrollabile (Mancini et al., 2020).

Anche quando l'individuo ha in sé la consapevolezza che i pensieri che lo disturbano sono dannosi ed estranei e lo distolgono dal concentrarsi sui compiti che deve svolgere, il soggetto è impossibilitato a bloccarli e conseguentemente è incapace di prestare attenzione, di concentrarsi, di leggere e pensare, di svolgere anche la più semplice delle azioni quotidiane, essendo totalmente assorbito da questi pensieri intrusivi che pervadono la sua mente.

Spesso i soggetti tendono a nascondere i rituali che devono compiere, provando imbarazzo ed il timore di essere stigmatizzati. Pertanto, questo disturbo interferisce con la loro vita di

relazione, con quella scolastica e lavorativa, facendo aumentare in loro il disagio al punto tale da costringerli a cercare l'isolamento per evitare il contatto con altre persone per paura di essere osservati e giudicati.

Quando l'individuo si trova al centro del vortice delle ossessioni, è costretto a compiere atti compulsivi, ripetitivi, che non riescono tuttavia a placare le ossessioni che continuano a ripresentarsi, obbligandolo ad attuare rituali che non si esauriscono. Nel soggetto cresce la sensazione di ansia e disagio, ma non riesce ad interrompere il circolo compulsivo che si viene a creare e lo conduce sino allo strenuo delle forze anche quando è consapevole che i suoi pensieri sono privi di senso (Purdon, 2019).

1.2. OSSESSIONI

Si tratta di pensieri, idee, immagini o impulsi che procurano disagio al soggetto: possono essere ricorrenti, perché si ripresentano con frequenza e persistenti perché non possono essere allontanate dalla mente.

Il disagio derivante dalle ossessioni può essere di due tipi:

- In un caso le ossessioni hanno un contenuto che di per sé non è disturbante, ma il loro ripresentarsi continuamente non lascia tregua e pertanto diventa insopportabile poiché offusca ogni altro pensiero. Il soggetto si sente costretto a concentrare tutte le energie psichiche sulle proprie ossessioni, provocando uno stato di spossatezza e di affaticamento che gli impediscono di svolgere qualsiasi altra attività.
- Nell'altro caso il contenuto delle ossessioni è in disaccordo con i principi, i valori e le idee consuete del soggetto, al punto da diventare sgradevoli o addirittura ripugnanti.

Le tipologie di ossessioni più diffuse sono:

- *Ossessioni di pulizia*: paura di contaminazione, paura o disgusto nei confronti dei rifiuti o delle secrezioni corporee; preoccupazione per la sporcizia e i batteri; eccessiva preoccupazione di contaminazioni ambientali (rifiuti tossici, radiazioni); eccessiva preoccupazione di sostanze presenti in casa (detersivi, solventi); preoccupazione di ammalarsi o di far ammalare gli altri a causa delle sostanze contaminanti.

- *Ossessioni legate a pensieri proibiti o tabù*: pensieri, immagini e impulsi proibiti o perversi; contenuti sessuali che riguardano i bambini; timore di essere omosessuale o di compiere un incesto o di avere pensieri perversi; pensieri ossessivi riguardo comportamenti sessuali violenti. Ossessioni anche in ambito religioso, con preoccupazioni di sacrilegio e blasfemia, eccessiva preoccupazione su problemi di moralità riferiti a concezioni di “giusto” o “sbagliato”, paura di dire oscenità o insulti, ossessioni aggressive, quali il desiderio di voler nuocere ad altri.
- *Ossessioni di danno*: quali la paura di nuocere a sé stessi o agli altri e la paura di essere responsabili di eventi terribili (incendi, distruzioni).
- *Ossessioni di simmetria*: ne fanno parte l’ordine, la ripetizione, la simmetria ed il conteggio. Sono accompagnati dal pensiero magico che accadano avvenimenti spiacevoli se non si mettono nel giusto ordine certi oggetti (ad esempio, se l’individuo non sistema con un preciso ordine gli oggetti sulla scrivania ritiene possa accadere qualcosa di grave a sua madre).

I soggetti affetti da D.O.C. cercano continuamente di allontanare dalla loro mente il pensiero ossessivo: questo tentativo è ciò che dà avvio ad un effetto paradossale conosciuto come fenomeno “orso bianco”, o come “effetto rebound” che è la causa della presenza frequente e persistente proprio di quel pensiero intrusivo che il paziente vorrebbe eliminare (Tenore et al., 2020).

1.3. COMPULSIONI

Sono comportamenti o atti mentali con le seguenti caratteristiche:

- *ripetitivi*: in quanto ripetuti molte volte dopo un breve lasso di tempo;
- *finalizzati*: in quanto il soggetto attribuisce un significato preciso alle azioni che compie poiché nella sua mente ogni atto ha un obiettivo particolare, ovvero prevenire un danno temuto o ridurre il disagio provocato dal pensiero ossessivo che si vuole placare.

La ritualità e la ripetitività di pensieri e/o azioni costituiscono un obbligo urgente, creando uno stato di ansia: anche nel caso in cui il soggetto ne fosse consapevole, si sentirebbe costretto a mettere in atto il rituale, incapace di attuare un controllo che gli consenta di pensare e decidere in completa autonomia. I rituali sono per la maggior parte osservabili

(es. lavaggio delle mani), anche se alcuni sono mentali (conteggio ripetuto silenzioso), ma la loro caratteristica è quella di dover essere eseguiti seguendo regole precise e rigide. Le ossessioni e/o compulsioni richiedono all'individuo di impegnare molto del proprio tempo, provocando un disagio così significativo da diventare invalidante (Mandarelli et al., 2014). Nei diversi soggetti varia il grado di insight, essendo taluni consapevoli che le ossessioni non corrispondono necessariamente alla realtà. Solo con il DSM-5 è stato eliminato il criterio B del DSM- IV TR (il soggetto era sempre consapevole dell'insensatezza dei suoi sintomi) ed è diventato rilevante il *grado di consapevolezza* del paziente della natura eccessiva e irragionevole dei suoi sintomi (Lingiardi et al., 2014); sono stati inseriti 3 specificatori che prendono il nome di insight, collocati lungo un continuum:

- *Insight assente/convinzioni deliranti* quando il soggetto è assolutamente sicuro che le sue ossessioni/compulsioni siano vere e reali. (Es. se non tocca 10 volte il tavolo prima di uscire di casa un suo parente sarà in pericolo di vita).
- *Insight scarso* quando il soggetto ritiene le proprie convinzioni probabilmente vere.
- *Insight buono o sufficiente* quando il soggetto ritiene le proprie convinzioni probabilmente non vere.

Il livello di consapevolezza dei pazienti può variare nel tempo e può altresì essere differente rispetto a certi sintomi (es. consapevolezza di una specifica ossessione e non di altre) (Jalal et al., 2023).

Anche il PDM-2 (2018) fa specifici riferimenti al grado di insight dei soggetti e, in relazione agli stati affettivi dei pazienti, distingue i casi in cui l'insight è buono ed il soggetto è consapevole dell'assurdità delle sue ossessioni e compulsioni e pertanto può incorrere nella depressione, ideazioni suicidarie e sensazione di essere incapace di gestire e controllare i sintomi nella vita quotidiana; per contro, quando l'insight è scarso il paziente può provare dolore perché le persone che ha accanto lo considerano bizzarro e lo allontanano, inducendolo all'isolamento. Se l'insight è del tutto assente il D.O.C. può essere delirante, ovvero l'ossessione può trasformarsi in un delirio e il soggetto diventare aggressivo verso gli altri se gli viene impedito di mettere in atto le proprie compulsioni o rituali.

Il PDM-2 sostiene che i soggetti consapevoli che le loro ossessioni hanno un contenuto malevolo, desiderano punirsi per espiare la colpa di questi loro pensieri.

Le tipologie di compulsioni più diffuse sono:

- *Compulsioni di lavaggio e pulizia*: lavaggio e disinfezione delle mani o del corpo; lavaggio e disinfezione di oggetti, utensili, arredi; lavaggio e disinfezione o

distruzione di abbigliamento; misure di evitamento e di prevenzione del contatto come possibili forme di contaminazione; rituali di abbigliamento, cura e trucco del corpo. Le compulsioni di questo tipo sono più frequenti nelle donne.

- *Compulsioni di controllo*: controllo di serrature, chiusure e infissi; controllo del gas, elettricità ed elettrodomestici; controllo della posizione di oggetti che sono considerati familiari in quanto devono avere una certa collocazione spaziale nel luogo in cui si trovano abitualmente.
- *Compulsioni di iterazione*: rilettura o riscrittura; ripetizione di parole o frasi; ripetizione di routine quotidiane; movimenti con significato magico specifico.
- *Compulsioni di ordine*: ordinamento di oggetti secondo regole prefissate; routine ripetitive di riordino secondo sequenze fisse e rigide.
- *Compulsioni di raccolta*: raccolta iterativa di oggetti senza significato.
- *Altre compulsioni*: movimenti motori finalizzati ma senza significato; battere le dita; distruzione compulsiva di particolari oggetti; eliminazione senza motivo di elementi dal cellulare (foto, chat, registro chiamate).

Il soggetto affetto da D.O.C. è sottoposto ad un lavoro continuo sul piano mentale e/o comportamentale che occupa gran parte della sua giornata: il suo obiettivo è eliminare o neutralizzare i contenuti mentali che lo assillano, sentendosi costretto a ripetere e ripetere l'attività ossessivo-compulsiva (Maina et al., 2003).

1.4. ESORDIO DEI SINTOMI E DECORSO

L'esordio del disturbo si presenta generalmente intorno ai 25 anni, un po' più precocemente negli uomini (19 anni) rispetto alle donne (21-25 anni e anche dopo) (Mandarelli et al., 2014).

Esistono quadri clinici atipici, quando l'esordio compare in un'età decisamente precoce o avanzata rispetto a quella in cui di norma si presenta il disturbo, ovvero nei casi di bambini, adolescenti, adulti di età superiore a 40 anni, donne durante la gravidanza e/o dopo il parto (le partorienti vivono un'esperienza che può essere particolarmente stressante e che può condurre a manifestazioni di aggressività nei confronti del neonato, oppure ad evitamento e rituali di controllo; in altri casi dopo il parto la donna può nutrire un eccessivo timore di contaminazione del neonato e di conseguenza si sente obbligata a mettere in atto rituali di pulizia e disinfezione) (Rosso et al., 2012).

La comparsa di sintomi in età precoce è maggiormente diffusa negli uomini, esordio più insidioso, mentre nelle donne è maggiormente tardivo ed improvviso, solitamente causato da eventi di vita stressanti (Bogetto et al., 1999). È altresì emerso come l'esordio del D.O.C. nella prima infanzia avvenga con maggior frequenza negli individui di sesso maschile e si associ spesso a ADHD (Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività) (Masi et al., 2008), mentre quando il disturbo inizia a manifestarsi precocemente spesso si presenta unito a sintomi psicotici (Pellizza et al., 2013).

Ancora, i maschi dicono di avere con maggior frequenza ossessioni di tipo sessuale o religioso, mentre le femmine presentano compulsioni di accumulo (*hoarding*). Quando il disturbo insorge dopo i 18 anni le ossessioni di contaminazione/pulizia sono più frequenti nel sesso femminile, mentre quelle di ordine/simmetria in quello maschile (Masi et al., 2008).

Alcuni studi effettuati su campioni clinici farebbero supporre che il D.O.C. negli uomini si presenti in forma più grave e abbia un impatto maggiore sul funzionamento (Torresan et al., 2009).

In assenza di trattamento si possono presentare vari decorsi:

- *Decorso episodico*: i sintomi sono presenti soltanto in alcuni periodi della vita e di solito si tratta di episodi acuti a cui si succedono periodi in cui i soggetti sono totalmente asintomatici. È possibile che l'episodio sia unico, oppure che si ripresenti ma non si potrà prevedere il momento in cui ciò accadrà e neppure la gravità dei sintomi. Di solito ha una prognosi migliore rispetto al decorso cronico. È più frequente nelle donne (Rosso et al., 2012).
- *Decorso cronico-fluttuante*: i sintomi hanno un andamento incostante, talvolta migliorano o peggiorano in modo imprevedibile, ma rimangono sempre presenti.
- *Decorso cronico-stabile*: i sintomi si manifestano gradualmente, con andamento continuo, rimangono stabili nel tempo ed è come se i pazienti si abituassero alla loro condizione. È più frequente negli uomini.
- *Decorso cronico-ingravescente*: è la forma più grave in quanto i sintomi peggiorano gradualmente in modo imprevedibile a causa di avvenimenti che accadono nella vita del paziente; negli ultimi anni questo è diventato il decorso più raro in quanto attualmente esistono terapie farmacologiche idonee a controllare efficacemente il disturbo.

L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) considera il D.O.C. come la decima causa di disabilità fra tutte le malattie a livello mondiale: si tratta di una condizione ad andamento

cronico e invalidante, con un decorso fluttuante, a volte ingravescente, che può presentare fasi acute che si alternano a periodi in cui c'è una remissione dei sintomi, con frequenti ricadute. Il disturbo ha una prevalenza lifetime nella popolazione pari a circa il 2% (Pozza et al., 2016). Il D.O.C. rimane comunque un disturbo fortemente invalidante e presenta generalmente un decorso cronico (Mancini, 2020) soprattutto se non viene trattato (DSM-5, 2013).

1.5. RELAZIONE CON LA FAMIGLIA E GLI “ALTRI”

La famiglia di un paziente affetto da D.O.C. è fortemente condizionata e vive sentimenti quali frustrazione, rabbia, senso di colpa, imbarazzo. Sono stati svolti alcuni studi (Albert et al., 2009; Albert et al., 2014) sulla correlazione fra qualità della vita dei familiari e il paziente affetto da D.O.C.: i comportamenti più diffusi posti in atto dai familiari sono di accomodamento o antagonismo. Nel primo caso i conviventi del soggetto, per alleviare le sue sofferenze e rassicurarlo, assumono comportamenti adattivi con cui partecipano attivamente all'esecuzione dei rituali e modificano la loro routine quotidiana per andare incontro alle sue esigenze derivanti dai sintomi legati al disturbo. Mentre nel secondo caso i membri della famiglia non accettano il disturbo, criticano e rifiutano i suoi atteggiamenti, in quanto sono pervasi dalla convinzione che il paziente abbia la consapevolezza e dunque il controllo delle proprie azioni e pertanto si creano conflitti. Entrambe le risposte familiari al disturbo riducono la qualità della vita dei componenti. Dunque, è necessario intraprendere un percorso psicologico anche con la famiglia, per aiutarla ad affrontare la situazione con strumenti adeguati a comprendere e sostenere il paziente, senza cadere nell'accomodamento o nell'antagonismo. Questo supporto può avere effetti positivi anche sul soggetto affetto da D.O.C. (Remmerswaal et al., 2019).

Per il PDM-2 i soggetti con il D.O.C. vivono con difficoltà le relazioni con gli altri e tendono, nei casi più gravi, all'isolamento sociale. Essi di solito rimangono in relazioni con partner facilmente controllabili oppure che li rassicurano sul contenuto dei loro sintomi o addirittura partecipano ai loro rituali.

1.6. BREVE EXCURSUS STORICO DEGLI STUDI SUL D.O.C.

La psicopatologia “descrittiva” del disturbo ossessivo compulsivo si può ritenere ben definita già da tempo, mentre non è ancora stato consolidato un modello psicopatologico “esplicativo”

che sia in grado di mostrare con una certa esaustività e precisione i meccanismi psicologici che danno origine alla fenomenologia ossessiva. Sarà soltanto con S. Freud, tra la fine dell'800 e l'inizio del '900, che si giungerà all'identificazione dei "fenomeni ossessivi" come entità morbosa, distinta dalla *nevrosi ossessiva* (isteria di conversione e nevrosi fobica). Si fanno risalire a Freud i primi tentativi di formulare un modello esplicativo del D.O.C., il quale considerava le ossessioni e le compulsioni come fenomeni che avevano un senso e potevano essere compresi e decifrati sulla base delle esperienze precoci e recenti dei pazienti (Mannino, 2011).

Freud nel suo famoso caso "L'uomo dei topi" (1909) delinea un quadro ambivalente di lotta contro gli "impulsi proibiti" e il bisogno di controllo emotivo, facendo ricorso al pensiero magico. Egli definisce la nevrosi ossessiva come caratterizzata da specifici meccanismi di difesa, blocchi dal punto di vista pulsionale e presenza di un Super-io sadico.

All'inizio del '900 Janet e Schneider avevano già indicato alcuni requisiti specifici per identificare la sindrome ossessivo compulsiva, ovvero il fatto che l'individuo si senta obbligato a pensare e agire, che possa percepire l'assurdità del contenuto dell'ossessione e lo consideri ego distonico e la possibilità che faccia resistenza all'ossessione. Successivamente Jaspers e Lewis (1936) differenziano le ossessioni dai pensieri deliranti sulla base della presenza o assenza di *insight* (Bellino et al., 2005).

La teoria gestaltica della percezione considera il sintomo del D.O.C. come un adattamento creativo che permette al soggetto di evitare sofferenze maggiori (Francesetti, 2017).

Dalla nosografia psichiatrica internazionale la nevrosi ossessiva viene già descritta, seppur in modo non specifico, nella prima e nella seconda edizione del DSM (nel 1952 e nel 1968), ma solo con la terza edizione (1980) viene abbandonato il termine nevrosi ossessiva e compare la nuova categoria diagnostica di Disturbo Ossessivo-Compulsivo (D.O.C.). Nell'edizione del DSM III-R del 1987 il disturbo viene finalmente descritto in modo specifico e con precisi criteri diagnostici, separando ossessioni da compulsioni ed evidenziando le reciproche relazioni. Questo legame funzionale fra ossessioni e compulsioni ispira anche il DSM IV del 1994 e nell'edizione revisionata nel 2000 viene inserita la specificazione "con scarso insight" che permette di includere nelle diagnosi anche i casi in cui gli individui non hanno la piena consapevolezza che i loro sintomi siano eccessivi. Nella versione del DSM 5 del 2013 i criteri diagnostici rimangono sostanzialmente invariati, ma compare il termine "disagio" (molto più ampio della sola "ansia") inteso come reazione emotiva indotta dalle ossessioni. Così il D.O.C. esce dalla categoria dei "disturbi d'ansia" e viene collocato in una nosografia a parte,

ovvero all'interno della categoria: "DISTURBO-OSESSESSIVO-COMPULSIVO E DISTURBI CORRELATI" (DSM-5, 2013).

La ricerca scientifica degli ultimi cinquant'anni sul D.O.C. ha consentito di differenziare i diversi sottotipi sintomatologici, in quanto in questo disturbo esiste una vasta gamma di reazioni emotive (ansia, disgusto, disagio, paura), e differenti contenuti mentali di tipo ossessivo con relativi legami con manifestazioni compulsive molto diverse fra loro.

Tornando alle teorie relative ai modelli esplicativi del disturbo, il comportamentismo considera le compulsioni quali atti utili a diminuire uno stato d'ansia, concezione che si può accostare a quella etologica, formulata da Dettore nel 1998, che le ritiene "attività di sostituzione" con funzione omeostatica volta ad attenuare lo stato di eccitazione provocato da una frustrazione (Giardina, 2015).

Il cognitivismo evoluzionista utilizza come esempio il caso dell'Uomo dei Chiodi, il quale temeva di perdere il controllo ed era ossessionato dalla paura di danneggiare gli altri inserendo inavvertitamente dei chiodi nelle bottiglie di grappa che lui preparava: egli controllava ripetutamente e compulsivamente tutte le bottiglie che confezionava per evitare che contenessero chiodi. Come afferma Liotti: "[...] nella prospettiva cognitivo-evoluzionista, la psicopatologia consiste essenzialmente in una serie di ostacoli che strutture e processi cognitivi, abnormi per rigidità o per difettoso sviluppo, pongono al riconoscimento e dunque alla regolazione delle emozioni" (Liotti, 2001).

Nel tentativo di delineare un modello esplicativo del disturbo ossessivo compulsivo la terapia cognitiva individua nei pazienti diversi disturbi emozionali con alla base delle distorsioni cognitive che generano in loro convinzioni irrazionali o disfunzionali, come ad esempio quella di poter scatenare con i propri pensieri eventi catastrofici, oppure l'ipervalutazione della propria responsabilità rispetto a certi eventi che i soggetti hanno soltanto pensato (come per esempio il fatto che non prevenire un incidente possa equivalere ad averlo causato) (Mannino, 2011).

Il filone postrazionalista della terapia cognitiva, invece, ritiene che alla base del D.O.C. ci sia una caratteristica "configurazione personologica: l'OSP (Organizzazione di Significato Personale) Ossessiva" (Mannino, 2011). Questa struttura di personalità si potrebbe riconoscere anche in soggetti che non sono affetti da D.O.C., ma questi ultimi hanno una struttura caratterizzata da una eccessiva rigidità che favorirebbe la comparsa di uno scompenso psicopatologico. Questo approccio riconosce l'esistenza di una continuità fra normalità e patologia: la differenza fra soggetto sano e patologico è data dal fatto che il paziente vivrebbe uno scompenso dovuto alla difficoltà di assimilare nella propria trama

narrativa e anche nella propria immagine di sé esperienze insolite che lo turbano. A causa della sua rigidità egli porrebbe in atto strategie di coping già precedentemente collaudate per risolvere un problema inedito, innescando un comportamento ripetitivo che da funzionali le trasforma in disadattive (Mannino, 2011). Questo accade per esempio con le “ruminazioni”: consistono in pensieri insistenti ed estenuanti che il soggetto coltiva nel tentativo di risolvere un dubbio. Seguendo questo filone postrazionalista le “ruminazioni” sarebbero da considerare come un tentativo estremo di preservare nell’immagine di sé e nella propria esperienza quella coerenza che l’individuo ritiene minacciata da un evento inedito.

Di recente sono stati effettuati studi sulla cosiddetta “paura di sé”, ovvero la paura che i pazienti provano di avere dentro di sé aspetti inaccettabili. In questi casi i soggetti identificano delle motivazioni e/o inclinazioni negative che potrebbero aver originato quell’esperienza interna che li porta ad avere emozioni, pensieri e immagini mentali inaccettabili: si tratta di uno specifico processo psicologico denominato IRMI (Identificazione Retrospectiva delle Motivazioni e delle Inclinazioni) (Mannino et al., 2018). Si tratta di pensieri intrusivi “normali” che i pazienti interpretano come rivelatori di aspetti particolarmente negativi nascosti dentro di loro, in quanto probabilmente non corrispondenti all’immagine di sé accettata che dunque entra in contrasto con l’attuale narrazione di sé e che pertanto rappresenta per loro un’importante minaccia (Mannino, 2019). Questi fenomeni mentali intrusivi possono trasformarsi in ossessioni che i pazienti cercano inutilmente di allontanare, mentre generalmente potrebbero essere pensieri senza particolare importanza.

Secondo la terapia cognitivo comportamentale standard, in particolare secondo il modello esplicativo del D.O.C. proposto da Mancini (2018), i sintomi ossessivi sarebbero originati da valutazioni specifiche che l’individuo fa di sé stesso e di ciò che lo circonda e pertanto al fine di capire il disturbo nella sua globalità sarebbe necessario analizzare gli scopi e le rappresentazioni attraverso cui ogni persona attribuisce significato ad un evento. Molti pazienti riescono a definire un evento critico, da loro percepito o anche soltanto ricordato o ipotizzato come tale, al quale viene attribuito un significato di minaccia che compromette la realizzazione di scopi importanti; altri pazienti invece percepiscono una sensazione interna di “Not Just Right Experience”, ovvero “non essere a posto”, provare ansia o disagio per un senso di imperfezione o di incompletezza nell’esperienza vissuta dal soggetto che cerca di cambiare l’ambiente che lo circonda per cercare di diminuire il disagio che prova. In questo senso gli individui provano di conseguenza emozioni negative quali senso di colpa, disgusto e ansia, che li portano ad attivare processi cognitive, condotte mentali (es. ruminazioni) e comportamenti (compulsioni ed evitamenti) posti in essere per evitare la minaccia temuta.

Così facendo essi riducono nell'immediato la sensazione di disagio, sebbene a lungo termine si produca in loro un aumento degli eventi che essi considerano preoccupanti, facendo anche crescere in loro il senso di colpa, la rabbia e la tristezza che possono produrre peggioramenti a livello di sintomatologia, inducendoli a tentare di allontanare il pensiero ossessivo (Tenore, 2020).

Negli ultimi anni ricercatori e studiosi del D.O.C. si stanno concentrando sulla "vulnerabilità" del soggetto per cercare di comprendere come sia stata favorita l'insorgenza del disturbo, esaminando sia fattori del vissuto recente, sia esperienze precoci molto distanti nel tempo. Recentemente alcuni studiosi hanno spostato l'attenzione dal concetto di "normalità" opposto a "patologia", per sostituirlo con quello di "funzionale" opposto a "disfunzionale". L'obiettivo dovrebbe essere quello di migliorare la qualità della vita del paziente e attraverso la psicoterapia riuscire a favorire l'elaborazione delle emozioni in affetti, ovvero in comportamenti adattivi che possano dare motivazioni realistiche per ridurre la pressione delle emozioni che nel soggetto con disturbo ossessivo compulsivo si concentrano nel bisogno di dover esercitare un ipercontrollo su tutto ciò che lo circonda (Giardina, 2015).

CAPITOLO SECONDO : EZIOPATOGENESI DEL D.O.C.

L'eziopatogenesi del D.O.C. riveste particolare interesse in quanto l'origine di questo eterogeneo disturbo, che nelle forme più gravi è estremamente invalidante, risulta ancora incerta, ma senza dubbio dipendente dal modello bio-psico-sociale.

Il disturbo si può collegare a differenti fattori che possono predisporre l'individuo alla comparsa dei sintomi, come la vulnerabilità genetica che viene associata ad alcune caratteristiche specifiche dei soggetti in cui si sviluppa il D.O.C. a seguito di traumi prevalentemente infantili, in quanto i pazienti stessi spesso ricollegano certi eventi incontrollabili della loro vita alla comparsa della sintomatologia (Cosentino et al., 2019).

2.1. DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO COLLEGATO AD EVENTI STRESSANTI

È possibile collegare i sintomi del D.O.C. a eventi traumatici e stressanti che producono un impatto significativo sulla vita dell'individuo, in particolare molti traumi infantili, quali abusi sessuali, fisici ed emotivi, nonché l'abbandono, si associano a disturbi ossessivi-compulsivi con sintomatologia piuttosto grave. È stata riscontrata anche una differenza di genere, in quanto nelle ragazze in età prepuberale pare che questi eventi abbiano un impatto ancora maggiore. I traumi infantili fisici e sessuali sarebbero prevalentemente correlati in modo significativo a pulizia/contaminazione, ripetizione/controllo, pensieri intrusivi, simmetria e sintomi di accaparramento, sebbene un'accentuata gravità di tali sintomi si rilevi nei bambini che hanno subito abusi sessuali (Pinciotti et al., 2022).

I sintomi possono presentarsi con esordio precoce, soprattutto in soggetti di sesso maschile ed in questi casi il D.O.C. tende a diventare un disturbo con decorso cronico ed inaggravante (Albert et al., 2002). In questi casi i soggetti percepiscono una grande sofferenza e il disturbo produce un forte impatto sulla vita di relazione dei giovani pazienti, sul loro funzionamento in ambito scolastico, sociale e familiare (Masi et al., 2008). Purtroppo, non è semplice diagnosticare questo disturbo in bambini e adolescenti perché spesso dalla famiglia vengono celati i sintomi e rivelati soltanto quando si presentano già in forma molto grave ed inoltre le indagini epidemiologiche spesso non considerano i casi di forme sub-cliniche. La fenomenologia delle ossessioni nei pazienti in età precoce riguarda principalmente pensieri

con contenuti violenti e/o sessuali, rituali con numeri (come contare, ripetere parole, mettere gli oggetti in un particolare ordine, lavaggio e pulizia) e pensieri di contaminazione (Buonanno et al., 2008).

L'esordio del disturbo compare soprattutto in due periodi critici dello sviluppo, ovvero fra i 10 e i 13 anni (pubertà) e fra i 21 e i 29 anni (prima età adulta): dalle ricerche è emerso come il D.O.C. sia una delle condizioni psichiatriche più comuni nei giovani e che i sintomi in età precoce possano rivelarsi particolarmente invalidanti. Pochi studi riguardano il periodo dell'adolescenza con riferimento specifico ai sintomi correlati alla storia del trauma vissuto dal singolo individuo, mentre sono più numerose le ricerche effettuate sulla concomitanza dei sintomi del D.O.C. con il disturbo post-traumatico da stress. Sono inoltre scarsi gli studi sull'esordio tardivo di questo disturbo, ovvero dopo i 40 anni di età: si ritiene che il D.O.C. abbia maggiori probabilità di comparsa nelle donne, in individui che abbiano avuto per molto tempo una sintomatologia ossessivo-compulsiva sub-clinica che può slatentizzarsi se associata ad un evento traumatico significativo che si verifica dopo i 40 anni (Frydman et al., 2014).

Il meccanismo dell'evitamento esperienziale, inteso come riluttanza o incapacità a mantenere il contatto con le proprie esperienze interne e anche come tentativo di sfuggire alle esperienze stesse, potrebbe aiutare a spiegare come l'esposizione al trauma vada ad influenzare lo sviluppo o l'aumento dei sintomi patologici, tra cui anche il D.O.C. (Kroska et al., 2018).

Si suppone altresì che in un soggetto geneticamente predisposto al D.O.C. un trauma possa condurre ad un aumento e ad un aggravamento della sintomatologia, sebbene possa essere problematico lo studio e soprattutto la dimostrazione di una correlazione fra il disturbo ed il trauma quando i sintomi insorgono molti anni dopo l'evento traumatico. Inoltre spesso è il paziente medesimo a evidenziare e collegare un evento traumatico all'insorgenza del disturbo basandosi su una percezione soggettiva, sebbene non sempre tale esperienza stressante soddisfi i criteri diagnostici per un trauma che possa aver generato o accelerato l'insorgenza del disturbo, pertanto può rimanere il dubbio rispetto al fatto che questi eventi discreti possano effettivamente aver avuto un impatto significativo sulla produzione dei sintomi stessi (Pinciotti et al., 2022).

Il ruolo dei fattori ambientali è stato oggetto di molti studi di ricerca, poiché alcuni eventi stressanti, positivi (la gravidanza, la nascita di un figlio, il matrimonio) o negativi (la separazione, la morte di una persona cara) che siano, possono provocare l'interruzione della routine delle attività quotidiane e il soggetto deve effettuare una serie di aggiustamenti continui per recuperare il proprio equilibrio attraverso inevitabili cambiamenti. È importante

in questi casi il tipo di valutazione soggettiva di questi eventi che possono essere traumatici per alcuni, per nulla per altri. L'impatto delle esperienze stressanti sull'insorgenza e la progressione del disturbo ossessivo-compulsivo risulta ancora piuttosto incerto. Infatti, nonostante alcuni studi abbiano dimostrato come una maggiore esposizione agli eventi stressanti abbia causato un aggravamento del D.O.C. e come in oltre la metà degli individui esaminati fosse comparsa la sintomatologia proprio a seguito di una esperienza stressante o fosse accresciuta la gravità delle ossessioni somatiche (in particolare sintomi di controllo e simmetria), è altresì emerso da diversi studi come, essendo il D.O.C. un disturbo eterogeneo, le esperienze stressanti possono avere una influenza differente sulle sue diverse dimensioni e non necessariamente su tutte (Destrée et al., 2023).

Alcuni studi hanno inoltre cercato di investigare più approfonditamente le caratteristiche sociodemografiche e cliniche che possono contribuire a produrre i disturbi più severi, sottolineando come nei casi più gravi la sintomatologia interferisca principalmente sulle capacità lavorative mentre non provochi particolari compromissioni sul funzionamento sociale (Rigardetto et al., 2013).

Altri studi ancora hanno posto l'attenzione sulla misura in cui la vita di questi pazienti sia resa difficoltosa dalla presenza di una sintomatologia estremamente invalidante, che pervade e compromette anche la qualità della vita dei familiari (Scale, 2009).

In tutte le ricerche lo stress sembra essere risultato un fattore scatenante per l'insorgenza del disturbo ossessivo compulsivo. Inoltre è interessante notare come i pazienti che soffrono di questo disturbo presentino livelli più elevati di stress percepito, rispetto agli altri individui (Hemmings et al., 2004).

In un'ottica di diagnosi differenziale occorre sottolineare come, nonostante i sintomi del disturbo da stress post-traumatico possano sembrare analoghi a quelli del disturbo ossessivo compulsivo (in particolare per quanto riguarda il rivivere eventi che si presentano alla mente come immagini intrusive e che quindi possono assomigliare a un'ossessione o all'evitamento di stimoli temuti), il disturbo post-traumatico da stress non include pensieri intrusivi non correlati al trauma scatenante e neppure comportamenti ritualistici non correlati all'evitamento o all'ipervigilanza. Bisogna quindi valutare con molta attenzione tutti i sintomi per discriminare queste sindromi, sebbene si possano verificare casi di comorbidità tra P.T.S.D. (Disturbo post traumatico da stress) e D.O.C., considerando anche il fatto che molti studi hanno confermato l'ipotesi dell'esistenza di un nesso di causalità fra eventi psicologicamente traumatici e l'insorgenza del D.O.C. (Lafleur et al., 2011).

Sono in aumento le ricerche attraverso le quali si evidenziano le connessioni tra i sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo ed eventi di vita traumatici e stressanti. Al fine di indagare la genesi del disturbo, i ricercatori prendono in esame le narrazioni dei soggetti relativi agli eventuali nessi di causalità percepita rivolgendo ai pazienti delle domande affinché essi stessi possano spiegare perché credono che il loro disturbo si sia sviluppato in seguito ad un evento stressante o traumatico. Da alcuni studi effettuati quasi la metà dei soggetti è convinta che il proprio disturbo ossessivo compulsivo si sia sviluppato a seguito di un evento identificabile. Gli individui con eziologie traumatiche percepite hanno confermato in modo costante di sentirsi impegnati in diverse tipologie di ossessioni e compulsioni, in particolare nel passato, con uno specifico riferimento a temi impicanti simmetria/esattezza, ripetizione, controllo, scrupolosità, dubbio patologico e accaparramento. Da queste ricerche si evince che i pazienti in genere considerano gli eventi che si verificano prima dell'insorgenza del disturbo ossessivo compulsivo come il catalizzatore del disturbo ossessivo compulsivo stesso, influenzandone la gravità dei sintomi (Pinciotti et al., 2022).

Sono decisamente numerosi gli eventi ambientali che possono contribuire potenzialmente alla comparsa o al peggioramento di un D.O.C. e molti di questi si possono considerare stressanti di per sé, quali complicazioni perinatali e del parto, cambiamenti dei sistemi riproduttivi in base all'età, stili di educazione dei genitori, problemi socioeconomici, lesioni corporali e offese verbali (Imthon et al., 2020).

La ricerca è pressoché unanime nel considerare particolarmente dannose le conseguenze dell'abuso sessuale sulle vittime: l'individuo ha maggiori probabilità di provare *disgusto* durante e dopo l'evento traumatico e questo influenza in modo gravemente negativo la sua visione di sé stesso e di quanto accaduto. In particolare, il grado di intensità del disgusto provato nel periodo peri traumatico è considerato predittivo di alcuni dei sintomi psicopatologici. In considerazione del fatto che le vittime di abusi sessuali tendono a provare sentimenti di disgusto, aumenta inoltre il rischio che si impegnino in atti di evitamento esperienziale. (Miller, 2017).

Nel D.O.C. sarebbero altresì presenti dei sintomi di dissociazione psicopatologica, quali disgregazioni di funzioni di memoria, coscienza, percezione e identità. In letteratura già Janet all'inizio del '900 aveva evidenziato la presenza di una sintomatologia dissociativa correlata al D.O.C. ed in seguito, attraverso lo studio di casi clinici, sarebbe emersa la coesistenza di depersonalizzazione e derealizzazione. In particolare nei soggetti affetti da D.O.C. possono comparire disturbi della memoria con amnesia dissociativa in riferimento ad azioni che compiono quando sono preda delle compulsioni per tentare di allontanare le loro ossessioni;

possono presentarsi anche disturbi nella capacità metacognitiva di cogliere la differenza fra immagini del ricordo e percezioni (Liotti et al., 2011).

Pochissimi studi si sono concentrati sulla correlazione fra alcuni eventi per così dire “fisiologici” nella vita della donna, quali la gravidanza e il periodo post-partum e la comparsa o il peggioramento del D.O.C. Il periodo perinatale e quello della gravidanza sono indubbiamente dei momenti in cui la donna è particolarmente vulnerabile ai disturbi psicologici, compreso il disturbo ossessivo-compulsivo. Durante la gravidanza risultano prevalenti le ossessioni di contaminazione e i rituali di lavaggio o pulizia che compaiono gradualmente, invece nel post-partum si manifestano maggiormente pensieri ossessivi intrusivi egodistonici di danneggiare il bambino, ai quali possono accompagnarsi comportamenti di evitamento o rituali di controllo che compaiono già dopo un paio di giorni dopo la nascita. Poiché nella maggior parte di questi casi il D.O.C. non viene diagnosticato e tanto meno trattato, la donna può trovarsi in uno stato di ulteriore disagio e difficoltà rispetto al neonato e anche alla sua famiglia di origine (Forray et al., 2010).

Anche lo stress psicosociale è in interazione con fattori di vulnerabilità dei soggetti, in quanto un medesimo evento stressante può produrre effetti patologici su un individuo e non su un altro (addirittura aumentando in alcuni casi la sua resilienza). Lo stress può interagire con la sintomatologia del D.O.C. in modi differenti: in alcuni soggetti può portare allo sviluppo diretto e casuale del disturbo, in altri soggetti già vulnerabili il disturbo può rimanere latente finché non viene attivato da una specifica esperienza stressante; ancora, in alcuni individui in cui il disturbo è già presente, l’evento psicosociale, percepito come molto stressante, può esacerbarla in modo episodico o addirittura permanente. In ognuno di questi casi è importante considerare il tipo e la gravità dei fattori di stress. Si consideri che uno stress di tipo acuto può provocare comportamenti ossessivi anche in persone sane, se si considera il fatto che, attraverso strumenti di autovalutazione gran parte degli individui affetti da D.O.C. mettono in relazione l’esordio della loro malattia con eventi di vita particolarmente significativi e stressanti (anche riferiti a 6-12 mesi prima) e con il numero di eventi stressanti loro occorsi nel corso della vita. Questo fa presumere che il contributo dell’ambiente sia molto importante, sebbene occorra considerare anche il rischio di un bias soggettivo, rispetto a cui i soggetti riconducono erroneamente la comparsa del disturbo ad un evento stressante per dare un senso alla loro esperienza.

In letteratura il trauma è considerato una forma estrema di stress psicosociale che influenza lo sviluppo di sintomi di D.O.C. e che può soprattutto provocare l’esacerbazione delle compulsioni. Gli individui che hanno vissuto traumi infantili sarebbero esposti da cinque a

nove volte di più alla possibilità di sviluppare la patologia in età adulta. Inoltre l'esame specifico del trauma ha mostrato come nei sopravvissuti ad aggressioni sessuali ci sia una probabilità quattro volte superiore di soddisfare i criteri per il D.O.C. rispetto ad altri soggetti; altresì i pazienti che soffrono di questo disturbo riportano molto spesso in modo retrospettivo abusi infantili, fisici e vissuti di abbandono durante l'infanzia rispetto ad altri soggetti ansiosi e non clinici e sono anche presenti correlazioni significative fra la gravità dell'abuso/abbandono e i sintomi ossessivi in età adulta (Adams et al., 2018).

Quella del D.O.C. è considerata una delle forme più croniche di psicopatologia, sarebbe dunque opportuno fare maggior chiarezza sul ruolo delle esperienze traumatiche infantili in questo disturbo e stabilire se effettivamente esista o meno un legame fra il trauma infantile e la gravità del disturbo medesimo. Questa indagine potrebbe essere rilevante per capire se in ambito clinico sia utile o meno affrontare con i pazienti queste esperienze traumatiche precoci (Boger et al., 2020).

Un interessante studio socio-demografico è stato svolto in Brasile per valutare il significato e la gravità dei sintomi di soggetti affetti da D.O.C. seguendo le fluttuazioni del disturbo nel corso del ciclo di vita in concomitanza con gli eventi stressanti: sono stati confrontati pazienti con o senza eventi di vita stressanti ed è stata sostanzialmente confermata l'influenza dell'ambiente sui soggetti vulnerabili all'insorgenza o all'esacerbazione dei sintomi ossessivo-compulsivi (Imthon et al., 2020).

Tutti i potenziali fattori di rischio ambientale per il disturbo ossessivo compulsivo sono stati identificati in vaste dimensioni quali le complicanze perinatali, il ciclo riproduttivo, gli eventi di vita stressanti. Ci sono inoltre delle prove, ma con molti limiti, in relazione ad altri potenziali fattori di rischio, come l'età dei genitori, la stagione di nascita, lo stato socioeconomico, le pratiche di educazione dei genitori, le infezioni, le lesioni cerebrali traumatiche, l'uso di sostanze o la carenza di vitamine. Stante il fatto che tali studi presentavano in generale alcune criticità rispetto alla qualità metodologica, non si può sino ad oggi sostenere che un particolare fattore di rischio ambientale possa essere associato in modo univoco ed esclusivo al disturbo ossessivo compulsivo. Si ritiene pertanto che gli studi futuri debbano approfondire tale tema attraverso ricerche longitudinali estese alla popolazione generale, utilizzando disegni quasi sperimentali su famiglie e su gemelli con lo scopo di riconoscere i fattori di rischio associati al disturbo, nonché di stabilire se esista o meno una causalità diretta o per comprendere se sia possibile moderare l'influenza specifica che ha la genetica sulla comparsa di questo disturbo. (Brander et al., 2016).

2.2. DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO A LIVELLO FENOTIPICO

Il problema può essere affrontato anche a livello fenotipico, osservando come da una serie di studi condotti sia emerso che in età adolescenziale soltanto gli eventi stressanti abbiano predetto lo sviluppo successivo del disturbo e non la genitorialità punitiva materna o paterna, seppure sia anch'essa un evento di vita stressante, sia trasversalmente sia longitudinalmente, talvolta associato al D.O.C. (Krebs et al., 2019).

È molto difficile fornire validità fenotipica al D.O.C., ovvero identificare i meccanismi che causano o mantengono il disturbo, essendo presenti nel disturbo sintomi eterogenei che abbracciano un gran numero di pensieri, emozioni, paure, impulsi e comportamenti. Questa eterogeneità è stata ridotta a quattro principali dimensioni dei sintomi: pensieri proibiti, accaparramento, simmetria e contaminazione/pulizia. Tali sintomi possono essere considerati stabili nel tempo e sono state dimostrate differenze nei substrati neurali, nonché ereditabilità. Al momento non risulta tuttavia dimostrato se il disturbo ossessivo compulsivo abbia una struttura sintomatica simile in tutto il ciclo di vita o meno. Di recente è stato sostenuto come possa esserci un numero superiore di dimensioni sintomatologiche del DOC supportate empiricamente e che alcune possano consistere in sottodimensioni. Si ritiene che i fenotipi fondamentali del D.O.C. possano essere le dimensioni dell'incompletezza e dei pensieri inquietanti, ma occorreranno ancora molte ricerche per stabilire e per comprendere l'eziologia di questo disturbo, la sua neurobiologia e se per il trattamento sia opportuno utilizzare un modello gerarchico e multidimensionale espanso, ovvero un modello di struttura sintomatologicamente definita, con una precisa gerarchia che comprende un numero di dimensioni predefinito e valido per tutto il ciclo di vita (Cervin et al., 2021).

È stata esaminata anche la composizione della struttura familiare e le condizioni socioeconomiche della stessa per valutare ulteriormente i fattori di rischio nella prima infanzia; è emerso come l'età avanzata della madre e l'ordine di nascita sarebbero i maggiori fattori di rischio per il disturbo ossessivo compulsivo nei maschi, mentre essere figlio unico aumenterebbe il rischio per entrambi i sessi. Ancora, fattori come istruzione, occupazione e reddito dei genitori, risulterebbero associati al D.O.C. con maggiore frequenza nelle donne (Yilmaz et al., 2022).

È stata inoltre confermata l'esistenza di caratteristiche tipiche del disturbo nei 2 sessi, sebbene le differenze emerse non giustifichino l'ipotesi di tipizzare il D.O.C. in base al genere, in quanto le differenze riguardano fattori quali l'età di esordio, che possono essere approfonditi dal punto di vista dei fattori genetici e ambientali (Alberto et al., 2012).

Si ritiene che allo sviluppo del D.O.C. in soggetti biologicamente vulnerabili possano contribuire anche i fattori di apprendimento sociale, fra cui rientrerebbero i modelli genitoriali di educazione dei figli, sebbene non ci sia ancora accordo sulla precisa influenza dei comportamenti genitoriali e sulla sua relazione con specifici sintomi del disturbo. Inoltre le ricerche sono piuttosto datate e mettono in evidenza come certi comportamenti e atteggiamenti dei genitori possano influire sulla comparsa precoce del disturbo in soggetti ossessivi-compulsivi subclinici che percepiscono i loro padri e madri come più rifiutanti, iperprotettivi e meno calorosi da un punto di vista emotivo. Parrebbe inoltre che la paura indotta da certi stili educativi sia alla base di forme comuni di comportamento ritualistico nel D.O.C., come il comportamento di lavaggio che si manifesterebbe maggiormente nei figli appartenenti a famiglie iperprotettive e ipercontrollanti, mentre il comportamento di controllo sarebbe correlato a comportamenti ipercritici che inducono nei figli timori eccessivi di commettere errori, sebbene studi successivi non abbiano totalmente supportato questa tesi (Alonso et al., 2004). Risultano comunque fattori specifici di vulnerabilità del soggetto le esperienze precoci di rimprovero e critica (Tenore et al., 2020) che contribuiscono a mantenere il disturbo nel tempo.

È fuor di dubbio che il tipo di relazione di attaccamento con i genitori possa influenzare notevolmente la comparsa della sintomatologia, in particolare quando nei primi sedici anni di vita del paziente c'è stato un basso livello di cura del bambino o un elevato controllo da parte di entrambi i genitori, sebbene siano considerati fattori aspecifici di rischio in quanto presenti anche in altre forme di psicopatologia (Mancini et al., 2005). I nessi causali fra attaccamento e psicopatologia, in particolare rispetto a quali psicopatologie si possano effettivamente correlare, non sono stati ancora chiariti, ma è certa la loro rilevanza da un punto di vista clinico. In tal senso si può fare riferimento alla *Developmental Psychopathology* (legata alla Teoria dell'Attaccamento di Bowlby del 1988) che consiste nel cercare di individuare a ritroso gli anelli che costruiscono una catena di fattori di rischio e/o protettivi e che possono portare all'esordio di un disturbo psicopatologico come il D.O.C.. La Teoria dell'Attaccamento consentirebbe altresì di mantenere un legame stretto fra biologia e psicologia, nonché di porre lungo un continuum normalità e patologia, continuum in cui alcuni eventi traumatici molto diffusi e comuni, quali un lutto o una separazione, si possano correlare a diversi disturbi (Onofri, 2010). È stato infatti ipotizzato un legame fra la comparsa del D.O.C. e una relazione ambigua di attaccamento (Guidano e Liotti, 1983), ovvero nel caso in cui il genitore di riferimento abbia comportamenti che alternano approvazione verbale e disapprovazione non verbale, che potrebbero generare nel soggetto una tendenza ad avere

costantemente dubbi sulla sua disprezzabilità con conseguente ricerca della certezza assoluta che genera in lui ossessioni e compulsioni (Mancini et al., 2005).

2.3. EREDITARIETA' DEL D.O.C.

È sempre più diffusa e confortata da studi clinici la tesi secondo cui il D.O.C. sia mediato da fattori genetici, pur non essendo ancora chiaro il meccanismo preciso riguardante l'ereditarietà, sebbene sia stato rilevato in modo costante come il disturbo ossessivo compulsivo sia una condizione familiare, in cui i parenti di primo grado dei pazienti hanno circa 4-5 volte più probabilità di soffrire essi stessi di questo disturbo rispetto ai parenti di soggetti sani e che il rischio diminuisce con l'aumentare della distanza di parentela genetica.

Sono stati condotti diversi studi sulla famiglia e sui gemelli per valutare la presenza di una componente ereditaria nell'eziologia del disturbo ossessivo-compulsivo. In ambito genetico sono stati svolti studi sui gemelli, con indici di maggiore concordanza nei gemelli monozigoti, nonché sulle famiglie, con indici più elevati di presenza del D.O.C. fra i parenti di primo grado (Di Nocera et al., 2011). Il fenotipo clinico del D.O.C. è caratterizzato da un numero molto esteso di fattori neurobiologici e ambientali che lo rendono un disturbo geneticamente e clinicamente eterogeneo, con diversi sottotipi recentemente classificati considerando i fenotipi specifici correlati al costrutto genetico di ordine superiore. Fra questi sottotipi è stato identificato quello dell'esordio in età precoce, che si presenta soprattutto in individui maschi (Gamberini et al., 2007). Recenti ricerche hanno focalizzato l'attenzione sul ruolo che possono avere i sistemi di neurotrasmettitori della serotonina e della dopamina nella patogenesi del D.O.C., tesi supportata dall'efficacia di alcuni farmaci utilizzati nei percorsi di trattamento di questo disturbo (Hemmings, 2004).

L'ereditarietà del D.O.C. è tuttavia soltanto moderata, pertanto è importante identificare i geni, ma è altrettanto necessario approfondire lo studio dei fattori di rischio ambientale specifici che interagiscono con i fattori genetici, sebbene i metodi di indagine siano diversi e spesso difficili da conciliare (Mandarelli et al., 2014). Da studi recenti viene sollecitata la necessità di accertare come i geni possano interagire con i fattori di rischio ambientali, attraverso un dialogo incrociato in cui farebbero da mediatori i meccanismi epigenetici. Attraverso alcune ricerche sui valori ematici e la saliva riguardanti i recettori dell'ossitocina è stato provato infatti che il fattore chiave potrebbe essere il microbiota umano, in quanto

sarebbero proprio i metaboliti batterici ad agire come modulatori epigenetici (D'Addario et al., 2022).

2.4. INFLUENZA DELLA CULTURA SUL D.O.C.

È stimolante approfondire la tematica di come anche la cultura possa influenzare l'insorgenza del D.O.C., ovvero se la sintomatologia si manifesti in modo diverso in differenti culture e quali fattori di diversità culturale incidano maggiormente sulla presenza di differenze nelle manifestazioni stesse del disturbo.

Indubbiamente in base alla cultura di appartenenza il soggetto percepisce e riferisce in modo diverso il proprio disagio al clinico, così come quest'ultimo, sempre in base alla sua cultura, comprenderà e interpreterà i sintomi formulando una diagnosi clinica. Non sono tuttavia disponibili ancora molti dati che consentano di misurare l'impatto sulla manifestazione clinica del D.O.C. in base ai diversi aspetti dell'identità culturale, quali l'orientamento sessuale, la classe socioeconomica, gli anni di scolarizzazione e l'affiliazione religiosa. Ciò nonostante si presume che possano rappresentare dei fattori di rischio per l'aggravamento del disturbo e in ogni caso influiscano sul suo decorso, anche se molti studiosi ritengono che i sintomi sperimentati siano simili in tutte le culture.

Recentemente sono stati effettuati alcuni studi sull'associazione di variabili quali religiosità/spiritualità e credenze personali (paranormali e ideazione magica) relative alla salute mentale, attraverso approcci scientifici complessi e multidimensionali, con risultati tuttavia spesso contraddittori o non comparabili. Non si può però ignorare il fatto che in letteratura ad alti punteggi di religiosità/spiritualità e ideazione magica si associano spesso tratti ossessivo-compulsivi più accentuati, anche se non è dimostrato in modo chiaro se questi risultati siano influenzati da altri fattori. Religiosità/spiritualità e convinzioni personali rimangono tuttavia fattori importanti della nostra esperienza e come tali devono essere adeguatamente considerati soprattutto in fase di trattamento psicoterapeutico dei disturbi psichiatrici.

Un altro importante argomento di discussione è se la struttura nosografica del DSM-5 si possa considerare adatta a tutte le culture, ovvero se lo schema con cui vengono raccolti dati e le informazioni sui pazienti sia quello più idoneo in tutti i contesti culturali. In particolare, per il D.O.C. il maggior numero di dati conosciuti provengono da Paesi Europei o dagli Stati Uniti, mentre da Paesi come Cina e India - che insieme costituiscono il 38% della popolazione

mondiale - giunge un minor numero di informazioni. L'OMS ha classificato questo disturbo all'11° posto delle malattie non fatali (al pari della schizofrenia in termini di disabilità) sulla base del carico attribuibile alle malattie in considerazione dei costi indiretti che produce (disabilità lavorativa, prepensionamento, impatto sulla famiglia). Quindi, valutato in un contesto globale, il D.O.C. ha una grande importanza ed è necessario comprenderne meglio le caratteristiche specifiche essendo un disturbo diffuso in tutto il mondo (Nicolini, 2017).

Confrontare le manifestazioni di questo disturbo nei diversi paesi, seppure le informazioni siano scarse, è però di enorme importanza per capire quali fattori influenzano la presenza clinica del D.O.C. Da tali studi è emersa una presenza pressoché omogenea del disturbo, con una serie di variazioni che riguardano una proporzione maggiore di individui che manifestano unicamente ossessioni (es. Stati Uniti e Nuova Zelanda) e per contro di soggetti che presentano prevalentemente compulsioni (es. Corea). Il più esteso studio sul campo è stato svolto in Brasile e negli Stati Uniti ed ha evidenziato come gravità dei sintomi e età di esordio siano simili in entrambi i campioni, mentre possono essere rilevate alcune differenze nella comorbilità (per es. tassi più elevati di ansia generalizzata e di disturbo post-traumatico da stress nei brasiliani), confortando così chi sostiene che gli aspetti culturali possano spiegare alcune delle differenze riscontrate.

Esaminando in particolare le ossessioni, pare che la loro tipologia vari in base al contesto culturale, in quanto nei Paesi del Medio-Oriente presentano una prevalenza di temi religiosi, mentre in Brasile si manifestano con ossessioni aggressive; invece, i temi di contaminazione sono presenti in tutti i Paesi (Fontenelle et al., 2004). Se si osserva la popolazione indiana sono prevalenti le compulsioni legate alla pulizia e all'inquinamento, pertanto è stata avanzata la tesi che questo fenomeno sia collegato alla loro religione che prevede particolari rituali di purificazione. Per spiegare meglio il legame fra religiosità e D.O.C. si deve far riferimento al fatto che in alcune religioni sono presenti regole rigide di comportamento che devono essere osservate scrupolosamente nel professare la propria fede, inducendo costantemente il soggetto a ritenere inadeguati e intrusivi certi pensieri "impuri", costringendolo a praticare un continuo controllo di questi pensieri con conseguente senso di colpa. Pertanto il soggetto compirebbe alcune azioni al fine di eliminare quei pensieri intrusivi che la sua religione condanna come peccaminosi, riducendo così il suo senso di colpa. La maggiore frequenza con cui il paziente ripete questi atti sarebbe giustificata proprio dal tentativo di avere il completo controllo sui propri pensieri nella convinzione che la ripetizione gli consenta di togliere dalla sua mente queste idee. Sebbene in generale la letteratura non consideri la religione come un fattore eziologico del D.O.C., la religione, intesa come parte della cultura di ogni persona, ha

indubbiamente un ruolo importante sulle modalità con cui si presenta il disturbo in ciascun paziente.

Si ritiene inoltre che l'età di insorgenza del disturbo possa essere influenzata dal contesto culturale, soprattutto se si tiene conto del fatto che superstizioni e pensieri magici sono prevalenti in soggetti affetti da D.O.C. con esordio precoce e che il pensiero magico si associa al controllo nella manifestazione dei comportamenti ossessivo-compulsivi soprattutto quando il disturbo compare in giovane età (Nicolini, 2017).

2.5. II D.O.C. SECONDO IL MODELLO EVOLUZIONISTICO

Altrettanto interessante è esaminare la visione del D.O.C. in una prospettiva evoluzionistica, in quanto la natura multidimensionale di questo disturbo può essere considerata da un punto di vista evolutivo rispetto al processo di maturazione del cervello. Con la selezione naturale alcuni tratti hanno avuto la prevalenza su altri e stranamente ciascuna delle dimensioni del sintomo ossessivo-compulsivo fino ad ora identificate può essere messa in relazione con aspetti positivi della capacità umana di riprodursi e di sopravvivere come specie. In questa prospettiva, per esempio, si può considerare il fatto che i bambini sin da piccoli si impegnano in una quantità decisamente significativa di attività rituali, ripetitive e di tipo compulsivo che fanno parte del loro normale repertorio comportamentale. Queste osservazioni hanno condotto alcuni ricercatori ad effettuare degli studi attraverso i quali è stato scoperto l'emergere precoce nei bambini di comportamenti specifici che in età adulta assomigliano alle dimensioni dei sintomi dei pazienti affetti da D.O.C. (per es. bambini che verso i 2 anni di età iniziano ad organizzare oggetti o ad eseguire certi comportamenti e smettono di farlo soltanto quando sembrano "giusti") (Leckmann et al., 2005).

Il disturbo ossessivo-compulsivo ha in sé delle caratteristiche distintive che possono essere spiegate in termini antropologici ed evolutivi. Partendo dalla sua componente genetica, prendendo spunto da resoconti storici di Plutarco che descriveva già i sintomi di questo disturbo e considerando che il D.O.C. è presente in tutte le culture, si può affermare che possa essere considerato come un'antica "specializzazione comportamentale". La maggior parte delle compulsioni (controllo, lavaggio, conteggio, accaparramento) condurrebbero a potenziali vantaggi evolutivi, tenendo conto del fatto che le compulsioni, più di altri comportamenti, possono influenzare direttamente gli altri individui, trattandosi di azioni ripetitive (conteggio, controllo, pulizia, ripetizione di parole) essendo considerati utili e

funzionali per la conservazione della specie, dunque sarebbero più significative da un punto di vista evolutivo (Polimeni et al., 2005). Alcuni studiosi ritengono che i sintomi del D.O.C. al di sotto della soglia, da un punto di vista evolutivo potrebbero essere considerati un vantaggio nell'adattamento guardando in particolare a caratteristiche della personalità quali la meticolosità e il perfezionismo, mentre sarebbero disadattive se si pone l'accento su inflessibilità e coscienziosità.

2.6. NEUROIMAGING E STUDI NEUROPSICOLOGICI SUL D.O.C.

Con gli studi di neuroimaging funzionale è stato possibile migliorare la comprensione dei meccanismi neuronali alla base del D.O.C., soprattutto per quanto riguarda particolari capacità cognitive ed alcuni aspetti emotivi. I sintomi ossessivo-compulsivi sono stati ricondotti all'attivazione della corteccia orbito-frontale, con un coinvolgimento seppur meno consistente del giro del cingolo anteriore, dello striato, del talamo, delle cortecce laterale – frontale – temporale, dell'amigdala e dell'insula. Nei pazienti D.O.C. queste aree si attiverebbero in modo esagerato a seguito di reazioni emotive di disgusto e anche al senso di colpa di tipo deontologico (quando per es. il soggetto sente di trasgredire a regole morali che ha interiorizzato) (Basile et al., 2017).

In uno studio di tomografia a emissione di positroni (PET) si è scoperto che i sintomi legati al bisogno di controllo sembrerebbero essere correlati con un aumento del flusso sanguigno cerebrale nella regione dello striato, mentre la simmetria/ordinamento alla riduzione del suddetto flusso nella medesima regione; invece i sintomi del lavaggio risulterebbero correlati all'aumento del flusso sanguigno nel cingolo anteriore bilaterale e nella corteccia orbitofrontale sinistra (Savino et al., 2007).

Attraverso l'uso della risonanza magnetica funzionale sono stati effettuati alcuni studi aventi come oggetto il confronto fra pazienti affetti da D.O.C. con sintomi di lavaggio e altri con sintomi di controllo, facendo visualizzare immagini di scene disgustose oppure rilevanti per il lavaggio. Con la visione di immagini relative al lavaggio soltanto nei soggetti ossessionati dal lavaggio si attivavano regioni implicate nella percezione delle emozioni e del disgusto (come regioni visive e corteccia insulare), mentre in quelli affetti da sintomi di controllo si attivavano regioni frontostriatali e del talamo. In altri studi di comparazione pazienti con disturbo ossessivo compulsivo con sintomi prevalentemente di lavaggio hanno mostrato una maggiore attivazione rispetto ai soggetti di controllo nell'insula destra, nella corteccia

prefrontale ventrolaterale e nel giro paraippocampale durante la visualizzazione di immagini che inducono disgusto. In un altro studio sono stati esaminati pazienti con sintomi predominanti di accumulo ed è stato verificato in loro un ridotto metabolismo del glucosio nel giro cingolato posteriore (rispetto ai soggetti di controllo) e nella corteccia prefrontale dorsolaterale (rispetto ai soggetti DOC senza accumulo) e che la gravità dell'accumulo nell'intero gruppo di pazienti era correlata negativamente con il metabolismo in quest'ultima regione. È indubbiamente necessario effettuare ancora molte ricerche sui correlati neurali comuni e distinti delle varie dimensioni del sintomo ossessivo-compulsivo per mezzo di paradigmi di provocazione del sintomo, ovvero utilizzando tecniche di neuroimaging dopo aver sottoposto i pazienti a situazioni di stress per verificare quali modificazioni avvengano in loro a livello dei circuiti corticostriali-limbici che si trovavano a riposo prima della stimolazione. Sarebbe altresì utile condurre studi sulla combinazione di compiti neuropsicologici e tecniche di neuroimaging, in quanto gli studi di neuroimaging strutturale sono stati piuttosto incoerenti e fino ad oggi non è stata esaminata la relazione tra le anomalie della sostanza grigia e bianca e le dimensioni dei sintomi. Da alcune ricerche è emerso come fattori di stress della prima infanzia possono essere associati alla perdita di materia grigia nel circuito corticostriale limbico (Adams, 2018).

Sono stati svolti anche studi neuropsicologici sul D.O.C. soprattutto per discriminarlo da altri disturbi e per identificarne i diversi sottotipi, cercando di distinguere fra sensibilità e propensione al disgusto, sino ad oggi tuttavia è emerso che le disfunzioni cognitive potrebbero costituire una caratteristica generale del disturbo ossessivo compulsivo e probabilmente di altri disturbi correlati (Questa et al., 2013).

2.7. ETEROGENEITA' DEL D.O.C. E APPROCCIO DIMENSIONALE

Il disturbo ossessivo compulsivo, proprio a causa della sua eterogeneità, non consente di dare certezza tecnica ai risultati degli studi effettuati attraverso l'uso di tecniche e metodi per la localizzazione genica, degli studi di neuroimaging e degli studi clinici: queste ricerche hanno tentato di suddividere il disturbo in sottotipi di pazienti sulla base dell'identificazione di marcatori biologici, modelli di trasmissione genetica o previsione della risposta al trattamento. Concordemente alle attuali visioni dimensionali della nosologia psicopatologica, è più opportuno concettualizzare il D.O.C. come uno spettro di sintomi potenzialmente sovrapposti che possono coesistere in un singolo paziente.

Un modello dimensionale del disturbo ossessivo compulsivo può essere pertanto in grado di fornire a clinici e ricercatori un quadro migliore e decisamente più completo del disturbo, in quanto sono rarissimi i pazienti monosintomatici. Tutte le dimensioni dei sintomi sarebbero da considerare quali mere manifestazioni di un unico ampio disturbo, mentre in una prospettiva di "scissione" ogni sintomo sottotipo verrebbe considerato un'entità completamente separata. Queste prospettive non sono incompatibili perché è probabile che siano accomunate da fattori eziologici sia condivisi che distinti all'interno del fenotipo del D.O.C., fattori che dovrebbero essere oggetto di ricerca (sia generali, sia specifici) per contribuire allo sviluppo di ogni dimensione del sintomo.

I criteri diagnostici del DSM-IV si consideravano arbitrari poiché richiedevano che fosse soddisfatto un numero specifico di sintomi ed inoltre i malati, per soddisfare i criteri indicati da questo manuale, dovevano essere impegnati in azioni compulsive, anche differenti, per almeno un'ora al giorno (es. lavare ripetutamente un piatto già pulito, lavarsi le mani accuratamente ogni qualvolta si tocchi un oggetto, ripetere ossessivamente il controllo di chiusura della porta o del gas).

L'approccio dimensionale del DSM-5, per contro, presuppone che i fenomeni ossessivo-compulsivi siano normalmente distribuiti nella popolazione generale, con un notevole ampliamento dei confini diagnostici del disturbo ossessivo compulsivo per includere casi subsindromici. Il modello cognitivo postrazionalista giunge persino a ritenere che alla base del D.O.C. ci sia una specifica struttura di personalità che sarebbe presente anche in soggetti che mai svilupperanno la sintomatologia di questo disturbo, con un'unica differenza data da una maggiore rigidità nella organizzazione di personalità dei pazienti affetti dal D.O.C. (Mannino, 2011).

Il DSM-5 ha indubbiamente il merito di aver raggruppato sintomi comuni in un unico spettro, ma con l'evidente limite di aver compreso nel D.O.C. disturbi che condividono segni e forma dei sintomi (la somiglianza dei sintomi), senza prendere in considerazione la dimensione motivazionale o la funzione. Limitandosi ad una dimensione descrittiva la somiglianza si riferisce soltanto a comportamenti sintomatici ed a pensieri ripetitivi egodistonici, ovvero "non voluti", che il paziente non riesce ad eliminare ed a inibire. Non è vero che il soggetto con D.O.C. metta sempre in atto soltanto comportamenti "non voluti", in quanto per esempio, se tocca un oggetto che gli provoca disgusto, volontariamente deciderà di lavarsi ripetutamente le mani. Viene criticato anche il criterio comune della ripetitività, che peraltro compare in altri disturbi quali l'ipocondria. Tutto ciò conferma quanto sia complicato ritenere simili o differenti due condotte soltanto sulla base della dimensione descrittiva, senza

considerare lo scopo, la motivazione dell'azione, rischiando di complicare il processo diagnostico perché:” non si può comprendere un disturbo mentale prescindendo dalla mente del soggetto” (Mancini et al., 2014).

CAPITOLO TERZO : D.O.C. E COVID

La pandemia determinata dal COVID 19 ha portato cambiamenti epocali nella vita di tutti, con effetti negativi, maggiormente significativi sulle persone più vulnerabili, che hanno dovuto affrontare difficoltà economiche, gravi carenze di assistenza sanitaria, nonché un isolamento forzato con significative conseguenze soprattutto a livello psicologico, determinando una condizione definita *sindemia*, ovvero: "...l'insieme di problemi di salute, ambientali sociali ed economici con le sue pesanti ripercussioni soprattutto sulle fasce di popolazione svantaggiata." (De Vivo et al., 2022, pag. 1).

Durante il periodo pandemico sono state svolte molte ricerche finalizzate ad indagare gli effetti di questo inaspettato ed imprevedibile evento nell'immediatezza e sul lungo termine, come lo studio COMET, un grande progetto che ha avuto come obiettivo l'analisi dell'impatto della pandemia sulla salute mentale degli individui in 40 Paesi (Morgado et al., 2022).

Nel periodo pandemico, soprattutto durante il lockdown, le persone sono state disorientate dall'eccesso di informazioni, spesso discordanti e confusive, allarmanti o eccessivamente rassicuranti: questo "[...] sovraccarico di informazioni è stato definito "infodemia", e ha fatto sì che le fake-news corressero più velocemente del virus stesso, creando incertezze e preoccupazioni"(De Vivo et al., 2022, pag. 2).

Una categoria di persone vulnerabili, che ha particolarmente sofferto durante la pandemia soprattutto a causa delle numerose restrizioni per evitare il diffondersi del contagio (distanziamento sociale, quarantena, limitazioni alla mobilità, riduzione/interruzione dei servizi sanitari e assistenziali) è rappresentata da coloro che soffrono di disturbi mentali. I sanitari hanno tentato di mettere in atto una serie di strategie concrete per essere d'aiuto alle persone in difficoltà cercando delle alternative al "face to face", ovvero utilizzando nuove tecnologie per fornire prestazioni psicologiche a distanza attraverso l'utilizzo di telefono, smartphone con messaggi, videochiamate e videoconferenze (Amistadi et al., 2021).

3.1. IMPATTO DELLA PANDEMIA E DELLA QUARANTENA SUL D.O.C.

Studi effettuati sul periodo di pandemia associato alla quarantena (fra gennaio 2020 e gennaio 2021) hanno evidenziato come l'impatto sugli individui affetti da D.O.C. abbia prodotto

l'esacerbazione di alcuni sintomi, soprattutto di lavaggio e contaminazione (Fontenelle et al., 2020; Francese et al., 2020). In particolare nel periodo emergenziale alcune caratteristiche del disturbo sono state incrementate da emozioni quali la paura per la probabilità di contaminazione, il timore di potersi infettare e di contagiare gli altri, con conseguenti comportamenti di protezione e tentativi di evitare possibili rischi di contaminazione al fine di neutralizzare il senso di colpa. Tutte le misure precauzionali per contrastare la diffusione del contagio (lavarsi frequentemente le mani, indossare guanti e mascherina, usare disinfettanti, mantenere il distanziamento sociale riducendo al minimo i contatti con persone estranee, le limitazioni alla mobilità e all'accesso in luoghi pubblici e la quarantena obbligatoria per i soggetti infetti) hanno dato origine ad un considerevole aumento della sintomatologia in adulti e giovani già affetti dal D.O.C.; alcuni studi effettuati su bambini e adolescenti (Nissen et al., 2020; Tanir et al., 2020) hanno fatto emergere come, in caso di scarso insight e in presenza di ossessioni con contenuti aggressivi, il COVID abbia provocato un aumento dei disturbi. Sono altresì comparsi peggioramenti del quadro sintomatologico in una minima parte (10%) dei soggetti in fase di remissione totale o parziale (Zaccari et al., 2021).

Fra i soggetti maggiormente a rischio a causa dalle paure suscitate dalla pandemia (contaminarsi e/o infettare gli altri) si annoverano quelli che durante la pandemia hanno sopravvalutato le minacce e chi ricercava spasmodicamente notizie sul COVID, poiché questa ossessiva brama di informazioni forniva loro solo apparenti rassicurazioni, innescando invece in molti casi l'insorgenza di ulteriori fonti di preoccupazione. Ne è un esempio l'ossessione da lavaggio: anche coloro che non presentavano questo tipo di preoccupazione preesistente, durante la pandemia erano consapevoli del fatto che un lavaggio ripetuto delle mani e l'uso di disinfettanti potesse fornire sollievo dall'ansia di potersi contaminare. Pertanto in alcuni casi si è instaurata una serie di comportamenti ripetitivi che, secondo gli approcci comportamentali, possono diventare compulsivi perché il sollievo che si trae dal lavaggio diventa appagante anche per "sollevare l'animo" da qualsiasi ansia non correlata alla contaminazione (Shafran et al., 2020).

In uno studio condotto su soggetti con D.O.C. del sottotipo "lavaggio" è stato riscontrato - a causa del periodo di restrizione della mobilità nella quarantena - un evidente peggioramento della sintomatologia legata alla pulizia nonché ai rapporti interpersonali, con un impatto negativo sul loro benessere complessivo (Hassoulas et al., 2021).

È interessante citare uno studio prospettico caso-controllo condotto in un Ospedale di Istanbul (Turchia) nell'aprile 2020 su donne in gravidanza e non, svolto per valutare oltre allo stato d'ansia anche il sintomo ossessivo-compulsivo durante la pandemia in cui si è

registrato un aumento dell'incidenza del sintomo ossessivo-compulsivo e dell'ansia nelle donne in gravidanza. Questo studio può favorire alcune riflessioni e stimolare la ricerca per individuare strumenti che possano migliorare in futuro le capacità di coping di questi soggetti durante gli eventi pandemici o ancora per fronteggiare gli effetti a lungo termine del Covid 19 sulla loro salute mentale (Yassa et al., 2020). Altri studi condotti negli Stati Uniti hanno dato risultati analoghi, evidenziando come siano risultate più vulnerabili le donne in gravidanza che avevano subito maggiori stress, in particolare quelle più giovani di età, che avevano perso il lavoro e che avevano il sospetto di aver contratto l'infezione (Mahaffey et al., 2022).

Nel periodo pandemico, soprattutto durante le restrizioni iniziali più rigide, attraverso alcuni studi longitudinali effettuati in diversi Paesi del mondo sono state generalmente riscontrate esacerbazioni dei sintomi anche in pazienti trattati farmacologicamente. Altresì i pazienti che nei mesi precedenti la pandemia avevano avuto una remissione dei sintomi del D.O.C., sono risultati più vulnerabili al ripresentarsi di ossessioni e compulsioni intense, in particolare quelle di pulizia e contaminazione, confermando il fatto che eventi molto stressanti abbiano effetti negativi sui pazienti affetti da D.O.C. (Grant et al., 2021).

3.2. ESACERBAZIONE E/O CAMBIAMENTI NELLA SINTOMATOLOGIA: “NORMALITÀ” O “PATOLOGIA”?

Uno studio qualitativo (Tandt et al., 2021) ha affrontato le problematiche di pazienti affetti da D.O.C. e dei loro familiari durante la pandemia, mettendo in luce come pratiche di lavaggio e igiene, che in tempi normali erano considerati patologici, si fossero trasformati nella “nuova normalità”, rendendo molto labile il confine fra comportamento normativo e patologico. Nei pazienti D.O.C. si è creata pertanto una grande difficoltà nel distinguere se le loro ossessioni e compulsioni fossero o meno inadeguate, poiché la pandemia aveva reso tutti gli individui più simili dal punto di vista del comportamento da adottare (regole imposte dalla legge e raccomandazioni di protezione rispetto ai rischi di contagio pubblicizzate ovunque). Inoltre, per i pazienti l'isolamento e il divieto di fare visita ad amici e conoscenti ha aumentato i comportamenti di evitamento tipici di questo disturbo. La quarantena ha obbligato i pazienti a convivere costantemente in famiglia, producendo conflitti o aumentando la coesione. Nella maggior parte dei casi i familiari hanno compreso che la pandemia costituiva per i pazienti un fattore molto stressante - provando spesso loro stessi paura di contaminazione - e diventando in alcuni casi più tolleranti e accomodanti rispetto alle compulsioni o adattandosi alla loro

routine quotidiana, o ancora celando le loro preoccupazioni evitando l'argomento. Sono stati esaminati meriti e demeriti della terapia on-line, divenuta nelle fasi più rigide del lockdown unico strumento per accedere ai servizi di sostegno psicologico: i pazienti hanno percepito talvolta un senso di minor supporto ricevuto, mentre i familiari l'hanno considerata una soluzione confortevole (Tandt et al., 2021). Durante la pandemia si sono presentate varie fasi di aumento e diminuzione dei sintomi nei pazienti con D.O.C., collegati anche a stati di ansia, depressione, perdita di controllo: livelli più elevati sono stati riscontrati nel primo lockdown (primavera 2020), seguiti da una fase calante (estate 2020) e da un successivo riacutizzarsi della sintomatologia durante la seconda ondata pandemica (ottobre 2020), per poi diminuire gradatamente con il passare del tempo in concomitanza con la sempre minore pericolosità del virus (Tandt et al., 2021).

Un altro studio (Prestia et al., 2020) condotto su pazienti che avevano già completato il loro percorso terapeutico prima che esplodesse la pandemia, ha considerato i cambiamenti della sintomatologia durante la quarantena, confermando un significativo aumento di ossessioni e compulsioni legate alla paura dello sporco, alla sensazione di essere stati contaminati, al lavaggio eccessivo. Soggetti vulnerabili con altre tipologie di ossessioni e compulsioni, a seguito delle raccomandazioni continue di aumentare le pratiche di pulizia, nonché l'utilizzo eccessivo di siti di social network online per tenersi informati sulle notizie relative alla pandemia, sarebbero risultati maggiormente esposti ad acquisire nuove forme di ossessione e compulsione e dunque è stata evidenziata la necessità di strategie preventive per evitare recidive nei pazienti, soprattutto tenendo conto del fatto che il D.O.C. è di per sé un disturbo cronico e soggetto a ricadute indipendentemente dalla pandemia (Capuzzi et al., 2020).

Da un recente studio sull'influenza del COVID sul D.O.C. (Denis et al., 2023), effettuato attraverso uno strumento di autovalutazione, si è giunti alla conclusione che il fenotipo e la gravità del disturbo è cambiato nel 73,4 % del campione, ovvero i pazienti durante e dopo la pandemia hanno descritto una sintomatologia differente, facendo per lo più confluire le ossessioni in compulsioni legate al lavaggio e alla contaminazione e il 61,5% del campione ha dichiarato che i sintomi precedenti erano di intensità inferiore e meno preoccupanti rispetto a quelli di contaminazione da Covid.

Uno studio condotto in Turchia (Track et al., 2022), ha preso avvio dall'ipotesi che le convinzioni ossessive possano essere state dei predittori interessanti in rapporto all'adesione alle misure di sicurezza rispetto alla sintomatologia del D.O.C. e l'angoscia del COVID-19 dopo 6 mesi. I risultati hanno confermato quanto sostenuto dalle teorie cognitivo-comportamentali: un pregiudizio cognitivo (credenze ossessive) può avere un ruolo

considerevole sui successivi sintomi del D.O.C., ma anche sui comportamenti correlati alla pandemia, costituendo un predittore significativo dello sviluppo/mantenimento di sintomi collegati a disturbi mentali in soggetti vulnerabili. Sono risultati, infatti, maggiormente predisposti all'insorgenza/esacerbazione del D.O.C. proprio coloro che durante la pandemia avevano sopravvalutato la minaccia, chi si era sentito eccessivamente responsabile per i possibili danni e chi si era mostrato intollerante alle situazioni di incertezza mirando al perfezionismo.

Già nel corso delle prime settimane di pandemia di COVID-19 è stato dimostrato che in soggetti con D.O.C. con sintomatologia di contaminazione erano maggiori le convinzioni disfunzionali relative all'igiene rispetto a pazienti con differenti forme di patologia; inoltre, nel corso del periodo pandemico in questi individui si è manifestata una progressione ed una esacerbazione della sintomatologia. È stato altresì ritenuto che in soggetti in cui, prima della pandemia, erano già presenti evitamento esperienziale, depressione-ansia, paura e/o ansia, intolleranza alle incertezze, reattività emotiva, questi disturbi hanno contribuito in alcuni casi alla strutturazione del D.O.C.

Un altro fattore correlato al disturbo che è stato preso in considerazione, è stato il genere maschile, evidenziando un grado di probabilità quasi doppio rispetto a quello femminile. Certamente sono necessarie ulteriori indagini per approfondire ulteriormente i cambiamenti della sintomatologia durante la pandemia da COVID-19, per un miglioramento nella comprensione del D.O.C. e dei suoi predittori, al fine anche di identificare quali pazienti possano essere particolarmente vulnerabili in caso di futuri eventi pandemici per poter effettuare interventi mirati e tempestivi su di loro per proteggerli e migliorare la loro condizione (Jelinek et al., 2021).

3.3. TRATTAMENTI ON-LINE DURANTE LA PANDEMIA

Durante la pandemia sono stati condotti alcuni sondaggi online che comprendevano domande qualitative e quantitative che avevano come oggetto l'indagine dell'influenza del COVID-19 sulla comunità affetta da D.O.C., soprattutto riguardanti aspetti della sintomatologia dei pazienti. I soggetti affetti da disturbo ossessivo compulsivo evidenziavano altresì come la pandemia avesse creato molte interferenze con il trattamento del loro disturbo, ma la maggior parte di loro riteneva comunque di aver ricevuto cure adeguate per gestire la crisi. In particolare in uno studio naturalistico (Wheathon et al., 2021) condotto sulla popolazione

italiana sono stati coinvolti pazienti che prima dell'inizio della pandemia avevano già portato a compimento il loro percorso di trattamento, al fine di valutare le loro condizioni sintomatologiche e cliniche dopo 6 settimane dall'inizio del lockdown. Dalle risposte delle persone contattate si è potuto stabilire come la gravità media della sintomatologia fosse aumentata ed i sintomi peggiorati; inoltre circa un terzo dei pazienti che si trovavano già in remissione prima dell'inizio della pandemia avevano avuto delle ricadute. È altresì emersa una certa difficoltà dei pazienti a ricevere trattamenti adeguati (molti farmaci si dimostrano efficaci per la cura di questo disturbo, in grado di inibire la ricaptazione della serotonina, nonché risulta molto utile la terapia cognitivo-comportamentale), in quanto, a seguito delle complicanze determinate dalle misure messe in atto per rallentare la diffusione del Covid-19 (limitazioni alla libera circolazione della popolazione e le restrizioni sugli incontri con altre persone previsti dalle linee guida sul distanziamento sociale) è stato piuttosto difficoltoso proseguire o iniziare una terapia. Alcuni pazienti hanno infatti riferito di aver perso degli appuntamenti con il proprio terapeuta, mentre la maggioranza dei soggetti era comunque riuscita a mantenere un rapporto, seppur a distanza, con l'uso del telefono e delle videochiamate. Da tale studio è emerso come circa la metà dei partecipanti si considerava "molto soddisfatto" e solo il 10% "molto insoddisfatto", evidenziando come la terapia offerta da remoto attraverso telefono o video, fosse stata molto importante per oltre il 90% dei pazienti; risultavano invece meno soddisfatti delle linee guida fornite per affrontare la pandemia ed evitare il contagio. Molti pazienti hanno però dichiarato di ritenere più utili gli appuntamenti in presenza, mentre soltanto alcuni consideravano la terapia online migliore degli incontri di persona. Altri ancora hanno dichiarato di non aver potuto avere accesso alle cure durante il lockdown. Queste tematiche hanno indubbiamente posto l'accento sulla sfida senza precedenti che ha rappresentato la pandemia - soprattutto i periodi di quarantena - rispetto all'erogazione di un trattamento efficace da affrontare sul campo.

La diffusione planetaria della pandemia ha altresì portato ad una serie di miglioramenti, come riscontrato da alcuni operatori sanitari, nella misura in cui ha attivato servizi di fornitura di cure a popolazioni che in precedenza non venivano raggiunte, riducendo le barriere e rendendo più efficienti alcuni servizi dedicati alla salute mentale anche attraverso quelle organizzazioni che hanno supportato a basso costo o addirittura gratuitamente i clinici (compresa una formazione professionale più specifica). In particolare i clinici stessi, avendo dovuto cambiare il loro modo di valutare quello che ante-pandemia era considerato un comportamento patologico, ovvero il lavaggio eccessivo delle mani, anche in futuro saranno obbligati a valutare con maggiore attenzione il superamento o meno della soglia di

ragionevolezza di questa pratica nei loro pazienti. Considerata la presenza di numerose varianti del Covid-19, dei cambiamenti continui nelle linee guida dei governi, nonché del fatto che la pandemia ha avuto una durata superiore a quella prevista, per i clinici è stato complicato fare una analisi delle risposte più o meno adeguate dei loro pazienti ai cambiamenti indotti dal Covid rispetto alla sintomatologia clinica del D.O.C. Quindi risultano necessarie ulteriori ricerche che aiutino a discriminare maggiormente, con domande di valutazione specifiche e mirate rispetto a ciò che può essere considerato normativo da quella che invece può rappresentare una reale condizione di gravità del sintomo del lavaggio eccessivo delle mani: per esempio valutare alcune caratteristiche patologiche della contaminazione nel disturbo ossessivo compulsivo, come il contatto effettivo con il potenziale rischio di contrarre il virus, verificando se la motivazione del lavaggio delle mani sia stata mantenuta anche quando la minaccia non è più presente. Queste valutazioni cliniche sono estremamente complesse nel caso in cui debbano essere effettuate a distanza, ovvero in forma virtuale senza un contatto diretto con il soggetto da trattare. Ciò che è emerso da questi studi è il fatto che i pazienti abbiano comunque continuato il loro percorso di terapia anche grazie alla psicoterapia online, pratica che ha consentito di raggiungere persino popolazioni più disagiate, soprattutto durante i periodi di quarantena. Secondo alcuni, tuttavia, questa forma di “terapia a distanza” potrebbe favorire una maggiore dipendenza del paziente con disturbo ossessivo compulsivo dal clinico ed anche scatenare un ricorso eccessivo all’intervento dell’operatore sanitario, in quanto alcune forme di terapia online tendono a soddisfare nell’immediatezza la richiesta di intervento urgente, essendo più agevole e rapido l’accesso, rispetto al doversi recare di persona ad un incontro. Proprio per questo motivo durante la pandemia i pazienti hanno dichiarato di preferire la videoconferenza rispetto a servizi di terapia da remoto solo telefonici, sebbene un buon numero di pazienti continui a prediligere le sessioni in presenza. La possibilità di utilizzare diverse modalità di contatto clinico-paziente può favorire una maggiore personalizzazione del servizio, che dovrà tuttavia essere gestita dal clinico al quale spetta il compito di individuare quella più idonea per il singolo soggetto, indipendentemente dalle preferenze manifestate dal paziente stesso (Maye et al., 2022).

Fra le terapie online sono considerati particolarmente efficaci gli interventi cognitivo-comportamentali, principalmente al fine di ridurre depressione, ansia, traumi, solitudine e stress percepito durante la pandemia, facendo altresì aumentare la resilienza dei pazienti. È una terapia di breve durata che dovrebbe essere utile per cercare di far cambiare i pensieri ed i comportamenti, le risposte disfunzionali; può essere svolta online con il vantaggio di orari flessibili, nessun rischio di viaggio e soprattutto di contaminazione ed inoltre alcuni pazienti

hanno dichiarato di sentirsi più disposti a parlare liberamente di questioni personali. La terapia cognitivo-comportamentale si può svolgere, seguendo precisi protocolli, in tre differenti modalità: 1) attraverso un supporto online fornito dal terapeuta e che va ad integrare la terapia convenzionale; 2) una terapia guidata online in cui al paziente vengono fornite spiegazioni con l'ausilio di siti web e applicazioni con contenuti audio e video; 3) trattamento online completamente automatizzato attraverso il quale il paziente non necessita di alcun supporto da parte del terapeuta (Araújo et al., 2021).

Per le terapie online sono state utilizzate piattaforme quali WhatsApp, Messenger, Skype, che consentono di effettuare interventi quali: Chat therapy attraverso messaggistica istantanea su piattaforme dedicate con cui il paziente entra in contatto con un terapeuta che deve avere una formazione specifica; E-mail therapy con invio di e-mail a turno, quindi senza uno scambio in diretta in quanto paziente e terapeuta devono aspettare le rispettive risposte, ma con il vantaggio di lasciare ad entrambi la possibilità di riflettere; Video therapy, un forma online di terapia che si avvicina maggiormente all'idea che ognuno di noi ha di un incontro paziente-terapeuta, con molti vantaggi fra cui uno scambio diretto e immediato e la possibilità per il professionista di osservare anche le comunicazioni non verbali del paziente (Crivelli et al., 2021).

Alcuni terapeuti nutrono pregiudizi nei confronti della terapia online, ritenendola svantaggiosa per una serie di motivi, in quanto ritengono che il setting online possa pregiudicare il clima di alleanza terapeutica mancando il contatto fisico, oltre a non facilitare l'empatia, l'interazione e a non dare sicurezza al paziente; si aggiunga la mancanza di privacy dovuta al fatto che il soggetto che comunica con il terapeuta si trova spesso davanti al computer nella propria abitazione in cui convivono altre persone (durante la pandemia obbligati a rimanere in casa) (Femia et al., 2020).

3.4. VULNERABILITA'

Fino ad oggi la letteratura che si è occupata delle conseguenze del Covid-19 sulla salute mentale si è concentrata sulla vulnerabilità conseguente all'autoisolamento e all'effetto del distanziamento sociale nei periodi di lockdown. Spesso gli operatori sanitari hanno trascurato le conseguenze psicosociali di questa pandemia sul lungo periodo ed in particolare rispetto al possibile peggioramento dei sintomi del D.O.C., nonostante fossero state fornite, attraverso pubblicazioni, delle linee guida pratiche dedicate ai clinici (Fineberg et al., 2020). Il mondo

scientifico si è interessato principalmente al virus, ai suoi effetti a livello organico e alla sua trasmissione, tralasciando gli esiti che ha avuto sulle persone dal punto di vista psicologico e sociale. Lo stress dovuto alla pandemia ha colpito individui e collettività in modo persistente e per lungo tempo (Tenconi, 2021). Proprio le caratteristiche di questo disturbo – in particolare i pensieri o le immagini ricorrenti e intrusive (le ossessioni) associate a comportamenti che cercano di neutralizzare l'ansia provocata dalle ossessioni (le compulsioni) – avrebbe dovuto far concentrare l'attenzione degli operatori sanitari sui pazienti per valutare i “comportamenti ragionevoli”, partendo dal presupposto che la pandemia avrebbe potenzialmente aumentato la frequenza di ossessioni e compulsioni. Il lavaggio frequente delle mani e l'uso di guanti e/o disinfettanti sono state considerate pratiche efficaci a livello precauzionale per evitare il contagio e si è insistentemente posto l'accento sull'importanza degli standard di igiene, lavaggio e prevenzione della contaminazione come regole di vita quotidiana per tutti. Queste regole piuttosto semplici da rispettare possono aver rappresentato una difficoltà enorme per gli individui affetti da disturbo ossessivo compulsivo, soprattutto per quei pazienti che già manifestavano insicurezze riguardo le misure igieniche o soffrivano di compulsioni di pulizia ed anche per coloro che, pur essendo in un periodo di remissione (con buona risposta alla terapia), sottoposti allo stress della pandemia hanno mostrato una maggiore tendenza alla recidiva. Sono stati svolti alcuni studi (Benatti et al., 2020) per mezzo di una breve intervista trasversale su un campione multicentrico di pazienti ambulatoriali D.O.C. che frequentavano tre cliniche nel Nord Italia (zona particolarmente colpita dal Covid), al fine di stabilire quale impatto abbia avuto la pandemia sulla sintomatologia D.O.C. L'ipotesi era che questi pazienti potessero mostrare un globale peggioramento del loro disturbo, sia attraverso un aumento di ossessioni e compulsioni già presenti prima dell'evento pandemico, sia con lo sviluppo di nuove ossessioni e compulsioni o con il passaggio a diversi fenotipi, in ogni caso nella forma di peggioramenti a livello di caratteristiche cliniche e comportamentali. Le interviste sono state effettuate di persona solo a pazienti con specifiche esigenze seguendo i protocolli di sicurezza, mentre il maggior numero per telefono, al fine di evitare il contagio a persone che rischiavano di sviluppare gravi complicanze, nonché lo stress aggiuntivo per individui che soffrivano già di ossessioni da contaminazione. I soggetti intervistati erano differenti per età e sesso e frequentavano le tre cliniche di Torino, Milano e Trieste. Questi centri avevano precedentemente concordato come indagare le diverse variabili e creato un database comune. Le variabili considerate riguardavano: sesso, età, presenza e tipo di comorbilità psichiatrica, fenotipi principali di ossessioni e compulsioni, peggioramento del D.O.C. valutato durante un colloquio clinico e

riferito agli ultimi 3 mesi di pandemia, insorgenza di nuove ossessioni o compulsioni e ricorrenza di quelle pregresse, presenza di un aumento di responsabilità, stabilità farmacologica o aggiustamento di terapia, sviluppo di tic, comparsa di ideazione suicidaria, incremento dell'utilizzo di Internet per la ricerca di informazioni riguardanti l'andamento del contagio, la sintomatologia, le misure di prevenzione, le cure in caso di infezione, finalizzata ad ottenere rassicurazioni, aumento dell'accomodamento in ambito familiare e dei comportamenti di evitamento, insorgenza di disturbi del sonno, presenza di difficoltà in ambito lavorativo. Tutti i pazienti intervistati avevano prestato precedentemente il loro consenso scritto per scopi di ricerca. Dallo studio è emerso come, a seguito della pandemia, più di un terzo del campione, dopo una valutazione effettuata attraverso un colloquio clinico, avesse avuto un peggioramento: talvolta con insorgenza di nuove ossessioni e compulsioni o con la riviviscenza di ossessioni e compulsioni passate (assenti prima della pandemia), probabilmente dovute al bisogno di un controllo più attento per evitare potenziali contaminazioni, ma anche al fatto che durante il lockdown gli individui disponevano di maggior tempo libero che gli permetteva di mettere in atto comportamenti ripetitivi. Sono anche aumentati i tassi di comportamenti di evitamento. È emersa pertanto la necessità di un monitoraggio accorto delle potenziali ricadute per la prevenzione della regressione che andrebbe a compromettere la qualità della vita di questi pazienti che, associata a solitudine ed isolamento sociale durante i periodi di quarantena, potrebbero aver influenzato l'aumento dei tassi di ideazione suicidaria in un sottogruppo del D.O.C. I soggetti con disturbo ossessivo compulsivo hanno mostrato di avere tassi più alti di attività di controllo delle notizie e informazioni su Internet relative al virus per soddisfare la necessità di rassicurazioni sulla salute e di controllo delle notizie per compensare le difficoltà ad accedere ai servizi sanitari per trovare risposte in una situazione di incertezza globale. Sono stati evidenziati anche tassi più elevati di accomodamento (partecipazione dei conviventi ai rituali del paziente e modifica della loro routine quotidiana per assecondare le sue ossessioni) in ambito familiare. L'aumento significativo di aggiustamenti farmacologici anche in pazienti che prima della pandemia erano stabili, oltre a peggioramenti della qualità del sonno, hanno rappresentato un problema importante durante il lockdown in relazione al fatto che l'accessibilità alle terapie mediche era difficoltoso. In ambito lavorativo l'aggravamento del disturbo ha portato a conseguenze nel 35% dei pazienti soprattutto nella fascia di età fra i 35 e i 65 anni, principalmente in relazione al rischio di contaminazione sul posto di lavoro ed al conseguente comportamento di evitamento, con maggiori richieste di rassicurazione. I limiti di questo studio sono dati dalla mancanza di una specifica valutazione psicometrica e dalla natura

trasversale del medesimo (le variabili sono state esaminate in un momento specifico), oltre al fatto che tutti i pazienti presi in esame vivevano in regioni particolarmente colpite dalla pandemia da Covid – 19 e coinvolte prima di altre nella gestione di questo evento anche rispetto a differenti paesi europei.

Uno studio naturalistico si è concentrato sulla ricomparsa della sintomatologia in pazienti che prima della pandemia avevano già completato il percorso terapeutico ed erano in fase di remissione: la somministrazione di test prima dell'inizio della pandemia e dopo 6 settimane dall'inizio del periodo di lockdown totale hanno mostrato un significativo aumento della gravità di ossessioni e compulsioni, confermando la necessità di prevenzione attraverso lo sviluppo di strategie alternative come le consultazioni online e la gestione clinica digitale (cartelle cliniche consultabili online per facilitare l'assistenza sanitaria personalizzata e permettere anche agli specialisti di conoscere lo stato generale di salute del paziente) (Prestia et al., 2020).

È interessante confrontare gli studi condotti in diversi Paesi del mondo sugli effetti negativi che ha avuto la pandemia sugli individui con disturbo ossessivo compulsivo.

Per quanto riguarda i giovani, è stata confermata l'ipotesi dell'esacerbazione dei sintomi del D.O.C. in questi pazienti durante la pandemia, soprattutto per quanto riguarda l'aumento della frequenza di ossessioni da contaminazione e di compulsioni di pulizia/lavaggio (Tanir et al., 2020). In Danimarca è stato svolto uno studio su 2 gruppi di bambini e adolescenti dal quale è emerso come l'aggravarsi del D.O.C. fosse correlato all'aumento dell'ansia, di sintomatologia depressiva, di comportamenti di evitamento; il peggioramento è risultato maggiore nei bambini con un disturbo insorto in età precoce e con una storia familiare di disturbo da deficit dell'attenzione e di iperattività (Nissen et al., 2020).

In Cina è stato realizzato uno studio prospettico di coorte (Guangjun et al., 2020), con campione di grandi dimensioni, su studenti universitari di medicina attraverso sondaggi tramite smartphone o computer: un primo sondaggio dopo 2 settimane di quarantena senza lezioni (livello alto di quarantena); il secondo quando gli studenti seguivano da 2 settimane le lezioni on-line (livello moderato di quarantena); il terzo quando non erano più stati segnalati casi di contagio da 2 settimane, ma le lezioni proseguivano online (livello basso di quarantena). I soggetti che presentavano una possibile sintomatologia di D.O.C. erano quelli in cui era maggiore la paura di contagio, inoltre negli studenti in cui era presente una maggiore intensità della paura, associata ad una maggiore ansia, appartenenti al genere maschile, con fratelli e sorelle laureati in una disciplina non medica avevano solitamente punteggi più elevati in tutti i sondaggi. Questi risultati hanno suggerito ai ricercatori che ci sia

una interazione significativa fra ambiente (pandemia da Covid-19) ed aspetti psicologici (paura e/o ansia), facendo presumere che la paura di eventi negativi possa avere un ruolo importante nell'eziologia del D.O.C.

La pandemia ha rappresentato una sfida importante per testare le capacità/carenze organizzative dei servizi forniti dai Centri di Salute Mentale: uno studio è stato condotto in Lombardia (De Girolamo et al., 2020), regione particolarmente colpita da questi drammatici eventi, ma potenzialmente dotata di risorse adeguate per far fronte all'assistenza dei propri cittadini. La situazione che si è presentata nel corso della pandemia: centri diurni chiusi, con conseguente danno per quei pazienti che erano abituati a trascorrere gran parte della giornata in queste strutture e che si sono ritrovati a dover rimanere a casa, privati di contatti interpersonali; ambulatori con accessi regolati da appuntamenti e riservati soltanto a casi urgenti; drastica riduzione delle visite domiciliari. Da questa esperienza è stato tratto l'insegnamento di dover dotare in futuro queste strutture pubbliche di procedure e tecnologie idonee per attivare consulenze online per tutti i pazienti che ricevevano consulti in presenza, per soddisfare le esigenze di aggiustamento della terapia, per contrastare l'isolamento degli individui costretti a vivere in casa, magari anche in famiglie in cui è presente una situazione altamente conflittuale. Questo studio ritiene siano di fondamentale importanza i gruppi di auto-aiuto per fornire una migliore assistenza ai pazienti ed ai loro familiari.

In conclusione, questa pandemia di proporzioni mondiali, un evento stressante e traumatico decisamente nuovo, da cui non si è potuto sfuggire, è paragonabile ad un evento naturale di proporzioni devastanti, in cui la minaccia si trova ovunque e può essere trasmessa a chiunque si trova accanto. Alcuni autori (Fiorillo et al., 2020) hanno suggerito di dare dei consigli alla popolazione per evitare l'insorgenza o l'ingravescenza di disturbi mentali, quali: limitare le fonti di stress rappresentate dalle molteplici informazioni, evitando in particolare quelle provenienti da canali non ufficiali; rompere l'isolamento, cercando di mantenere comunicazioni, seppur a distanza, con parenti e amici e aumentare il supporto attraverso professionisti in grado di fornire adeguato supporto psicologico, soprattutto se la rete sociale è carente; cercare di mantenere una routine quotidiana regolare, soprattutto nel ritmo sonno-veglia; pensare che il periodo di isolamento è necessario per salvare la propria vita e quella degli altri; in caso di eccessivo carico di stress rivolgersi a professionisti specializzati nel disinnescare emotivo e capaci di fornire strategie di coping e consulenze anche a distanza.

CONCLUSIONI

La pandemia COVID 19 è risultata particolarmente aggressiva e ha prodotto un effetto dirompente sui soggetti più deboli, in particolare su coloro che già soffrivano di disturbi mentali, sconvolgendo in generale le vite di tutti, modificando le abitudini di ogni individuo, giovane o anziano che fosse e rendendo ogni individuo più vulnerabile.

I soggetti affetti da D.O.C. durante la pandemia sono risultati in generale molto vulnerabili, sia rispetto ad un'inclinazione ad una esacerbazione dei sintomi o ad una loro recidiva, sia all'insorgenza del disturbo stesso in soggetti apparentemente sani prima di questo evento stressante e catastrofico.

Questa vulnerabilità, dovuta principalmente alle caratteristiche del disturbo (paura di contaminazione, disgusto, senso di colpa, tendenza all'evitamento), è stata accentuata dal clima di assoluta incertezza e insicurezza, dalle misure di contenimento per evitare il diffondersi del Coronavirus (quarantena, distanziamento sociale, autoisolamento), dalla frequente cattiva informazione che attraverso i media si è diffusa più rapidamente del virus stesso alimentando spesso ansia, angoscia e timore di una minaccia così vicina e così pericolosa per tutti.

Questo disturbo, ancora poco conosciuto nella sua eziopatogenesi, estremamente eterogeneo nella sua sintomatologia, che si può presentare all'improvviso dopo un evento traumatico o stressante o comparire anche a distanza di molti anni, talvolta con decorso episodico ma anche con una tendenza a cronicizzarsi, per l'individuo che ne è affetto può rappresentare un problema complesso da accettare e con il quale convivere.

Il D.O.C. può essere infatti un disturbo estremamente invalidante, con un impatto significativo sulla qualità della vita del paziente in quanto influisce in modo grave sulla sua vita quotidiana, coinvolgendo anche i familiari, inducendo il soggetto all'evitamento di tutte quelle situazioni in cui nella sua mente si potrebbero materializzare pensieri intrusivi che si sente obbligato ad allontanare mettendo in atto comportamenti compulsivi e ripetitivi, con un conseguente grave disagio causato dall'enorme consumo di tempo dedicato a queste azioni con inevitabile compromissione del funzionamento in ambito sociale e lavorativo.

Tutti i manuali diagnostici lo contemplano come disturbo a sé stante, declinato nelle sue varie forme e manifestazioni; da un punto di vista epidemiologico a livello mondiale è presente almeno nel 2% della popolazione ed è considerato al pari della schizofrenia per gravità della sintomatologia (Mandarelli et al., 2014).

Il D.O.C. rimane tuttavia un disturbo ancora poco conosciuto, spesso trascurato, vissuto dai pazienti come un disagio enorme che si tende a nascondere fra le mura della propria casa; la condivisione in famiglia delle ossessioni e soprattutto delle compulsioni talvolta induce i conviventi ad assecondare la persona cara, partecipando ai suoi rituali, nel tentativo di alleviare la sua ansia e le sue angosce.

Per tutti i motivi sopra esposti e per gli effetti che la pandemia ha prodotto sui soggetti affetti da D.O.C. (esacerbazione dei sintomi e recidiva) è senz'altro importante evidenziare l'esistenza e l'incidenza di questo disturbo, soprattutto al fine di rimarcare la necessità di interventi a favore dei pazienti che ne soffrono, ma anche per favorire interventi di prevenzione sulla popolazione sana per ridurre lo stress causato da eventi traumatici ed imprevedibili come è stata la pandemia di COVID-19.

La conoscenza di questo disturbo è stata portata all'attenzione del grande pubblico attraverso il cinema, utilizzato per esempio per caratterizzare molti personaggi, spesso ispirati a persone realmente esistite, obbligate a convivere con ossessioni e compulsioni che hanno segnato la loro esistenza e talvolta determinato la loro rovina. Ne è un esempio il film "The Aviator" (2004) diretto da Martin Scorsese e vincitore di 5 premi Oscar, dove il protagonista Howard Hughes (interpretato da Leonardo di Caprio) è dominato dalla preoccupazione di essere infettato da sostanze invisibili e tossiche (sangue, sudore, solventi, urina, sapone) con le quali entra in contatto per cui è costretto a continui lavaggi. All'inizio del film viene ripresa una scena molto significativa che collega il disturbo all'infanzia del protagonista, scena in cui Howard è un bambino di circa 9 anni che viene lavato accuratamente dalla madre con un sapone nero mentre riceve mille raccomandazioni di fare attenzione a non essere infettato da tifo e colera. Nel corso del film il protagonista sente nella sua mente, in maniera ossessiva, le parole che la madre gli ripeteva: "Tu non sei al sicuro mai" e la sua ossessione per la pulizia lo obbliga a tenere sempre in tasca una saponetta nera che utilizza in modo compulsivo ogni qualvolta sente il bisogno di lavarsi qualora entri in contatto con sostanze che ritiene pericolose per la sua salute. Nella pellicola compaiono scene molto significative che descrivono con minuziosa attenzione la sintomatologia del D.O.C. del sottotipo contaminazione (non usa le posate degli altri commensali, beve soltanto da bottiglie sigillate), descrivendo in modo efficace la gravità del disturbo che diventa così invalidante da condurre alla rovina questo eccentrico miliardario, che con il passare del tempo si allontana dal mondo reale e finisce per condurre una vita in cui non c'è più spazio per altro se non per i sintomi e le manifestazioni del suo disturbo ossessivo-compulsivo.

BIBLIOGRAFIA

- Adams, T. G., Kelmendi, B., Brake, C. A., Gruner, P., Badour, C. L. & Pittenger, C. (2018). The Role of Stress in the Pathogenesis and Maintenance of Obsessive-Compulsive Disorder. *Chronic Stress*, 2,1–11.
- Albert, U., Picco, C., Maina, G., Forner, F., Aguglia, E. & Bogetto, F. (2002). Fenomenologia dei pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo ad esordio precoce e in età adulta. *Epidemiologia e scienze psichiatriche*, 11,2, 116-126.
- Albert, U., Brunatto, C., Aguglia, A., Maina, G., Rocca, G., & Bogetto, G. (2009). Quality of life of relatives of patients with Obsessive-Compulsive Disorder: relation to family accommodation and other socio-demographic and clinical characteristics. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*.18,3, 255-261. Disponibile in: <https://doi.org/10.1017/S1121189X00000543>
- Albert, U., Blengino, G., Bogetto, F. & Maina, G. (2014). Interventi psicoeducazionali per familiari di pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo. *Nuova rassegna di studi psichiatrici*, 1-10. Disponibile in :<https://hdl.handle.net/11368/2949041>
- Alberto, U., Aguglia, A., Barbaro, F., De Cori, D., Maina, G. & Bogetto, F. (2012). Differenze di genere nel disturbo ossessivo-compulsivo: uno studio clinico su 415 pazienti. *Quaderni Italiani di Psichiatria*, 31, 4, 190-200.
- Alonso, P., Menchón, J.M., Mataix-Cols, D., Pifarré, J., Urretavizcaya, M., Crespo, J. M., Jiménez, S., Vallejo, G. & Vallejo, J. (2004). Perceived parental rearing style in obsessive-compulsive disorder: relation to symptom dimensions. *Psychiatry Research*, 127, 3-15, 268-278.
- American Psychiatric Association (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina.
- Amistadi, M. P., Civettini, C., Coelli, D., Dalvit, I., Menapace, A., Riccio, G. & Zini, A. (2021). Lo psicologo dell'emergenza e le nuove tecnologie al tempo del Covid-19. Un lavoro di squadra a sostegno della popolazione più vulnerabile. *Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria*, 24,4-27.
- Araùjo, D.D.F. & Costa, E.L. (2021). Efetividade da Terapia Cognitivo-Comportamental on-line no cenário de pandemia da COVID-19: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 17, 2, 105-112.

- Basile, B. & Mancini, F. (2017). Neurobiologia del disturbo ossessivo-compulsivo. *Scienza&Società* 21/22. *Mentecorpo: Il cervello non è una macchina*, 79-84.
- Bellino, S. Ziero, A. Ceregato, F.&Bogetto, F. (2005).Quadro clinico del disturbo ossessivo-compulsivo con scarso insight: un modello di regressione.*Ricerca in Psichiatria*, 136,2 -3,223-231.
- Benatti, B., Alberto, U., Maina, G., Fiorillo, A., Celebre, L., Girone, N., Fineberg, N., Bramante, S., Rigardetto, S.& Dell’Osso, B. (2020). What Happened to Patients With Obsessive Compulsive Disorder During the COVID-19 Pandemic? A Multicenter Report From Tertiary Clinics in Northern Italy.*Frontiers in Psychiatry*, 11,720.
- Boger, S.,Ehring, T., Berberich, G.& Werner, G.G. (2020).Impact of childhood maltreatment on OCD symptom severity and treatment outcome. *European Journal of Psychotraumatology*, 11, 1, 1753942.
- Bogetto, F., Venturello, S., Alberto, U., Maina, G. &Ravizza, L. (1999). Differenze cliniche legate al genere nel disturbo ossessivo-compulsivo. *EuropeanPsychiatry*, 8, 434-441.
- Brander, G.,Pérez-Vigil,A.,Larsson, H. &Mataix-Cols,D. (2016). Systematic review of environmental risk factors for Obsessive-Compulsive Disorder: A proposed roadmap from association to causation. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 65,36-62.
- Buonanno, C., Perdighe, C. & Mancini, F. (2009). La psicoterapia del disturbo ossessivo compulsivo in età evolutiva. *Giornale Italiano di Neuropsichiatria Infantile*,23, 3, 290-308.
- Capuzzi, E., Di Brita, C., Caldiroli, A., Colmegna, F., Nava, R., Buoli, M. & Clerici, M. (2020). Psychiatric emergency care during Coronavirus 2019 (COVID 19) pandemic lockdown: results from a Department Mental Health and Addiction of northern Italy. *Psychiatry Research*, 293, 113463.
- Cervin, M., Miguel, E. C., Güler, A.S., Ferrao, Y. A., Erdoğan, A. B., Lazzaro, L.,Gökçe,S., Geller, D.A., Yulaf, Y., Basgul S.S.,Ozcan,O., Karabekiroglu, K., Fontenelle, L. F., Yazgan, Y., Storch, E.A., Leckman, J.F., Do Rosario, M.C. &Mataix-Cols, D.(2021). Towards a definitive symptom structure of obsessive-compulsive disorder: a factor and network analysis of 87 distinct symptoms in 1366 individuals.*Cambridge University Press*, 52, 14, 3267-3279.

- Cosentino, T. & Mancini, F. (2019). L'integrazione dell'EMDR nel trattamento del DOC. *Cognitivismo Clinico*, 16, 2, 129-139.
- Crivelli, C., Lovati, N., Ronchi, F. & Veneroni, A. (2021). La terapia online è davvero efficace? Un viaggio attraverso lo schermo di pazienti e terapeuti. *Frattali*, 33.
- D'Addario, C., Pucci, M., Bellia, F., Girella, A., Sabatucci, A., Fanti, F., Vismara, M., Benatti, B., Ferrara, L., Fasciana, F., Celebre, L., Viganò, C., Elli, L., Sergi, M., Maccarrone, M., Buzzelli, V., Trezza, V. & Dell'Osso, B. (2022). Regolazione dell'espressione genica del recettore dell'ossitocina nel disturbo ossessivo-compulsivo: un possibile ruolo per l'asse epigenetico microbiota-ospite. *Clinical Epigenetics*, 14, 47.
- De Girolamo, G., Cerveri, G. & Clerici, M. (2020). La salute mentale nell'emergenza coronavirus 2019: la risposta italiana. *Psichiatria JAMA*, 77, 9, 974-976.
- Dennis, D., McGlinchey, E. & Wheathon, M. G. (2023). The perceived long-term impact of Covid 19 on OCD symptomology. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 38, 100812.
- Destrée, L., Albertella, L., Jobson, P., McGorry, P., Chanen, A., Ratheesh, A., Davey, C., Polari, A., Amminger, P., Yuen, H. P., Hartmann, J., Spooner, R., Fontenelle, L. F. & Nelson, B. (2023). The association between stressful experiences and OCD symptoms in young adults at transdiagnostic risk. *Journal of affective Disorders*, 328, 128-134.
- De Vivo, G., Senatori, V., Campanardi, M. C., Magni, E., Muserra, G., Lolli, V., Pennetta, P., Calzavara, E. & Nobili, S. (2022). Covid-19: l'impatto sulla salute mentale e sulla rete assistenziale di prevenzione e cura. *Bollettino Sifo*, 68, 2, 125-129.
- Di Nocera, F. & Bevilacqua, A. (2011). Lo sviluppo del perfezionismo tra determinanti genetiche e apprendimento. *Quando 'perfetto' non è abbastanza: conseguenze negative del perfezionismo*, 27-43.
- Femia, G., Gragnani, A., Federico, I., Zaccari, V., Perdighe, C., Albanese, M. & Mancini, F. (2020). Psicoterapia online: limiti e vantaggi. Il punto di vista dei terapeuti e dei pazienti. *Cognitivismo Clinico*, 2.
- Fineberg, N.A., Van Ameringen, M., Drummond, L., Hollander, E. & Stein, D.J. (2020). Come gestire il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) in caso di COVID-19: una guida medica dell'International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS) e dell'Obsessive-Compulsive and Related Disorders

- Research Network (OCRN) del College Europeo di Neuropsicofarmacologia. *Compr. Psychiatry*, 100.
- Fiorillo, A. & Gorwood, P. (2020). Le conseguenze della pandemia COVID-19 sulla salute mentale e implicazioni per la pratica clinica. *Psichiatria europea*, 63, 1, E32.
 - Fontenelle, L.F., Mendlowicz, M.V., Marques, C. & Versiani, M. (2004). Aspetti transculturali del disturbo ossessivo-compulsivo: una descrizione di un campione brasiliano e una revisione sistematica degli studi clinici internazionali. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 4, 403-411.
 - Fontenelle, L.F. & Miguel, E.C. (2020). The impact of coronavirus (COVID-19) in the diagnosis and treatment of obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*, 37, 6, 510-511.
 - Forray, A., Focseneanu, M., Pittman, B., McDougle, C. J. & Epperson, C. N. (2010). Onset and exacerbation of obsessive-compulsive disorder in pregnancy and in the postpartum period. *J Clin. Psychiatry*, 71, 8, 1061-1068.
 - Francese, I. & Lyne, J. (2020). Esacerbazione acuta dei sintomi del disturbo ossessivo compulsivo accelerata dalle notizie dei media su COVID-19. *Giornale irlandese di medicina psicologica*, 37, 4, 291-294.
 - 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*, XXX, n. 1/2017, 25-56.
 - Frydman, I., Pedro E do Brasil, Torres, A. R., Shavitt, R. G., Ferrao, Y. A., Rosario, M. C., Miguel, E. C. & Fontenelle, L. F. (2014). Disturbo ossessivo-compulsivo ad esordio tardivo: fattori di rischio e correlati. *Psychiatry Res*, 49, 68-74.
 - Gamberini, L., Giulianelli, C., Zucchini, E., Scaduto, M.C. & Parmeggiani, A. (2007). Disturbo ossessivo compulsivo e sindrome ansioso-depressiva in comorbidità con disturbo dell'apprendimento e tic: variabilità dell'espressione fenotipica in due fratelli. *Giornale di neuropsichiatria dell'età evolutiva*, 27, 59-64.
 - Giardina, P. (2015). Paura e ipercontrollo. Lo studio di ossessioni e compulsioni in sedici casi clinici. *Psichiatria e Psicoterapia*, 34, 4, 239-258.
 - Grant, J. E., Drummond, L., Nicholson, T. R., Fagan, H., Baldwin, D. S., Fineberg, N. A. & Chamberlain, S.R. (2021). Obsessive-compulsive symptoms and the Covid

- pandemic: a rapid scoping review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 132, 1086-1098.
- Guangjun, Ji, Wenjun, W., Kai Chen, Y., Heng, L., Li Jing, S., Jian-Dong, M., Chen-Yang, H., Sheng-Sheng, Z., Zongya, Z., Tao, L., Ji Cheng. J. & Xian-Zhang, H. (2020). Effects of the COVID-19 Pandemic on Obsessive-Compulsive Symptoms Among University Students: Prospective Cohort Survey Study. *J Med Internet Res.*, 22, 9, e21915.
 - Hassoulas, A., Umla-Runge, K., Zahid, A., Adams, O., Green, M., Hassoulas, A. & Panayiotou, E. (2021). Investigating the association between obsessive-compulsive disorder symptom subtypes and health anxiety affected by the Covid 19 pandemic: A cross-sectional study. *Sage Journals*, 125, 6, 3006-3027.
 - Hemmings Sian, M.J., Kinnear, C.J., Lochner, C., Niehaus, D. JH., Knowles, J. A., Moolman-Smook, J. C., Corfield, V. A. & Stein, D. J. (2004). Early- versus late-onset obsessive-compulsive disorder: investigating genetic and clinical correlates. *Psychiatry Research*, 128, 2, 175-182.
 - Jalal, B., Chamberlain, S. R. & Sahakian, B. J. (2023). Obsessive-compulsive disorder: Etiology, Neuropathology, and Cognitive dysfunction. *Brain and Behavior*, 13, 6, e3000.
 - Jelinek, L., Voderholzer, U., Moritz, S., Per Carsten, H., Riesel, A. & Miegel, F. (2021). When a Nightmare Comes True: Change in Obsessive-Compulsive Disorder in the Early Months of the COVID-19 Pandemic. *Journal of Anxiety Disorders*, 84, 102493.
 - Krebs, G.C., Hannigan, L.J., Gregory, A.M., Rijdsdijk, F.V., Maughan, B. & Eley, T.C. (2019). Are punitive parenting and stressful life events environmental risk factors for obsessive-compulsive symptoms in youth? A longitudinal twin study. *European Psychiatry*, 56, 35-42.
 - Kroska, E. B., Miller, M. L., Roche, A. I., Kroska, S. K. & O'Hara, M. W. (2018). Effects of traumatic experiences on obsessive-compulsive and internalizing symptoms: The role of avoidance and mindfulness. *Journal of Affective Disorders*, 225, 326-336.
 - Imthorn, A. K., Caldart, C. A., Do Rosário, M. C., Fontenelle, L. F., Miguel, E. C. & Ferrao, Y. A. (2020). Eventi di vita stressanti ed espressione clinica del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC): uno studio esplorativo. *Journal of Clinical Medicine*, 9, 10, 3371.

- Lafleur, D.L., Carter P.C., Mancuso, E., McCarthy, K., Biederman, J., Faro, A., Levy, H.C. & Geller, D.A. (2011). Traumatic events and obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Is there a link? *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 4, 513-519.
- Leckman, J. F. & Do Rosario-Campos, M.C. (2005). A Multidimensional Model of Obsessive-Compulsive Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 2, 228-238.
- Lingiardi, V. & Gazzillo, F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Liotti, G. (2001). Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista. Raffaello Cortina, Milano, 113.
- Liotti, G. & Costantini, M. (2011). La dissociazione nel disturbo ossessivo-compulsivo: una rassegna critica. *Cognitivismo Clinico*, 8, 1, 47-59.
- Mahaffey, B. L., Levinson, A., Preis, H. & Lobel, M. (2022). Rischio elevato di sintomi ossessivo-compulsivi nelle donne in gravidanza durante la pandemia di COVID-19. *Salute mentale delle donne dell'arco*, 25, 2, 367-376.
- Maina, G., Albert, U., Rosso, G. & Bogetto, F. (2003). Impulsività e disturbo ossessivo-compulsivo: dalle teorie psicopatologiche alle evidenze cliniche. *Nòos*, 2, 147-158.
- Mancini, F. & Perdighe, C. (2014). Meriti e demeriti della nuova categoria del DSM-5: <<Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati>>. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 20, 3.
- Mancini, F. & Rogier, G. (2020). Le linee guida per il trattamento psicologico del disturbo ossessivo compulsivo. *Cognitivismo clinico*, 17, 2, 234-250.
- 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 Medicina Legale*, 134, 4, 217-227.
- Mannino, G. (2011). Explicative psychopathology of obsessive-compulsive disorder: a post-rationalist point of view. *Rivista di psichiatria*, 46, 5-6, 344.
- Mannino, G. & Guerini, R. (2018). A process that can throw light on the so-called 'fear of self' in obsessive-compulsive disorder: the Retrospective Identification of Motivations and Inclinations. *Rivista di Psichiatria*, 53, 2, 100-103.

- Masi, G., Millepiedi, S., Pfanner, C., Berloff, S., Pari, C. & Mucci, M. (2008). Impact of gender, age at onset, symptomatology and comorbidity in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, 28, 301-313.
- Maye, C.E., Wojcik, K.D., Candelari, A.E., Goodman, W.K. & Storch, E.A. (2022). OCD during the COVID-19 pandemic: a brief course review, psychological assessment, and treatment considerations. *Journal of Obsessive-compulsive Disorder*, 33, 100722.
- Miller, M. L. & Brock, R. L. (2017). The effect of trauma on the severity of obsessive-compulsive spectrum symptoms: a Meta-analysis. *Journal Of Anxiety Disorders*, 47, 29-44.
- Morgado, P., Gonda, X., Smirnova, D. & Fountoulakis, K. N. (2022). Editorial: COVID – 19 pandemic: mental health, lifestyle, changes and social phenomena. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1105667.
- Nicolini, H., Salin-Pascual, R., Cabrera, B. & Lanzagorta, N. (2017). Influence of Culture in Obsessive-compulsive Disorder and its Treatment. *Current Psychiatry Reviews*, 13, 4, 285-292.
- Nissen, JB., Hojgaard, DRMA. & Thomsen, PH. (2020). The immediate effect of COVID-19 pandemic on children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *BMC Psychiatry*, 20 ,1, 511.
- Onofri, A. (2010). Pensare la mente del padre. Psicoterapia Cognitiva orientata dalla Teoria dell'Attaccamento e approccio EMDR: un caso clinico di Disturbo Ossessivo Compulsivo. In Onnis, L. (a cura di), *Legami che creano, legami che curano. Attaccamento: una teoria ponte per la psicoterapia*. Torino: Bollati Boringhieri.
- PDM-2, 2018, *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (Seconda edizione), Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Pellizza, L. & Pupo, S. (2018). Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: psychopathological and personological aspects. *Rivista di psichiatria*, 48 ,3, 224-233.
- Pinciotti, C. M. & Fischer, E.K. (2022). Perceived traumatic and stressful etiology of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research Communications*, 2, 2, 1000449.
- Poletti, M. (2009). L'approccio neuropsicologico all'impulsività nei disturbi psicopatologici in Asse I A neuropsychological perspective on impulsivity in Axis I disorders. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 15, 198.

- Polimeni, J., Reiss, J. P. & Sareen, J. (2005). Could obsessive-compulsive disorder have originated as a group-selected adaptive trait in traditional societies? *Medical Hypotheses*, 65, 4, 655-664.
- Pozza, A. & Domenichetti, S. (2016). Psicoterapia cognitivo-comportamentale di gruppo per Disturbo Ossessivo-Compulsivo presso un Centro di Salute Mentale: descrizione del protocollo e risultati preliminari. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*, 13.
- Prestia, D., Pozza, A., Olcese, M., Escelsior, A., Dettore, D. & Amore, M. (2020). L'impatto della pandemia COVID-19 sui pazienti con disturbo ossessivo compulsivo: effetti dei sintomi di contaminazione e stato di remissione prima della quarantena in uno studio naturalistico preliminare. *Psychiatry Res.*, 291, 113213.
- Purdon, C. (2019). Le compulsioni: un fenomeno più complesso di quanto sembri. *Cognitivismo Clinico*, 16, 1, 13.
- Questa, M., Dassisti, A., Gallese, M., Fagliarone, D., Catarinella, S., Oliviero, L. & Cosentino, T. (2013). Il disgusto nel disturbo ossessivo-compulsivo: una review. *Cognitivismo Clinico*, 10, 2.
- Remmerswaal, K., Batelaan, N. & Wan Balkom, A. (2019). Relieving the burden of family members of patients with obsessive-compulsive disorder. *Clinical Neuropsychiatry*, 16, 1, 47-52.
- Rigardetto, S., Aguglia, A., Di Salvo, G., Albert, U., Bogetto, F. & Maina, G. (2013). Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) grave: caratteristiche socio-demografiche e cliniche. *Clinical Management Issues*, 7, 2, 53-61.
- Rosso, G., Bechon, E., Bogetto, F. & Maina, G. (2012). OCD during pregnancy and post partum. *Rivista di Psichiatria*, 47, 2, 1-5.
- Sampogna, G., Del Vecchio, V., Giallonardo, M. L., Perris, F., Saviano, P., Zinno, F. & Fiorillo, A. (2020). Il processo di revisione dei sistemi diagnostici in psichiatria: differenze fra ICD-11 e DSM-5. *Rivista di psichiatria*, 55, 6, 323-330.
- Savino, M., Miniati, M., Broggi, G., Marra, S.C., Messina, G., Scarone, S. & Cassano, G.B. (2007). Stimolazione cerebrale profonda nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo cronico resistente al trattamento: revisione critica della letteratura. *Giornale italiano Psicopatologia*, 13, 367-373.

- Scale, F.A. (2009). Qualità di vita in familiari di pazienti con Disturbo Ossessivo-Compulsivo: relazione con il coinvolgimento familiare e altre caratteristiche socio-demografiche e cliniche. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18,3,255.
- Shafran, R., Coughtrey, A. & Wittal, M. (2020). Recognising and addressing the impact of COVID-19 on obsessive-compulsive disorder. *The Lancet Psychiatry*, 7, 7, 570-572.
- Tandt, H. LN., Van Parys, H., Leyman, L., Purdon, C. & Lemmens, G. MD. (2021). How are OCD patients and their family coping with the Covid 19 pandemic? A qualitative study. *Current Psychology*, 41, 505-515.
- Tandt, H. LN., Debruyckere, I., Leyman, L., Colman, R., The Jaeghere, E. A., Van Parys, H., Baeken, C., Purdon, C. & Lemmens, G. MD. (2021). How are OCD patients and family members coping with the waxing and waning pattern of the Covid 19 pandemic? Results of a longitudinal observational study. *Psychiatric Quarterly*, 92, 1549-1563.
- Tanir, Y., Karayagmurlu, A., Ilyas Kaya, I., Tuba Bilbay Kaynar, T. B., Türkmen, G., Büşra Nur Dambasan, B. N., Meral Y. & Coskun, M. (2020). Exacerbation of obsessive compulsive disorder symptoms in children and adolescents during COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res.*, 293, 113363.
- Tenconi E. (2021). Il Covid-19 e la salute mentale. Una riflessione sull'impatto della pandemia sulla popolazione e sugli operatori sanitari. *Journal of Health Care Education in Practice*, 3,2, 3-13.
- Tenore, K., Basile, B., Mancini, F. & Luppino, O. I. (2020). Disturbo ossessivo compulsivo, una proposta di integrazione dell'inquadramento cognitivo comportamentale con la schema therapy - parte I: concettualizzazione del disturbo e rationale dell'intervento. *Cognitivismo Clinico*, 17,1, 31-47.
- Torresan, R. C., Abreu Rams-Cerqueira, A. T., Mathis, M. A., Belo Diniz, J., Ferrao, Y., A., Miguel, E. C. & Rodriguez Torres, A. (2009). Sex differences in the phenotypic expression of obsessive-compulsive disorder: an exploratory study from Brazil. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 1, 63-69.
- Track, E. & İnözü, M. (2022). Obsessive beliefs prospectively predict adherence to COVID-19 related safety behaviors across COVID-19 obsessive-compulsive symptoms and distress: A serial analysis of multiple mediators. *International Journal of Psychology*, 57, 5, 559-566.

- Wheaton, M. G., Ward, H. E., Silber, A., McIngvale, E. & Björgvinsson, T. (2021). How is the COVID-19 pandemic affecting people with obsessive-compulsive disorder (OCD) symptoms? *Journal of Anxiety Disorders*, 81, 102410.
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*.
- Yassa, M., Yassa, A., Yirmibeş, C., Birol, P., Ünlü, U. G., Tekin, A. B., Sandal, K., Mutlu, M. A., Çavuşoğlu, J. & Tug, N. (2020). Anxiety levels and obsessive compulsion symptoms of pregnant women during the COVID-19 pandemic. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 17, 3, 155-160.
- Yilmaz, Z., Larsen, J. T., Becker, Nissen, J., Crowley, J.J., Mattheisen, M., Bulik, C.M. & Vogdrup Petersen, L. (2022). The role of early-life family composition and parental socio-economic status as risk factors for obsessive-compulsive disorder in a Danish national cohort. *Journal of Psychiatric Research*, 144, 18-27.
- Zaccari, V., D'Arienzo, M. C., Caiazzo, T., Magno, A., Amico, G. & Mancini, F. (2021). Narrative review of the impact of Covid 19 on obsessive-compulsive disorder in clinical populations of children, adolescents and adults. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 673161.

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio tutti coloro che mi hanno accompagnata in questo percorso, che mi hanno resa la persona che sono oggi e consentito di raggiungere questo importante traguardo della mia vita. Il mio primo pensiero va ai miei genitori Laura e Mario, che mi hanno supportata e soprattutto “sopportata”, dandomi sempre fiducia e comprensione.

Un “grazie” particolare lo rivolgo alla mia nonna Carla, presente, partecipe, collaborativa sia per l’ascolto in tanti anni di scuola (ha evitato di recarsi alle lezioni dell’UNITRE), sia per avermi aiutata a crescere con la sua esperienza ed i suoi preziosi consigli, nonché per le giornate trascorse a pregare per me in ogni occasione in cui riteneva fosse necessario.

Ringrazio tutti gli amici a me più cari – non ho bisogno di elencare i loro nomi perché sanno benissimo di esserlo e di avere un ruolo importante nella mia vita - che mi sono stati e mi staranno vicino, portando allegria e spensieratezza in momenti di gioia, ma non lasciandomi sola in quelli di sconforto.

Infine un ringraziamento particolare lo rivolgo a Paolo, che con la sua amorevole e costante presenza è stato al mio fianco, spronandomi ad affrontare il momento (sino ad ora) più intenso della mia vita e che avrà sempre un posto speciale nel mio cuore.