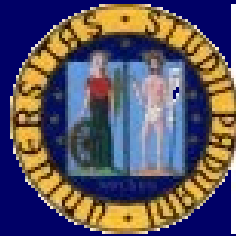


UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA  
DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA GENERALE  
LABORATORIO DI PSICOPATOLOGIA SPERIMENTALE

ISTITUTO DI TERAPIA COGNITIVA E  
COMPORTAMENTALE (ITC) - PADOVA

Ezio Sanavio



**Disturbo ossessivo-  
compulsivo**

# ***Miracolo della Croce a Rialto***

***(o 'Guarigione  
dell'ossesso')***

***Vittor Carpaccio, circa  
1494***







# Osessioni come definite da 1), 2), 3) e 4):

- 1) pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti, vissuti, in qualche momento nel corso del disturbo, come intrusivi o inappropriati, e che causano ansia o disagio marcati
- 2) i pensieri, gli impulsi, o le immagini non sono semplicemente eccessive preoccupazioni per i problemi della vita reale
- 3) la persona tenta di ignorare o di sopprimere tali pensieri, impulsi o immagini, o di neutralizzarli con altri pensieri o azioni
- 4) la persona riconosce che i pensieri, gli impulsi, o le immagini ossessivi sono un prodotto della propria mente (e non imposti dall'esterno come nell'inserzione del pensiero).

# Compulsioni come definite da 1) e 2):

1) comportamenti ripetitivi (per es., lavarsi le mani, riordinare, controllare), o azioni mentali (per es., pregare, contare, ripetere parole mentalmente) che la persona si sente obbligata a mettere in atto in risposta ad un'ossessione, o secondo regole che devono essere applicate rigidamente

2) i comportamenti o le azioni mentali sono volti a prevenire o ridurre il disagio, o a prevenire alcuni eventi o situazioni temuti; comunque questi comportamenti o azioni mentali non sono collegati in modo realistico con ciò che sono designati a neutralizzare o a prevenire, oppure sono chiaramente eccessivi.

# Disturbo Ossessivo-Compulsivo

- la presenza di ossessioni e/o compulsioni
- che al presente, o almeno in qualche momento nel corso del disturbo, la persona riconosca che le ossessioni o le compulsioni sono eccessive o irragionevoli
- che le ossessioni o compulsioni causino disagio marcato, facciano consumare tempo (più di un'ora al giorno) o interferiscano significativamente con le normali abitudini della persona, con il funzionamento lavorativo (o scolastico), o con le attività o relazioni sociali usuali

# Prevalenza

- DOC: prevalenza 12 mesi: 1,2%
- DOC: prevalenza 'lifelong': 1.7- 4%
- Ossessioni non DOC: > 80%
- Compulsioni non DOC: > 40%

# Familiarità

- Gli studi sulla familiarità indicano che il rischio di sviluppare un disturbo ossessivo, qualora esso sia già presente tra i familiari di primo grado, è 5-6 volte più alto



# Genetica: cosa ci insegnano i gemelli

- Disponiamo di almeno 14 ricerche e 13 di esse sono state condotte dopo il 2000
- Un tasso di concordanza decisamente più alto tra gemelli monozigoti nel confronto con quelli dizigoti: 65% in quelli monozigoti, 15% dizigoti
- Il peso dei fattori genetici è di ordine moderatamente rilevante e può essere stimato tra il 37 e il 41%.

# Eziologia

“I sintomi ossessivi hanno una complessa architettura eziologica che non pare adeguatamente identificata dai modelli contemporanei, siano essi biologici o psicosociali. Parte del problema è che tali modelli sono sostanzialmente riduzionisti, per cui le cause dei sintomi ossessivi sono ridotte a spiegazioni largamente basate o su effetti ambientali (principalmente esperienze di apprendimento) o su fattori biologici strutturali” (Taylor, 2011, p. 1371).

Taylor S. & Lang K.L. (2011). Biopsychosocial etiology of obsessions and compulsions: An integrated behavioral-genetic and cognitive-behavioral analysis. *Journal of abnormal psychology*, 120, 174-186.

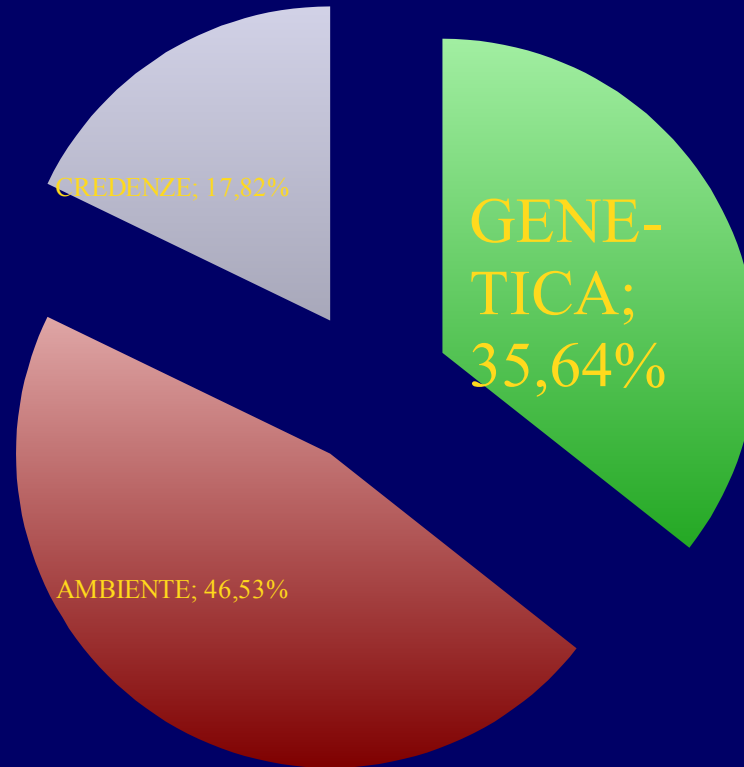
- 167 coppie di gemelli monozigoti
- 140 coppie di gemelli dizigoti
- OBQ - 44
- Padua Inventory

Taylor S. & Lang K.L. (2011). Biopsychosocial etiology of obsessions and compulsions: An integrated behavioral-genetic and cognitive-behavioral analysis. *Journal of abnormal psychology, 120*, 174-186.





# Eziologia psicosociale delle ossessioni



# ‘Memoria & ossessioni’

- Nel 2008 erano stati contati 67 articoli di ricerca sperimentale sul tema ‘memoria & ossessioni’
- Nell’arco di 25 anni era stata esplorata nei dettagli la memoria di 1519 pazienti affetti da disturbo ossessivo, 258 pazienti di controllo affetti da altri disturbi, 1816 soggetti ‘normali’ dei quali 236 con una forte tendenza a controllare e ricontrollare, che però non raggiungeva la patologia.

# Deficit di memoria

- Ipotesi di un deficit generale di memoria
- Ipotesi di un deficit specifico: memoria per le azioni (la memoria per le azioni è altre volte indicata come ‘memoria motoria’ e riguarda le tracce di un’azione motoria che noi compiamo)
- Ipotesi deficit non di memoria ma di ‘metamemoria’

# Reality monitoring

- ‘reality monitoring’: processo attraverso cui la mente determina se un ricordo trae origine da una percezione sensoriale o dalla nostra immaginazione.



# Fiducia nella memoria

- Bassi livelli di fiducia si associano regolarmente a dubbi e controlli ossessivi.
- Dunque non deficit di memoria, ma deficit di fiducia
- Fiducia non nella propria memoria in generale, ma limitatamente alle specifiche azioni connesse al tema dei dubbi ossessivi del paziente

# L'effetto paradossale di ripetuti controlli (Van den Hout)

- (1) la diminuzione della vividezza dell'immagine mentale,
- (2) la diminuzione dei dettagli ricordati in quell'immagine,
- (3) l'abbassamento del livello di fiducia nell'accuratezza dell'immagine rievocata.

# Modello cognitivo

Punto di partenza ('materiale grezzo') sono le comuni intrusioni cognitive

Il modello cognitivo recita che le ossessioni sono causate da un 'frantendimento drammatico' del significato dei pensieri intrusivi (pensieri, immagini o impulsi)





# Modello cognitivo

- Da questo assioma seguono due corollari: (1) le ossessioni persisteranno tanto a lungo quanto a lungo durerà il fraintendimento, e (2) le ossessioni diminuiranno (o scompariranno) come funzione dell'indebolimento (o della scomparsa) di tale fraintendimento (Rachman, 1997).

# Too much thinking about thinking?: metacognitive differences in obsessive- compulsive disorder

- La tendenza a riflettere eccessivamente sui propri processi cognitivi può incrementare la probabilità di sviluppare ossessioni
- Cartwright-Hatton & Wells (1997)
- Janeck, Calamari, Riemann & Heffelfinger (2003)

# Cognitive self-consciousness

- Quinta scala fattoriale del *Meta-Cognitions Questionnaire*
- Es. ‘Presto molta attenzione al modo in cui funziona la mia mente’, ‘Tengo sotto controllo i miei pensieri’
- OCD > GAD

# Fattori di vulnerabilità cognitiva (OCCWG)

- Una nozione fortemente esagerata del pericolo
- Sovradimensionamento della nozione di responsabilità
- Assunzioni secondo le quali la semplice presenza di un pensiero ha implicazioni sul piano reale
- Metacognizioni improprie sul funzionamento del controllo sull'attività mentale
- Intolleranza per l'incertezza
- Perfezionismo.



# 1. Inflated responsibility

1. Sovradimensionamento della nozione di responsabilità, che si manifesta in un insieme di credenze, in parte implicite, secondo le quali l'interessato disporrebbe di un grado "speciale" (pivotal) di responsabilità nel prevenire o determinare effetti dannosi nel mondo reale o morale. Pertanto, non riuscire a prevenire eventuali danni - per omissione, per incapacità, per impossibilità, ecc. - è considerato alla stregua di una colpa personale oggettiva. Esempi di intrusioni sono: “spesso penso di essere responsabile per cose che vanno male (OMISSION)” o “se non facessi qualcosa quando prevedo un pericolo, diverrei responsabile delle eventuali conseguenze negative (COMMISSION)” (cfr. Salkovskis, 1985, 1989).

## ***2. Overimportance of thoughts***

Assunzioni secondo le quali la semplice presenza di un pensiero ha implicazioni sul piano reale. All'interno di questo dominio cognitivo sono compresi fenomeni quali il "pensiero magico" e la "fusione pensiero-azione" (thought-action fusion). Esempi di pensieri intrusivi sono: "la semplice presenza di questo pensiero mette in luce la mia vera natura", "pensare che capiti qualcosa di male ad una persona è un pò come augurarglielo", "pensare ad una disgrazia in qualche modo aumenta la sua probabilità".

### ***3. Excessive concern about the importance of controlling one's thoughts***

Meta-cognizioni sul funzionamento del controllo che le persone hanno o possono avere sulla propria attività mentale. E' dato per assunto che le persone dispongano di un alto grado di controllo sul pensiero spontaneo e siano responsabili. Ciò comporta un monitoraggio frequente di pensieri o immagini mentali presenti alla mente, un senso di responsabilità per l'eventuale presenza di contenuti indesiderati, un obbligo ad allontanare detti pensieri o immagini. Esempi di intrusioni sono: “devo stare attento a cosa passa per la mia testa”, "certi tipi di pensieri intrusivi possono portare ad esiti catastrofici (sul piano reale o morale)", “avere certi pensieri vuol dire perdere il controllo di se stessi”.

## ***4. Overestimation of threat***

Due tipi di aspettative generalizzate relative ad una nozione fortemente idiosincrasica di pericolo personale: una sovrastima sistematica della probabilità di certe evenienze pericolose ed una sovrastima della gravità delle conseguenze di dette evenienze. Esempi di intrusioni di questo tipo sono: “le evenienze negative capitano più spesso a me che ad altre persone” o “il mondo è un posto pieno di pericoli”.

## ***5. Intolerance of uncertainty***

Due schemi connessi tra loro: la necessità di raggiungere una certezza del 100% e una scarsa fiducia nelle proprie capacità di far fronte ad una situazione nuova o incerta o ambigua. Esempi di pensieri intrusivi sono: “mi é intollerabile l’incertezza”, “devo essere assolutamente sicuro su una cosa altrimenti incorrerò in errori”.

Si assume inoltre che esista la possibilità in via di principio di poter minimizzare i margini di incertezza. Da ciò difficoltà nel prendere decisioni.

## ***6. Perfectionism***

L'assunzione che possa esistere una "soluzione perfetta" per ogni problema e che soluzioni "imperfette" possano avere conseguenze disastrose sotto alcuni aspetti.

Esempi di intrusioni sono: “fallire in parte non é diverso da fallire del tutto”  
o “un piccolissimo errore rende un lavoro del tutto inutile”.

E' comunemente associato a sintomi come controlli ripetuti, pulizie eccessive e decontaminazioni, "hoarding".

# Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ)

Tre dimensioni principali (OBQ-44):

- Responsabilità eccessiva e Sovravvalutazione del pericolo
- Perfezionismo e Intolleranza dell'incertezza
- Importanza e controllo del pensiero



# Credenze ossessive: pazienti e familiari di primo grado

- Due gruppi: 24 pazienti OCD e 24 controllo
- OBQ-44
- Rector N.A., Cassin S.E., Richter M. & Burroughs E. (2009). Obsessive beliefs in first-degree relatives of patients with OCD: A test of the cognitive vulnerability model. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 145-149.

# Credenze ossessive: pazienti e familiari di primo grado

- Importanza e controllo del pensiero: non esiste invece correlazione tra pazienti e familiari e dobbiamo presumere che le origini di queste credenze non siano radicate nell'esperienza familiare.

# Credenze ossessive: pazienti e familiari di primo grado

- Responsabilità eccessiva e Sopravvalutazione del pericolo
- Evidenze di trasmissione familiare, che può passare attraverso figure significative che promuovono un forte senso di responsabilità nell'infanzia, l'adozione di codici di comportamento severi nelle pratiche educative, il venir caricati di forti responsabilità nel corso dell'infanzia.

# Credenze ossessive: pazienti e familiari di primo grado

- Perfezionismo e Intolleranza dell'incertezza: limitatamente al sotto-campione dei pazienti con insorgenza del disturbo prima dei 14 anni
- Dunque nell'infanzia e nell'adolescenza, ma non successivamente, possono essere influenzati negativamente da genitori che 'modellano' atteggiamenti e comportamenti perfezionisti, da uno stile educativo autoritario e apertamente critico, dalle richieste derivanti da alte aspettative genitoriali e da alti standard di prestazione.