

Disturbo ossessivo-compulsivo

Giovanni Valeri

26/6/2014



DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO CRITERI DIAGNOSTICI DSM-IV-TR

A. Ossessioni o Compulsioni

Ossessioni definite da:

- 1) *pensieri, impulsi, immagini* ricorrenti o persistenti, vissuti 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



DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO CRITERI DIAGNOSTICI DSM-IV-TR

Compulsioni definite da:

- 1) *comportamenti ripetitivi o azioni mentali* 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 eventi o situazioni temuti; le azioni non sono collegate in modo realistico con ciò che sono designati a neutralizzare o a prevenire



DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO CRITERI DIAGNOSTICI DSM-IV-TR

- B. In qualche momento nel corso del disturbo la persona ha riconosciuto che le ossessioni o le compulsioni sono eccessive o irragionevoli
- C. Le ossessioni o compulsioni causano disagio marcato, fanno consumare tempo (più di 1 ora al giorno) o interferiscono significativamente con le normali abitudini della persona, con il funzionamento lavorativo (scolastico), o con le attività o relazioni sociali usuali



DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO CRITERI DIAGNOSTICI DSM-IV-TR

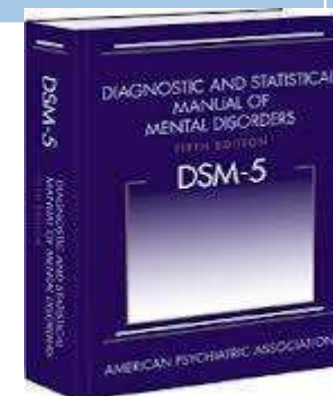
- D. Se è presente un altro disturbo in Asse I, il contenuto delle ossessioni o delle compulsioni non è mai limitato ad esso (es. DCA, Tricotillomania, Disturbo da Dismorfismo Corporeo, Ipocondria, ecc.)
- E. Il disturbo non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza o di una condizione medica generale

Specificare se:

Con scarso Insight: se per la maggior parte del tempo, durante l'episodio attuale, la persona non riconosce che le ossessioni e compulsioni non sono eccessive o irragionevoli



DISTURBI OSSESSIVO-COMPULSIVI: PRINCIPALI CAMBIAMENTI DEL DSM-5



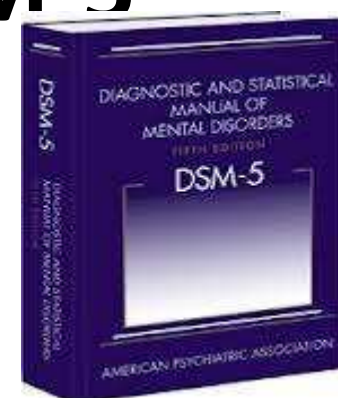
- Indipendente dai Disturbi d'Ansia
- Include nuove diagnosi *Disturbo da Accumulo*, *Skin-Picking Disorder*, *Disturbo Ossessivo-compulsivo indotto da sostanze/farmaco*, *Disturbo Ossessivo-compulsivo indotto da altra condizione medica*
- La diagnosi di *Tricotillomania* nel DSM-IV era compresa tra i Disturbi del Controllo degli Impulsi
- Lo specificatore "Con scarso insight" del DSM-IV, viene ulteriormente specificato per consentire una accurata distinzione tra gli individui con *buon insight*, *scarso insight* e *"insight assente/delirante"*
- Per il Disturbo Ossessivo-compulsivo viene aggiunto lo specificatore "*correlato a Tic*", per le importanti implicazioni cliniche



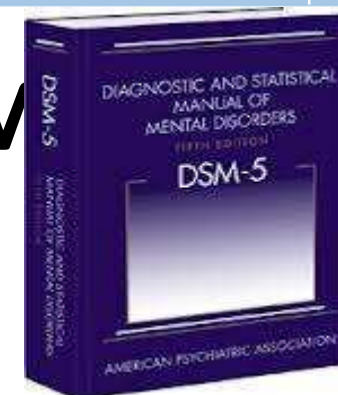
DISTURBI OSSESSIVO-COMPULSIVI: DSM-5

I Disturbi Ossessivo-Compulsivi includono:

- Disturbo Ossessivo-compulsivo (DOC)
- Disturbo da Dismorfismo Corporeo
- Disturbo da Accumulo
- Tricotillomania
- Disturbo da Escoriazioni (Skin -picking)
- Disturbo Ossessivo-compulsivo indotto da sostanza/farmaco
- Disturbo Ossessivo-compulsivo dovuto ad un'altra condizione medica
- Altri Disturbi Ossessivo-compulsivi specificati
- Disturbo Ossessivo-compulsivo Non Specificato (es. comportamenti ripetitivi focalizzati sul corpo, gelosia ossessiva)



DISTURBI OSSESSIVO-COMPULSIVI: DSM



- L'inclusione nel DSM-5 di tale capitolo riflette l'evidente incremento di questi disturbi tra loro correlati per una serie di validatori diagnostici, nonché l'utilità clinica di raggruppare tali disturbi in uno stesso capitolo
- La distinzione tra la presenza di sintomi subclinici e un disturbo clinico richiede la valutazione di una serie di fattori, tra cui il livello di stress e la compromissione del funzionamento



DISTURBI OSSESSIVO-COMPULSIVI

300.3 (F42) Disturbo Ossessivo-Compulsivo

A. Presenza di Ossessioni-Compulsioni-Entrambi:

Ossessioni sono definiti da (1) e (2): 1. Pensieri ricorrenti e persistenti o immagini che vengono vissuti, nel corso del disturbo, come intrusivi e indesiderati e che nella maggior parte degli individui causano ansia o disagio marcati 2. L'individuo tenta di ignorare o sopprimere tali pensieri o immagini, tenta di neutralizzarli con altri pensieri o azioni (es. eseguendo una compulsione)



DISTURBI OSSESSIVO-COMPULSIVI

300.3 (F42) Disturbo Ossessivo-Compulsivo

A. Presenza di Ossessioni-Compulsioni-Entrambi:

Compulsioni sono definite da (1) e (2): 1. Comportamenti ripetitivi (lavarsi le mani, riordinare, controllare) o azioni mentali (pregare, contare, ripetere parole mentalmente) che la persona si sente obbligata ad eseguire 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 l'ansia o disagio, o a prevenire alcuni eventi o situazioni temuti; tuttavia, questi comportamenti o azioni mentali non sono collegati in modo realistico con ciò che sono designati a neutralizzare o prevenire, oppure sono chiaramente eccessivi



- **300.3 (F42) Disturbo Ossessivo-Compulsivo**
- **B. Le ossessioni o le compulsioni implicano un dispendio di tempo (es. più di 1 ora al giorno) o causano disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti**
- **C. I sintomi ossessivo-compulsivi non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza o di un'altra condizione medica**



- **300.3 (F42) Disturbo Ossessivo-Compulsivo**

D. Il disturbo non è meglio spiegato con i sintomi di un altro disturbo mentale (preoccupazioni eccessive nel ***Disturbo d'Ansia Generalizzato***, preoccupazioni per l'apparenza nel ***Disturbo dismorfico del Corpo***, difficoltà ad eliminare o separarsi da oggetti nel ***Disturbo da Accumulo***, tirarsi i capelli nella ***Tricotillomania***; ***Disturbo Skin-picking***, stereotipie nel ***Disturbo del Movimento Stereotipato***; comportamento alimentare ritualizzato nei ***Disturbi del Comportamento Alimentare***; preoccupazione per sostanze o gioco d'azzardo nei ***Disturbi correlati all'uso di sostanze e dipendenza***; preoccupazione di avere una malattia, come nel ***Disturbo d'Ansia Malattia***, impulsi sessuali o fantasie nei ***Disturbi Parafiliaci***; impulsività nel ***Disturbo Dirompente, del controllo degli impulsi e Disturbi della condotta***; ruminazioni di colpa nel ***Disturbo Depressivo Maggiore***; preoccupazioni deliranti nel ***Disturbo dello Spettro Schizofrenico*** e altri disturbi psicotici, o schemi ripetitivi di comportamento nel ***Disturbo dello Spettro Autistico***)



- **300.3 (F42) Disturbo Ossessivo-Compulsivo**
- **Specificare se: Con buono o sufficiente insight:** L'individuo riconosce che le credenze sono sicuramente o probabilmente non vere o non possono essere vere **Con scarso insight:** L'individuo pensa che le credenze siano probabilmente vere **Con assente insight/credenze deliranti:** L'individuo è del tutto convinto che le credenze siano vere
- **Specificare se: Correlato a Tic:** L'individuo ha una storia attuale o passata di un Disturbo da Tic



- **300.7 (F45.22) Disturbo da Dismorfismo Corporeo**
- **A. Preoccupazione per uno o più difetti percepiti relativi l'aspetto fisico che non sono osservabili o che appaiono lievi per gli altri**
- **B. Nel corso del disturbo, l'individuo ha eseguito comportamenti ripetitivi** (es. controllo specchio, stare in bagno eccessivamente, skin-picking, ricerca di rassicurazioni) **o azioni mentali** (confrontando il suo aspetto con quello di altri) **in risposta alle preoccupazioni per l'aspetto**
- **C. La preoccupazione causa disagio clinicamente significativo o compromissione** dell'area sociale, lavorativa o di altre aree importanti del funzionamento
- **D. La preoccupazione per l'aspetto non è meglio spiegata da preoccupazioni con peso corporeo o in un individuo i cui sintomi soddisfano i criteri diagnostici per un Disturbo Alimentare**



- **300.7 (F45.22) Disturbo da Dismorfismo Corporeo**
- **Specificare se: Con dismorfismo muscolare:** L'individuo è preoccupato all'idea che il corpo è troppo piccolo o non sufficientemente muscoloso. Questa specificazione viene usata anche se l'individuo è preoccupato per altre zone del corpo, come spesso accade. **Con buono o sufficiente insight:** l'individuo riconosce che le credenze sono sicuramente o probabilmente non vere o che potrebbero non essere vere
- **Con scarso insight:** L'individuo pensa che le credenze siano probabilmente vere
- **Con insight assente/convinzioni deliranti:** l'individuo è assolutamente convinto che le proprie credenze siano vere.



- **300.3 (F42) Disturbo da Accumulo**
- **A. Persistente difficoltà ad eliminare o separarsi da oggetti, a prescindere dal loro valore reale**
- **B. Questa difficoltà è dovuta al bisogno percepito di salvare gli oggetti e al disagio associato nel scartarli**
- **C. Le difficoltà a gettare oggetti provoca l'accumulo di beni che sovraccaricano e ingombrano gli spazi vitali e compromettono sostanzialmente l'obiettivo del loro utilizzo. Se le aree vitali risultano ordinate, è solo per gli interventi di soggetti terzi (i membri della famiglia)**
- **D. L' accumulo causa disagio clinicamente significativo o compromissione dell'area sociale, lavorativa o di altre aree importanti del funzionamento (tra cui il mantenimento di un ambiente sicuro per sé e per gli altri)**



- **300.3 (F42) Disturbo da Accumulo**

E. L' accumulo non è attribuibile ad un'altra condizione medica (lesioni cerebrali, disturbi cerebrovascolari)

F. L' accumulo non è meglio spiegato da i sintomi di un altro disturbo mentale (ossessioni del Disturbo Ossessivo-compulsivo, diminuzione di energia nel Disturbo Depressivo Maggiore, deliri nella Schizofrenia o altri disturbi psicotici, deficit cognitivi nel Disturbo Neurocognitivo Maggiore, interessi circoscritti nel Disturbo dello Spettro Autistico)



300.3 (F42) Disturbo da Accumulo

Specificare se: Con eccessiva acquisizione: se la difficoltà a scartare oggetti è accompagnata da eccessiva acquisizione di beni che non sono necessari o per i quali non c'è spazio disponibile

Specificare se: Con buono o sufficiente insight: l'individuo riconosce che le convinzioni e i comportamenti relativi all'accumulo (difficoltà a scartare oggetti, disordine o di acquisizione eccessiva) sono problematici

Con scarso insight: l'individuo è per lo più convinto che le credenze e i comportamenti da accumulo non sono problematici, nonostante la prova del contrario

Con assente insight/convinzioni deliranti: l'individuo è completamente convinto che convinzioni e comportamenti relativi all'accumulo non sono problematici, nonostante la prova del contrario



- **312.39 (F63.2) Tricotillomania**
- **A. Strapparsi ricorrentemente i propri capelli, con conseguente perdita degli stessi**
- **B. Ripetuti tentativi di ridurre o interrompere tale comportamento**
- **C. Tirarsi i capelli causa disagio clinicamente significativo o compromissione dell'area sociale, lavorativa o di altre aree importanti del funzionamento**
- **D. Strapparsi i capelli o la perdita dei capelli non è attribuibile ad un'altra condizione medica (dermatologica)**
- **E. Strapparsi i capelli non è meglio spiegato da i sintomi di un altro disturbo mentale (tentativi di migliorare un difetto percepito nel Disturbo Dismorfico del Corpo)**



- 698.4 (L98.1) Disturbo da Escoriazioni (Skin-Picking) A. Ricorrente raccolta di pelle che causa lesioni cutanee**
- B. Ripetuti tentativi di ridurre o interrompere tale comportamento**
 - C. La raccolta di pelle causa disagio clinicamente significativo o compromissione dell'area sociale, lavorativa o di altre aree importanti del funzionamento**
 - D. La raccolta di pelle non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (es. cocaina) o di un'altra condizione medica (es. scabbia)**
 - E. La raccolta di pelle non è meglio spiegato da sintomi di un altro disturbo mentale (es. deliri o allucinazioni tattili in un Disturbo psicotico, i tentativi di migliorare un difetto nel Disturbo Dismorfico del Corpo, stereotipie nei Disturbi del movimento stereotipato)**



Cosa cambia con il DSM 5?

- DOC non si colloca più tra i Disturbi d'ansia ma viene indicato come entità nosologica autonoma
- Nasce una nuova categoria diagnostica nominata **obsessive-compulsive and related disorders**
- All'interno di tale categoria acquisisce dignità nosologica autonoma, l'*hoarding disorder*

Tra gli *obsessive-compulsive related disorders* vengono inoltre compresi disturbi che DSMIV-TR pone attualmente in altre categorie diagnostiche:

*il body dysmorphic disorder (ora classificato tra i disturbi somatoformi),
l'hair pulling disorder (tricotillomania)
skin picking disorder (collocati tra i disturbi da discontrollo degli impulsi).*

Viene infine proposto di inserire l'**olfactory reference syndrome** all'interno dell'*obsessive-compulsive or related disorder not elsewhere classified*.

Nel DSM-IV-TR, il disturbo è invece diagnosticabile come disturbo delirante, tipo somatico.



Cosa cambia con il DSM 5?

Criterio A: Con il rationale di fare riferimento a un nucleo psicopatologico diverso da quello dei disturbi da discontrollo degli impulsi e per rendere più agevole la diagnosi differenziale del DOC da questi disturbi, il termine ***impulse*** è *sostituito da **urge*** (traducibile più come “stimolo” o “spinta” piuttosto che impulso).

Il criterio C del DSM-IV-TR indica che le ossessioni o le compulsioni devono avere la durata complessiva di almeno un'ora nell'arco dell'intera giornata.

Nella proposta per il DSM-V questo criterio (che diventa il B) viene reso meno rigido, indicando in modo più generico che le ossessioni e le compulsioni occupano tempo, *ad esempio* per più di un'ora al giorno.



Cosa cambia con il DSM 5?

Criterio A: Con il rationale di fare riferimento a un nucleo psicopatologico diverso da quello dei disturbi da discontrollo degli impulsi e per rendere più agevole la diagnosi differenziale del DOC da questi disturbi, il termine ***impulse*** è *sostituito da **urge*** (traducibile più come “stimolo” o “spinta” piuttosto che impulso).

Il criterio C del DSM-IV-TR indica che le ossessioni o le compulsioni devono avere la durata complessiva di almeno un'ora nell'arco dell'intera giornata.

Nella proposta per il DSM-5 questo criterio (che diventa il B) viene reso meno rigido, indicando in modo più generico che le ossessioni e le compulsioni occupano tempo, *ad esempio* per più di un'ora al giorno.



Cosa cambia con il DSM 5?

Nel criterio diagnostico per le ossessioni che propone il DSM-5 si osserva ancora una variazione: il sintomo ossessivo provoca ansia/disagio *in most individuals*. Non più in tutti gli individui, come deve essere per il DSM-IV- TR.

Secondo la nuova proposta, sarà dunque possibile includere nella diagnosi di DOC anche pazienti nei quali le ossessioni non sono fonte di ansia/disagio.

COMMENTO:

Senza dubbio anche in questo modo si sottolinea l'autonomia psicopatologica dell'ossessività dall'ansia, ma si apre un quesito fondamentale: può un sintomo ossessivo essere vissuto senza partecipazione emotiva o addirittura con partecipazione emotiva positiva?



Cosa cambia con il DSM 5?

Il terzo ambito in cui la proposta del DSM-5 introduce delle modifiche concerne la determinazione di specificatori (*specifiers*) *che individuano dei sottotipi clinici del disturbo ossessivo-compulsivo.*

La specificazione di *insight*, già presente nel DSM-IV-TR, fa riferimento al grado di consapevolezza di malattia rilevabile nel momento in cui viene condotta la valutazione del paziente.

A differenza però della precedente versione del Manuale, in cui è possibile solo specificare l'eventuale "scarso insight", la proposta del DSM-5 prevede che per ogni paziente sia indicato il livello di consapevolezza del disturbo: **buon insight, scarso insight, insight assente.**

La possibilità di includere nella diagnosi di DOC pazienti che non presentano alcuna consapevolezza di malattia (insight assente) si discosta da quanto è indicato nel DSM-IV-TR, dove per questi pazienti viene suggerito di porre una diagnosi aggiuntiva di disturbo delirante o di disturbo psicotico.



Cosa cambia con il DSM 5?

Nel DSM-5 viene inoltre proposto una nuova specificazione. Si tratta della sottocategoria di disturbo ossessivo-compulsivo associato a disturbo da tic (*tic-related OCD*).

È ormai documentata e riconosciuta infatti l'esistenza di una variante del disturbo ossessivo-compulsivo che si associa a disturbi da tic; si tratta di quadri clinici diffusi con maggiore prevalenza nella popolazione maschile, che presentano tassi di familiarità più elevata e che esordiscono più precocemente.

I sintomi ossessivo-compulsivi di questi pazienti beneficiano significativamente dell'aggiunta di alcuni antipsicotici a basso dosaggio (aloperidolo, risperidone) alla terapia antiossessiva standard.



TOURETTE E DOC

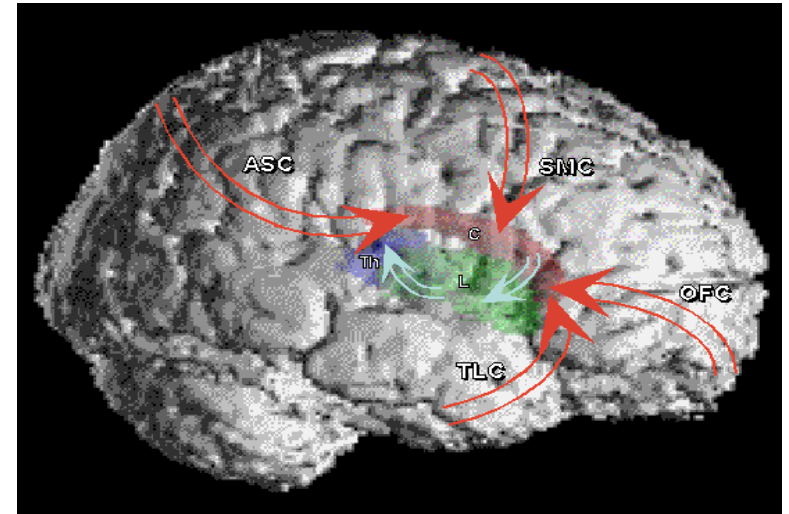
Circa il 50% dei soggetti con TS ha un DOC. Oltre la metà dei bambini o adolescenti con DOC avrà in qualche momento della vita tic più o meno gravi.

Parenti di primo grado di probandi con TS o altri disturbi ticcosi presentano elevata presenza di DOC. Analoghe considerazioni valgono per i parenti di primo grado di probandi con DOC.

Si ritiene che DOC e TS possano rappresentare modalità di espressione di alterazione di uno stesso gruppo di geni.



Disturbi nella maturazione del circuito cortico-striato-talamo-corticale contribuiscono allo sviluppo di disturbi psichiatrici che hanno in comune un discontrollo delle funzioni auto-regolatorie:



Tourette's Syndrome

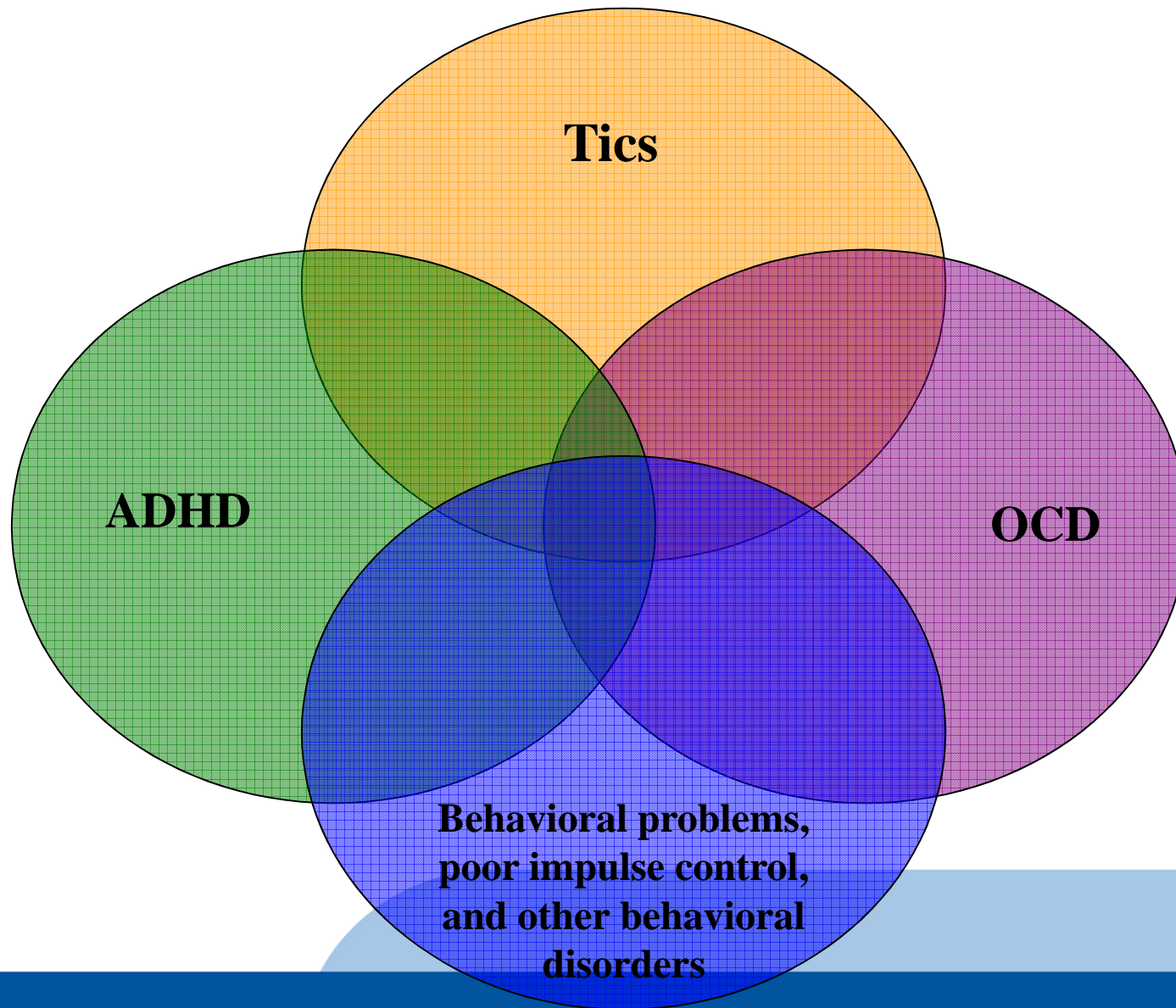
Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)

ADHD

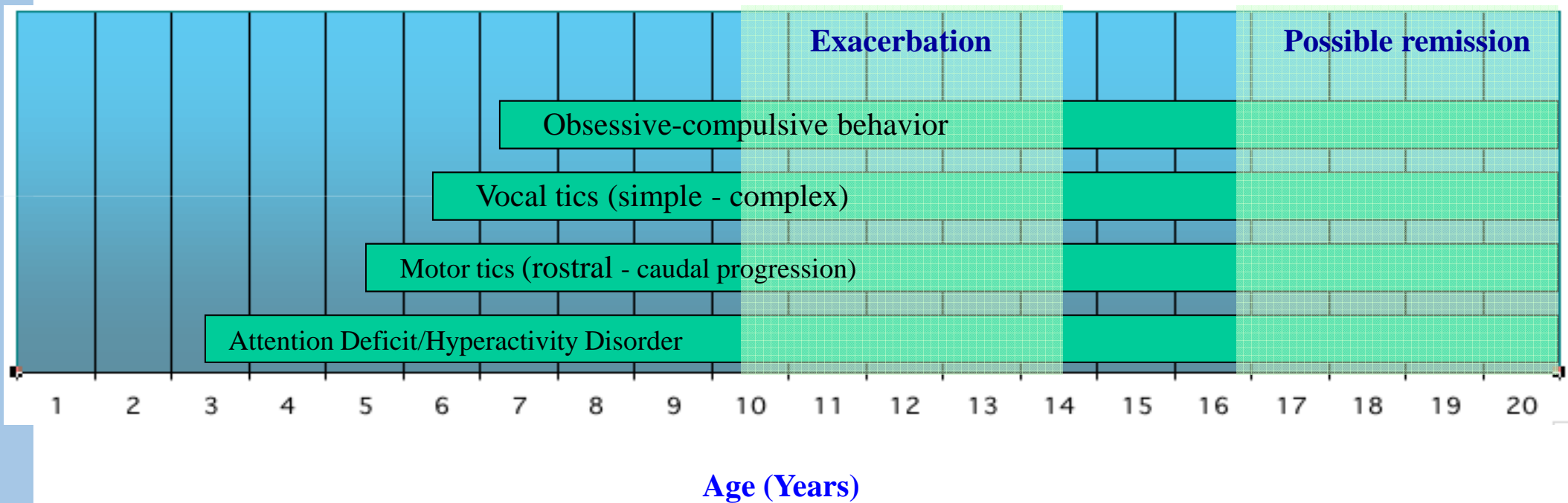
Addictions (substance abuse disorders)

Bulimia Nervosa (BN)





Natural History of OCD and Tourette's Syndrome



DOC: RACCOMANDAZIONI PER IL TRATTAMENTO



www.nice.org.uk

NHS
*National Institute for
Health and Clinical Excellence*

**Welcome to the National Institute for Health
and Clinical Excellence website**

NICE is the independent organisation responsible for providing national guidance on the promotion of good health and the prevention and treatment of ill health.

On 1 April 2005 NICE joined with the Health Development Agency to become the new National Institute for Health and Clinical Excellence (also to be known as NICE).

Clinical Excellence Public Health Excellence

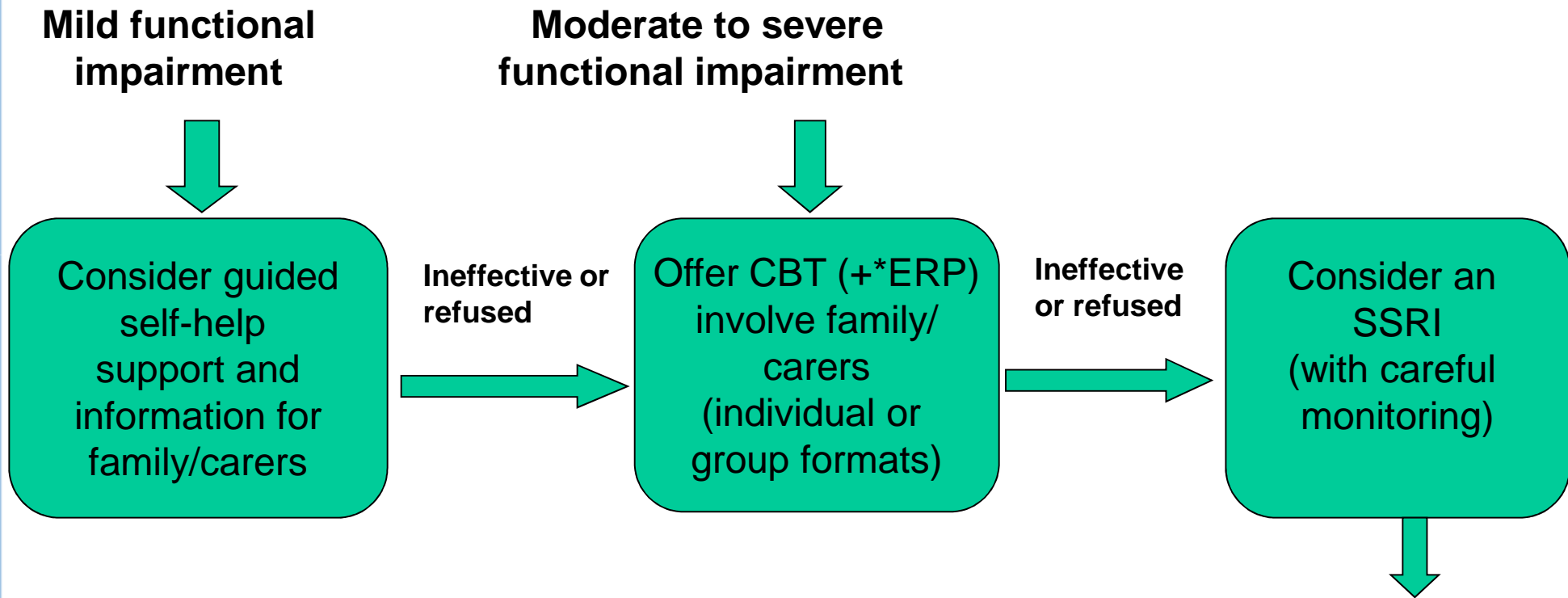
MidCity Place, 71 High Holborn, London WC1V 6NA Tel: +44 (0) 20 7067 5800 Fax: +44 (0) 20 7067 5801

NICE clinical guidelines

- Recommendations for good practice based on best available evidence of clinical and cost effectiveness
- DH document 'Standards for better health' expects organisations will work towards implementing clinical guidelines
- Healthcare Commission will monitor compliance with NICE guidance



Steps 3~5 Treatment options for children and young people with OCD



* Exposure and Response Prevention

Steps 3~5

Treatment options for children and young people

Consider an SSRI (e.g. use licensed medication) and carefully monitor for adverse events

Multidisciplinary review *

SSRI + ongoing CBT (including ERP)

- Consider use in 8-11 year age group
- Offer to 12-18 year age group
- Carefully monitor for adverse events, especially at start of treatment

Consider either (especially if previous good response to):

- a different SSRI
- clomipramine *

When to use pharmacological treatments – children and young people

- If CBT ineffective or refused - carry out a multidisciplinary review and consider adding an SSRI
- **Sertraline and fluvoxamine** are the only SSRIs licensed for use in children and young people with OCD*
- Monitor carefully and frequently
- If successful, continue for 6 months post remission
- Withdraw slowly with monitoring

NICE guidelines for the assessment and treatment of OCD

NICE published guidelines in **2005** on the evidence-based treatment options for **OCD (and Body Dysmorphic Disorder)** for young people and adults. - NICE recommends a '**stepped care**' model, with increasing intensity of treatment according to clinical severity and complexity. - The assessment of the severity and impact of OCD can be aided by the use of the **CY-BOCS** questionnaire, both at baseline, and as a helpful monitoring tool.



The treatment of OCD in children

The treatment of OCD in children follows the same principles as in adults. **Cognitive behavioural therapy** is effective and is treatment of first choice.

Sertraline (from age 6 years) and **fluvoxamine** (from age 8 years) are the selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) licensed in the UK for the treatment of OCD in young people. - There are about **14 high-quality RCTs** in paediatric OCD demonstrating efficacy for this group of anti-depressants, although not for other types of antidepressants.



Pediatric OCD treatment Study (POTS)

112 pazienti con OCD (7-17 anni) ; 50% maschi; durata 12 settimane; assegnati in modo randomizzato a:

trattamento cognitivo comportamentale (CBT);

trattamento sertralina;

trattamento combinato;

trattamento con placebo

**Remissione per i trattamenti combinati al 53.6% (NNT 2);
CBT 39,3% (NNT 3); sertralina 21.4% (NNT 6); placebo
3.6%.**



- **Fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, citalopram, and sertraline** have all been shown to be effective and safe in young people with OCD.
- **Clomipramine** remains a useful drug for some individuals, although its side-effect profile (sedation, dry mouth, potential for cardiac side-effects) makes it generally less acceptable, particularly in young people, than SSRIs.
- All **SSRIs** appear to be equally effective, although they have different pharmacokinetics and side-effects. In some circumstances SSRIs other than sertraline or fluvoxamine may be prescribed 'off-label' for childhood OCD (see for example if the child is also depressed).



Initiation of treatment with medication

Both SSRIs and clomipramine have a **delayed onset of action (up to 4 weeks)**, with the full therapeutic effect not being apparent for as long as **8–12 weeks**. - It is therefore worth waiting for a response at a moderate therapeutic dose, rather than moving rapidly to high doses, which will increase the likelihood of side-effects. If there is no therapeutic response noticeable on a low dose, or only a partial response, the dose should be ***increased gradually***.



Initiation of treatment with medication

- It may take ***several weeks to build up to the therapeutic dose*** and then the full effects of this may not be evident for several more weeks. In OCD, patients require a trial of an SSRI for **at least 12 weeks at the maximum tolerated therapeutic dose**. - The **effective doses** needed for OCD in adults seem to be rather higher than those used in depression and this may also be the case in younger people and children.



Prescribing SSRIs in children

Concern about the use of SSRIs for **depression** in young people, with meta- analyses suggesting *low levels of efficacy and an increase in behavioural activation including suicidal thoughts and behaviours.* - In contrast, SSRIs appear **effective** in child and adolescent OCD, with 'numbers needed to treat' (**NNT**) **between 2 to 10**, and there is **no significant evidence of increased suicidality.** - Close monitoring for side effects whenever SSRIs are prescribed in youth. - The most common side effects of SSRIs in young people are **behavioural activation** and sometimes **appetite suppression or nausea.**



Prescribing SSRIs in children

Fluoxetine is the only recommended SSRI for use in the treatment of ***depression*** in young people under 18. For children with **OCD and depression**, this should be the chosen SSRI. - As for all medications in children, the ***potential risks of untreated OCD***, including a potentially life-long impact on emotional well being, social and educational development need to be weighed against the risks of medication side effects, both acute and long term.



The summary treatment algorithm from the NICE guideline Treatment options for children and young people with obsessive compulsive disorder

- 1) **Mild functional impairment** → Consider guided self help support and information for family/carers
Ineffective or refused
- 2) **Moderate or severe functional impairment** → Offer CBT (+ERP); involve family/carers (individual or group formats) Ineffective or refused
- 3) Consider an **SSRI** (with careful monitoring)
Multidisciplinary review
- 4) SSRI + ongoing CBT (including ERP): Consider use in 8–11 year age group
Offer to 12–18 year age group Carefully monitor for adverse events, especially at start of treatment
- 5) Consider either (especially if previous good response to): Different SSRI
Clomipramine



Medication has occasionally been used as initial treatment where there is no availability of CBT or if the child is unable or unwilling to engage in CBT. - Although medication should not be withheld from the child who needs treatment for their OCD, parents and clinicians should be aware of NICE recommendations that all young people with OCD should be offered CBT.



Medication may also be indicated in those whose capacity to access CBT is limited by cognitive disabilities, although every attempt should be made to modify CBT protocols for such children.

The only study that directly compares the efficacy of cognitive behaviour therapy (CBT), sertraline, and their combination, in children and adolescents, concluded that children with OCD should **begin treatment with CBT alone or CBT plus an SSRI**



Treatment refractory OCD in children

Some children with OCD may fail to respond to an initial SSRI administered for at least **12 weeks at the maximum** tolerated dose, in combination with an adequate **trial of CBT and ERP**. - These children should be reassessed, clarifying compliance, and ensuring that co-morbidity is not being missed. - additional trials of at least **one other SSRI**. - if the response is limited, a child should usually be referred to a specialist centre. - Trials of **clomipramine** may be considered and/or **augmentation with a low dose of risperidone**. Often children with more severe or chronic OCD have co-morbidities that can affect the initial response to treatment and long-term prognosis.



Duration of treatment and long-term follow-up

Adult studies have shown that maintenance on long-term medication sustains remission but the risk–benefit ratio of long-term medication is not known for younger people. - NICE Guidelines recommend that if a young person has responded to medication, treatment should continue for **at least 6 months after remission.** - Clinical experience suggests that children who have had *successful CBT* have prolonged remissions and less relapse following discontinuation of medication, but long-term trials are needed.



Duration of treatment and long-term follow-up

- Most people with early-onset OCD should respond to treatment and be able to lead fully functioning lives. - NICE recommends that **if relapse** occurs, people with OCD should be seen as soon as possible rather than be placed on a routine waiting list.



Watson HJ et al. Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49:489–498.
498





D.O.C.:

DIAGNOSI DIFFERENZIALE PSICOSI

- Tendenza a ipervalutare la natura bizzarra dei rituali e delle convinzioni
- Il D.O.C. evolve in un Disturbo Schizofrenico con una frequenza variabile dall'1 al 3% (Marazziti, 2003)
- Bizzarra ideazione ossessiva: il pz con DOC tende a criticare la propria ideazione, a differenza del pz schizofrenico
- Il pz DOC crede a idee bizzarre per l'utilizzo di un atteggiamento iperprudenziale, a differenza del pz schizofrenico che agisce sulla base di credenze deliranti (crede fermamente alle proprie convinzioni)



DIAGNOSI DIFFERENZIALE: OSSESSIONI vs DELIRI

<u>OSSESSIONI</u>	vs	<u>DELIRI</u>
■ DUBBIO		■ CERTEZZA
■ POSSIBILE FONDAMENTO DELLA REALTÀ		■ FALSI, BIZZARRI, IMPOSSIBILI
■ INSIGHT PRESENTE		■ INSIGHT ASSENTE

D.O.C.:
DATI EPIDEMIOLOGICI

Prevalenza

Prevalenza life-time: 2-2,5%

Prevalenza Puntuale: 1,5% circa

**Popolazione giovanile (15 – 18 anni): prevalenza puntuale
fino al 3%**

Incidenza massima: intorno ai 15 anni e intorno ai 25 anni



D.O.C.: DATI EPIDEMIOLOGICI

Decorso: tende a cronicizzarsi e a diventare invalidante; in percentuale variabile tra il 5 ed il 10% della popolazione il decorso è ingravescente (Andrews et al., 2003)

Effetti della Cronicizzazione:

- Impatto negativo sul funzionamento sociale, lavorativo e sulla qualità di vita
- Riduce la possibilità di raggiungere obiettivi educativi ed occupazionali adeguati
- Determina discontinuità lavorativa, pensionamenti precoci, disoccupazione
- Compromette relazioni sociali, ruolo coniugale e genitoriale

(Koran, 2000; Hollander & Wong, 1998; Leon et al., 1995)

D.O.C.:

FREQUENZA DELLE TEMATICHE OSSESSIVE

Contaminazione (sporco, germi)	37.8%
Paura di far(si) del male	23.6%
Ordine e simmetria	10.0%
Somatiche	7.2%
Religiose	5.9%
Sessuali	5.5%
Collezionismo	4.8%

D.O.C.:

FREQUENZA DEL TIPO DI COMPULSIONI

Controllare	28.3%
Pulire/lavare	26,6%
Ripetere	11,1%
Rituali mentali	10,9%
Ordinare	5,7%
Colelzionare	7,5%

D.O.C.: COMORBILITA' PSICHIATRICA IN ASSE I

DIAGNOSI	CORRENTE (N 100)	LIFE-TIME (N 100)
Episodio Depressivo Maggiore	31%	67%
Fobia semplice	7%	22%
Fobia sociale	15%	18%
Disturbi alimentari	8%	17%
Alcolismo	8%	14%
Disturbo da Panico	6%	12%
Sindrome di Tourette	5%	7%

D.O.C.:

COMORBILITA' PSICHIATRICA IN ASSE I

Ipocondria=DOC? (7% pz con DOC hanno ossessioni somatiche)

SINTOMI	IPOCONDRIA	DOC
Paura di ammalarsi	SI	NO
Risponde alle Rassicurazioni	NO	NO
Insight	Meno probabile	Più probabile
Ossessioni	Circa la paura di ammalarsi	Generalmente multiple

D.O.C.

SOTTOTIPI E CARATTERISTICHE CLINICHE

OSSESSIONI E CHECKING

Osessioni e compulsioni che implicano timori ricorrenti e controlli protratti correlati al dubbio di aver dimenticato qualcosa o di aver fatto un errore o di aver danneggiato qualcosa o qualcuno. Il timore è che una propria azione o omissione sia causa di disgrazie (controlli porta di casa, gas, contare bene i soldi, non aver scritto parole blasfeme)

SOTTOTIPI E CARATTERISTICHE CLINICHE

ACCUMULO

Raccolta compulsiva di oggetti e impossibilità a disfarsene. Opinioni controverse rispetto alla possibilità che tale aspetto sia associato a disturbi organici. Ciò che contraddistingue l'accumulo ossessivo da quello di altri disturbi è la motivazione: in pz D.O.C. è legato a pensieri di contaminazione, p superstiziosi, senso di responsabilità verso gli oggetti (Mancini & Episcopo, 2004), alla not just right experience o al desiderio di contenere compulsioni di lavaggio; l'accumulo ossessivo è egodistonico (Pertusa, 2010). In altri pz la motivazione principale è l'affezione per l'oggetto o l'attribuzione di un possibile valore pratico

CARATTERISTICHE DELLE OSSESSIONI E DELLE COMPULSIONI

OSSESSIONI

Il disagio per il pz è dovuto a 2 condizioni:

- La permanenza nel tempo dell'ideazione ossessiva (la mente del pz per la maggior parte della giornata è occupata da immagini, pensieri, idee che non lasciano spazio ad altro, lasciando il soggetto esausto)
- Le idee ossessive possono essere minacciose per il pz in 2 sensi: o perché rappresenta una minaccia dovuta a (ir)responsabilità personale o perché, solo per il fatto di averla pensata, il pz ha il dubbio di essere una persona immorale, cattiva o pericolosa



CARATTERISTICHE DELLE OSSESSIONI E DELLE COMPULSIONI

COMPULSIONI

- Atti mentali (es. contare, pregare, ripetere parole) o comportamentali (es. controllare, pulire, ordinare) ripetitivi, messi in atto in risposta ad un'ossessione secondo regole precise, allo scopo di neutralizzare/prevenire un disagio o una situazione temuta (Mancini & Perdighe, 2010)
- Compulsione come tentativo di soluzione per prevenire o neutralizzare



APPROCCIO COGNITIVO

- La mente è un sistema di scopi e conoscenze che regolano le reazioni emotive, l'attività mentale e la condotta (Castelfranchi, 2002)
- Sintomi psicopatologici sono l'espressione di attività finalizzate al raggiungimento di un obiettivo, insito nella mente del pz
- Scopo che il pz persegue è prevenire una colpa e prevenire una contaminazione



TRATTAMENTI EFFICACI

- Linee Guida internazionali terapia farmacologica e terapia cognitivo-comportamentale (esposizione ERP tecnica di elezione) (*American Psychological Association, 12 Div*)
- Trattamenti cognitivo-comportamentali che utilizzano tecniche di ERP hanno efficacia pari o superiore dei trattamenti farmacologici, in termini di stabilità del cambiamento (minori tassi di ricaduta) e di minori effetti collaterali
- Trattamenti farmacologici di prima scelta: inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SSRI); clomipramina, antidepressivo triciclico (TCA)
- In casi di comorbilità SSRI e neurolettici (Disturbo Schizotipico di Personalità)



CONDIZIONI CHE RIDUCONO LA RISPOSTA ALLA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

- **Sintomatologia prevalentemente ossessiva**
- **Deliri**
- **Schizotipia e disturbi della personalità**
- **Depressione**



EFFICACIA DEGLI ANTIDEPRESSIVI SEROTONINERGICI

- **10-15% piena remissione**
- **70% remissione parziale**
- **La riduzione media dei sintomi nei pazienti che rispondono parzialmente è 40%**
- **85% dei pazienti ricade 1-2 mesi dopo l'interruzione del farmaco**





DOC

- nel DOC convergono molti dei rompicapo, dei paradossi e delle anomalie e che devono essere risolti non solo dai clinici ma anche da chi vuole spiegare il funzionamento della mente normale.
- Significati o neuroni?
- Il paradosso:
 - ☞ *la debolezza della giustificazione,*
 - ☞ *la bizzarria della giustificazione,*
 - ☞ *l'akrasia,*
 - ☞ *le scelte obbligate*
 - ☞ *i dubbi irrisolti.*



La natura di ossessioni e compulsioni

- Espressione o conseguenza di:
 - danno neurale
 - deficit cognitivo
 - condizionamento classico e operante
- Attività diretta ad un fine e dunque dotata di senso

?



PROSPETTIVA COGNITIVISTA

- **Mente = sistema di scopi e credenze**
- **Un sottoinsieme di scopi e credenze attivo in un dato momento costituisce lo stato mentale che regola le condotte, le emozioni e le funzioni cognitive.**
- **Quale stato mentale regola le condotte, le emozioni e le funzioni cognitive in modo ossessivo e compulsivo?**



L'IMPOSTAZIONE COGNITIVISTA

è diversa da impostazione

- comportamentista**
- neurologica**
- neuropsicologica**

perché

si assume che l'attività ossessiva sia finalizzata alla la prevenzione e la neutralizzazione



Enholt et al. (1999)

nei pazienti ossessivi vi è una particolare sensibilità alle critiche:

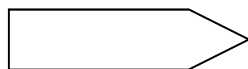
- Moralì**
- Sprezzanti**
- Aggressive**
- Non ridicolizzanti, squalificanti**

I pz DOC , vs altri pz e normali, attribuiscono

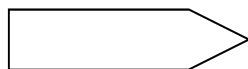
- probabilità maggiore a critiche del genere**
- le immaginano più gravi**
- le sentono più insopportabili**



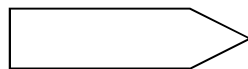
PROVE CHE IL TIMORE DI COLPA REGOLA L'ATTIVITA' OSSESSIVA



CLINICHE



CORRELAZIONALI



SPERIMENTALI



NEUROFISIOLOGICHE



PROVE CLINICHE

**Maria: paura del contagio o paura della
responsabilità di essersi contagiata?**

(Mancini, 2001)



RICERCHE CORRELAZIONALI

1. POPOLAZIONE GENERALE

COLPA DI TRATTO elevata
OSSESSIONI E COMPULSIONI

(Mancini, D'Olimpio e D'Ercoli, *Clinical Pshchology and
Psychotherapy*, 2002)

2. POPOLAZIONE CLINICA

COLPA elevata
DOC

