

Meriti e demeriti della nuova categoria del DSM-5: «Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati»

Francesco Mancini – Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma; Centro di Psicoterapia Cognitiva e Psicopatologia sperimentale, Roma, Italia; Università Marconi, Roma

Claudia Perdighe – Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma; Centro di Psicoterapia Cognitiva e Psicopatologia sperimentale, Roma

Riassunto

Negli ultimi decenni si è arrivati a una comprensione sempre più accurata dello stato mentale che regola i pensieri e comportamenti ossessivi. Questa comprensione della complessa fenomenologia del disturbo ossessivo-compulsivo rischia di perdersi nel momento in cui, come fa il DSM-5 con l'introduzione della categoria disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati, si promuove una comprensione dei disturbi in termini di mera condivisione di segni e forma dei sintomi. In questo articolo saranno esaminati gli aspetti secondo noi critici di questa categoria, sia dal punto di vista concettuale che dal punto di vista della pratica clinica.

Parole chiave: *Disturbo ossessivo-compulsivo, Disturbi correlati, Spettro ossessivo-compulsivo, DSM-5.*

Abstract

Merits and faults of the new category of DSM-5: «Obsessive-compulsive and related disorders»

In recent decades we have come to a more accurate understanding of the mental state that regulates thoughts and obsessive behaviours. This understanding of the complex phenomenology of OCD risks getting lost when, like the DSM-5 does with the introduction of the OCD category and related disorders, it promotes an understanding of the disorder in terms of the mere sharing of signs and form of symptoms. In this article what we believe to be the critical aspects of this category will be examined, both from a conceptual point of view and from the point of view of clinical practice.

Keywords: *Obsessive-compulsive disorder, Related disorders, Obsessive-compulsive spectrum, DSM-5.*

La funzione di una diagnosi e delle classificazioni diagnostiche è la maggiore comprensione di un disturbo o condizione riferibile a una manifestazione di specifici sintomi (dal greco *diaghignóskein*, «capire»).

Nella tradizione del DSM, in quest'ottica, c'è lo sforzo di individuare macrocategorie, ovvero categorie sovraordinate che mettono insieme disturbi che condividono tutti qualche caratteristica importante (ad esempio, disturbi d'ansia o disturbi dell'alimentazione del DSM-IV-TR).

Il merito, oltre a una maggiore semplificazione del processo diagnostico per il clinico, va ravvisato nello sforzo di mettere a fuoco i caratteri comuni e, soprattutto, distintivi di gruppi di disturbi, dal momento che questo migliora la comprensione del singolo disturbo.

L'adozione nel DSM-5 (American Psychiatric Association, APA, 2013) del concetto di spettro, benché tradotto in *Obsessive-compulsive disorder and Related Disorders* (disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati), è in linea con questa tradizione. L'*Obsessive-compulsive spectrum* è un concetto promosso principalmente da Hollander e collaboratori (Hollander e Evers, 2004; Hollander, Kim e Zohar, 2007; Hollander, Braun e Simeon, 2008), ma discusso in letteratura da almeno due decadi (Phillips et al., 2010).

Il concetto di spettro, adottato dalla fisica, è basato sulla constatazione che alcuni disturbi condividono specifiche caratteristiche sintomatologiche e aspetti riguardanti cause e decorso e, in particolare, la risposta positiva allo stesso trattamento (farmaci SSRI). L'introduzione di questa nuova macrocategoria diagnostica è così giustificata dagli autori come espressione «della crescente evidenza che questi disturbi sono connessi gli uni agli altri in termini di una vasta gamma di validatori diagnostici come anche dell'utilità clinica del raggrupparli in un'unica categoria» (DSM-5, APA, p. 236).

Al di là della bontà del tentativo di aumentare la comprensione dei tratti peculiari di questo gruppo di disturbi, il problema che vogliamo porre riguarda proprio l'utilità e la validità di questa categorizzazione: davvero i caratteri individuati come comuni e distintivi sono tali? E, dunque, davvero il concetto di spettro (o dell'equivalente categoria disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati) aumenta la comprensione dei disturbi inclusi e può migliorare la pratica clinica? Prendiamo in considerazione di seguito quattro descrizioni cliniche.

Da anni Fabio passa buona parte della giornata a riflettere, argomentare e controargomentare nella sua mente sul tema «sono o non sono omosessuale?». È un ragionare ripetitivo e doloroso per il paziente: spende in questo molto tempo della sua giornata e, quando non riesce a rassicurarsi sul fatto che la risposta è quella desiderata, viene preso da sentimenti di ansia e dal timore di mandare in rovina la sua vita e anche quella della sua fidanzata.

Mario, quando torna a casa, passa molto tempo (a volte anche diverse ore) a lavare accuratamente i suoi oggetti e il suo corpo. In particolare verifica di non essersi inavvertitamente sporcato con gli escrementi di un piccione: si controlla allo specchio, controlla attentamente tutti gli indumenti indossati e, in ultimo, si lava. È un comportamento che Mario trova molto faticoso e vorrebbe non farlo più. Anche per questo, quando si sente molto stanco, dorme vestito sulla poltrona del salotto, piuttosto che in camera sua; in questi casi si limita a lavarsi le mani.

Da quando era adolescente Carlo, tutti i giorni o quasi, passa almeno un'ora al giorno a toccare, carezzare e/o strappare i suoi peli o capelli. In passato soprattutto i capelli, ora prevalentemente sopracciglia e pizzetto. Si vergogna molto di questo comportamento e della conseguente alopecia, ma dice «di non riuscire a non farlo», anche se «non ne capisce il senso e non sa perché lo fa». Spesso, tra l'altro, è un comportamento del tutto automatico: qualche volta gli è capitato di strapparsi quasi tutte le sopracciglia mentre guardava la TV o studiava «senza rendersene conto», in modo automatico. Solo quando crea zone di alopecia molto visibili, rasa completamente la parte e allora, per qualche settimana, non mette più in atto il comportamento e, dice, si sente più sereno. Inoltre riesce a non mettere in atto il comportamento, anche per diversi giorni, quando viene a trovarlo da Milano la fidanzata.

Antonio è molto attento alla sua salute: mangia solo cibi sani, evitando tutti i cibi che potrebbero rendere faticosa la digestione. Questo però non è sufficiente a farlo sentire sereno: passa infatti molto tempo a preoccuparsi del significato di qualche sensazione fisica e della possibilità di essere malato. Tutte le mattine controlla la pressione, osserva il colore delle sue urine e, se sente qualcosa che non va o qualche sensazione somatica che reputa anomala, fa dei controlli. Ad esempio, si sente il numero e la regolarità dei battiti del cuore, se ha l'impressione di una qualche aritmia; oppure va su internet, a controllare la possibile origine di quel «sintomo». Quando non riesce a tranquillizzarsi o un «sintomo» dura per troppo tempo, va dal suo medico. Si rende conto che passa molto tempo a occuparsi della sua salute, togliendolo al lavoro e alla famiglia, e che è spesso «esagerato», ma non riesca a farne a meno.

Di questi casi, i primi due, per quanto piuttosto diversi nella loro manifestazione, sono lo stesso disturbo, ovvero il disturbo ossessivo-compulsivo. Il terzo è un disturbo correlato. Il quarto non fa parte dei disturbi inclusi in questa categoria, anche se sembra somigliare molto al primo caso (è un paziente ipocondriaco, classificato ora tra i *Somatic Symptom and Related Disorders*).

Cosa ci fa dire che i primi hanno il disturbo ossessivo, il terzo ha un disturbo correlato e il quarto non è né un disturbo ossessivo-compulsivo né un disturbo correlato? Le somiglianze e differenze tra questi pazienti secondo noi rimandano a quelli che sono forse i due principali problemi dello spettro.

In primo luogo, i criteri utilizzati per definire quali disturbi sono parte dello spettro non sono affatto chiari e univoci e non è affatto autoevidente l'esistenza di una categoria sovraordinata come quella dello spettro ossessivo, che in questo caso metterebbe sotto la stessa etichetta i primi tre pazienti e non il paziente con *Somatic Symptom Disorder*, che nell'esperienza dei clinici invece condivide tanta parte del funzionamento con il disturbo ossessivo-compulsivo.

In secondo luogo, non vengono considerati i determinanti psicologici di un disturbo nel classificare le patologie mentali, con il rischio di creare categorie diagnostiche che, piuttosto che guidare nella maggiore comprensione del disturbo, creano confusione o, nella migliore delle ipotesi, aggiungono poco alla comprensione. Il punto è: i criteri utilizzati si riferiscono a caratteristiche cliniche solo descrittive o sono anche espressione di processi psicologici comuni ai disturbi inclusi nello spettro ossessivo? Toccare ripetutamente il tavolo può essere un tic motorio o un rituale ossessivo; in entrambi i casi è un comporta-

mento ripetitivo e non voluto dal soggetto, ma è indubbiamente espressione di processi mentali molto diversi tra di loro.

LE CARATTERISTICHE CLINICHE COMUNI E DISTINTIVE: I VALIDATORI

I validatori considerati da Phillips et al. (2010), in una *review* della letteratura esistente commissionata dal *DSM-5 Anxiety OC-spectrum, Post-traumatic and Dissociative Work Group* (lavoro poi utilizzato per la definizione dei disturbi da includere o meno nello spettro), sono 11: analogie sintomatologiche, alta comorbilità tra disturbi, corso della malattia, familiarità, aspetti genetici, fattori di rischio ambientali, substrati neurali, *biomarkers*, temperamento, anomalie cognitive ed emotive, risposta al trattamento. Solo il primo, le analogie nei sintomi (la *symptom similarity*), che deriva dalla diretta osservazione e valutazione clinica del disturbo, è il più interessante per noi.

Come messo in luce da Dettore (2013), grandi sono i limiti pratici e concettuali dell'utilizzare questi come criteri d'inclusione nella categoria disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati, dal momento che non tutti i disturbi condividono le caratteristiche definite dai validatori o, al contrario, disturbi non inseriti nello spettro le condividono maggiormente di quelli dentro: si pensi, ad esempio, alla maggiore comorbilità del disturbo ossessivo-compulsivo con disturbi depressivi piuttosto che con alcuni disturbi inclusi nello spettro. In ogni caso, «la sopravvivenza del concetto di spettro ossessivo-compulsivo non può fondarsi solo su queste analogie; occorrerebbe che i disturbi ivi contenuti potessero essere compresi in una modellizzazione eziopatogenetica comprensiva, da cui trarre utili conseguenze per il trattamento. Allo stato attuale delle cose, siamo ancora lontani da tale meta, forse impossibile» (Dettore, 2013).

Il punto maggiormente critico è rappresentato dal fatto che non è definito il *quanto* della somiglianza o differenza sia necessario avere per stare dentro o fuori la categoria, visto che si tratta di disturbi «distinti ma correlati» (Phillips et al., 2010).

L'unica conclusione possibile, guardando le ricerche sui validatori, è che alcuni disturbi correlati hanno somiglianze con il disturbo ossessivo-compulsivo. I dati di ricerca però non sembrano escludere, per quanto ne sappiamo noi, che le correlazioni tra disturbo ossessivo e disturbi correlati siano dovute agli stessi individui per tutti i validatori. In altri termini è possibile che ci sia una grande somiglianza tra alcuni individui appartenenti alla categoria disturbo ossessivo-compulsivo e individui appartenenti a un altro disturbo dello spettro, ma non nel funzionamento e nelle caratteristiche dei due disturbi (se due attaccanti di squadre diverse hanno caratteristiche molto simili nel gioco, non significa che le squadre siano simili; se si facessero delle correlazioni, però, la somiglianza tra gli attaccanti potrebbe dare questa impressione).

D'altra parte la stessa variabilità nel tempo dei disturbi proposti come disturbi correlati è un indizio della non facile definizione dei criteri di inclusione; come osservano Phillips et al. (2010), la prima concettualizzazione dello spettro ossessivo includeva una larga gamma di potenziali candidati. Disturbi come l'ipocondria o il disturbo da tic sono stati a lungo considerati come ottimi candidati a fare parte dello spettro: ad esempio, secondo Hollander, Kim e Zohar (2007) e Hollander, Braun e Simeon (2008) ci sono forti eviden-

ze a supporto dell'inclusione nello spettro del disturbo di Tourette e dell'ipocondria e ci sono minori evidenze per altri disturbi come il disturbo da accumulo. Di fatto, nell'ultima versione dello spettro il disturbo di Tourette e l'ipocondria non sono inclusi nello spettro, mentre c'è il disturbo da accumulo.

LA DIMENSIONE DESCRITTIVA DEI SINTOMI: EGODISTONIA E RIPETITIVITÀ COME CARATTERISTICHE CLINICHE CONDIVISE DAI DISTURBI DELLO SPETTRO OSSESSIVO

Il primo e più importante criterio d'inclusione della categoria riguarda la somiglianza nei sintomi tra disturbi. La valutazione delle analogie nei sintomi, però, come messo in luce da Abramowitz (2006), è appiattita sulla dimensione descrittiva dei sintomi. Non viene considerata la funzione o la dimensione motivazionale, ma solo la forma o topografia dei sintomi.

In questa dimensione descrittiva, la somiglianza messa in luce riguarda essenzialmente la ripetitività dei pensieri e comportamenti sintomatici e l'aspetto *unwanted* (non voluto) o egodistonomico dei sintomi, ovvero il fatto che si tratta di comportamenti che non si vorrebbero mettere in atto ma che non si riesce a inibire.

Un primo aspetto critico della somiglianza dei sintomi come criterio di inclusione riguarda il fatto che, come evidenziato da Abramowitz (2006), non è affatto autoevidente il perché della scelta di questi come tratti distintivi del disturbo ossessivo piuttosto che altri. Ad esempio, se guardiamo alla letteratura e storia dello studio del disturbo, altre caratteristiche sono via via messe in luce come almeno altrettanto distinctive e caratteristiche: l'intrusività dei pensieri, l'intolleranza all'incertezza, il perfezionismo e la forte sensibilità morale, la Not Just Right Experience, tra le principali.

D'altra parte, anche ammesso che siano aspetti qualificanti più di altri, si tratta di vedere quanto davvero siano tratti condivisi da tutti i disturbi inclusi nello spettro ossessivo e quanto siano specifici per questi e non, ad esempio, anche per tanti altri disturbi non inclusi nello spettro ossessivo.

I disturbi inclusi nella categoria disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati sono caratterizzati da condotte non volute?

Il termine *unwanted*, come detto, riguarda e cerca di rendere conto del fatto che il soggetto mette in atto condotte, anche se contemporaneamente ha il desiderio di non emetterle, e dopo le critica. Nello specifico le condotte *unwanted* sono gli atti ripetuti e soggettivamente percepiti come «obbligatori» («spinti da», non scelti), come i rituali ossessivi (quello che in letteratura è a volte descritto come deficit nella capacità di ritardare o inibire un comportamento).

Il concetto di *unwanted* come aspetto distintivo e qualificante del disturbo ossessivo-compulsivo, però, presenta diversi problemi. Innanzitutto non sempre i suoi sintomi sono *unwanted* e spesso sintomi non riferibili a disturbi inclusi nello spettro ossessivo sono invece *unwanted*. Si pensi a pazienti con fobia sociale, depressione, bulimia: quanta parte

delle condotte sono non volute dal soggetto? La bulimica che si abbuffa molto spesso lo fa nonostante desideri non farlo o provi disgusto per se stessa nel farlo; tanto che dopo si sente in colpa e mette in atto condotte (ad esempio dieta restrittiva) tese a prevenire il rischio di vomitare di nuovo. Il fobico sociale evita i luoghi di contatto sociale ansiogeno, ma vorrebbe non farlo. In senso stretto il concetto di unwanted si applica a una grande parte dei disturbi psichiatrici, cioè a tutti i sintomi che sono criticati dal paziente (aspetto peraltro strettamente connesso alla sofferenza e alla richiesta di trattamento). In questo senso, il fatto che i sintomi siano messi in atto anche se non voluti dal soggetto non sembra qualificare i sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo più dei sintomi di tanti altri disturbi (un depresso vuole ruminare? Riesce a non farlo? Una bulimica vuole passare la maggior parte del tempo di veglia a occuparsi del peso? Riesce a non farlo?).

D'altra parte i sintomi ossessivi non sempre sono non voluti dal soggetto. Ad esempio, se il paziente tocca qualcosa che per lui è contaminante e che suscita una sensazione di disgusto, allora il lavaggio delle mani può essere fortemente desiderato dal paziente e tutt'altro che unwanted. Se si prova a bloccare un ossessivo che, dopo essere salito in macchina, è preso dal dubbio di non avere chiuso il gas e vuole tornare a controllare, si ha una prova evidente di quanto il paziente «vuole» controllare, di quanto questa condotta sia in quel momento tutt'altro che non voluta (tanto che può anche reagire con rabbia e aggressività a chiunque tenti di bloccarlo).

Se guardiamo dentro la testa del soggetto ossessivo quando è in contatto con la situazione attivante, le compulsioni sono nella gran parte dei casi wanted (salvo poi essere criticate in un secondo momento). Quello che osserviamo nella sua testa è che c'è un'ossessione cui risponde con un qualche comportamento compulsivo teso ad annullare o allontanare quell'ossessione. Il paziente vorrebbe non avere il dubbio, l'ossessione, *piuttosto che* non fare il controllo; se ha il dubbio, *vuole* fare il controllo.

Il problema è che il termine unwanted è ambiguo e tende a confondere condotte impulsive e acratiche e condotte compulsive. Il termine può avere, infatti, almeno due significati. Il primo fa riferimento al caso ben noto in filosofia e in psicologia con il termine *akrasia*, vale a dire fallimento del potere su di sé (il termine *akrasia* deriva dal greco antico, dove «a» corrisponde all'alfa privativa, e *kratos*, a potere, forza; dunque *akrasia* come fallimento della volontà). In questo senso una condotta è unwanted se l'individuo agisce pur riconoscendo che sarebbe per lui possibile e conveniente agire diversamente. Un caso classico è il cedimento alla tentazione, ad esempio quello del soggetto che vorrebbe non bere, per evitare le conseguenze negative dell'alcol, ma non riesce a non cedere: beve in quanto «non sono riuscito a controllarmi».

Una condotta, tuttavia, può essere unwanted anche nel senso di «compulsiva», come spesso sono le condotte ossessive. Affinché una condotta sia compulsiva si richiede che l'individuo la riconosca come frutto di una propria scelta, come ad esempio è il lavaggio delle mani, ma che, al contempo, egli stesso non riconosca di avere scelto o di avere accettato quel dominio di scelta. È il caso del paziente che vuole controllare se gli viene il dubbio del gas aperto, ma vorrebbe non avere il dubbio e, dunque, non essere «costretto» a controllare. Di fronte al bivio, andare al lavoro o tornare a controllare, sceglie la seconda possibilità (perché vuole sì andare a lavorare e non fare ritardo ma non è disposto a rischia-

re di mandare a fuoco il palazzo). Non è detto, però, che ritenga di avere scelto in senso pieno («mi sento costretto a controllare»); quello che «davvero vorrebbe» è di non trovarsi davanti al bivio «faccio tardi o rischio di lasciare il gas aperto». In altri termini, in questo senso unwanted fa riferimento al fatto che il soggetto vorrebbe non avere le ossessioni e compulsioni, in quanto considera esagerate le sue preoccupazioni e le condotte messe in atto per contenere le preoccupazioni; ma, contemporaneamente, non vorrebbe tenersi la preoccupazione connessa al non mettere in atto la compulsione quando è a ridosso della situazione attivante.

Il disturbo ossessivo e i disturbi correlati sono caratterizzati da condotte ripetitive?

Sebbene la ripetitività all'apparenza sembri un criterio comune e distintivo abbastanza chiaro e univoco, in realtà non è affatto vero: oltre a non essere del tutto chiaro cosa si intenda per ripetitività, anche in questo caso due condotte possono essere ripetitive in modi estremamente diversi tra loro e non è del tutto evidente in che senso tutti i disturbi inclusi nello spettro siano caratterizzati da ripetitività. Quindi questo criterio presenta almeno due problemi.

Il primo problema può essere così rappresentato: *per tutti i disturbi dello spettro si può affermare che la ripetitività è un carattere distintivo? E lo è in modo specifico per i disturbi inclusi in questa categoria?*

Un esempio che sembra contrastare questa evidenza è il disturbo da accumulo, incluso nello spettro anche se la ripetitività non ne è segno caratteristico: il comportamento d'accumulo può essere considerato ripetitivo, infatti, solo nel senso che è persistente e continuativo nel tempo. Se per ripetitività, però, si fa riferimento a condotte ripetute sempre simili a se stesse, più volte al giorno e secondo schemi e manifestazioni esterne molto simili (come controllare ripetutamente il gas, chiudere la porta tre volte, lavarsi ripetutamente le mani, domandarsi ripetutamente se si è omosessuali), allora è difficile considerare il disturbo da accumulo un comportamento ripetitivo: l'accumulo è ripetitivo solo nel senso della costanza dello scopo che lo regola (acquisire e conservare oggetti).

Anche nella tricotillomania, il modo in cui i comportamenti sono ripetitivi è estremamente variabile. Si passa da una ripetitività che fenomenologicamente somiglia molto alla ripetitività del rituale ossessivo (condotta che appare come rigidamente predefinita, tendenzialmente stabile e uguale a se stessa), a casi in cui il comportamento sembra un *binge*, ovvero una messa in atto del sintomo in modo intenso, per un tempo limitato e in modo non regolare nel tempo.

D'altra parte anche nel disturbo ossessivo-compulsivo uno dei sintomi centrali è l'evitamento, funzionale a prevenire il realizzarsi di un danno temuto, che però non è un sintomo ripetitivo in senso stretto (non c'è una condotta rigidamente ripetuta); semmai è un comportamento molto accurato in relazione allo scopo.

Non solo dire che tutti i disturbi inclusi nello spettro ossessivo sono caratterizzati da ripetitività non rappresenta un'affermazione autoevidente, ma è anche possibile asserire che molti disturbi non inclusi in questa categoria presentano sintomi ripetitivi. Si pensi al paziente ipocondriaco: ha pensieri e comportamenti ripetitivi correlati alla salute, che sono

nell’aspetto di ripetitività difficilmente distinguibili da quelli di un paziente con disturbo ossessivo-compulsivo. O si pensi al *body checking* della bulimica: cosa distingue questi comportamenti dai sintomi ossessivi o da quelli del disturbo dismorfofobico (incluso tra i disturbi correlati)?

Il punto è che è difficile considerare simili o diverse due condotte solo sulla base del loro «aspetto», cioè della dimensione descrittiva. È come decidere se le condizioni di due pazienti siano uguali o diverse a partire da sintomi come la febbre o la faticabilità (che evidentemente possono rimandare a quadri patologici completamente differenti, dalla banale influenza stagionale a gravi malattie che minacciano la vita).

Questo ci porta al secondo problema: *due condotte simili accomunate da ripetitività sono necessariamente espressione dello stesso fenomeno psicologico?*

Una condotta ripetitiva può essere simile o diversa da un’altra condotta ripetitiva per i suoi determinanti prossimi e per i meccanismi che ne regolano la ripetizione. Esaminiamo, ad esempio, la seguente condotta:

Un paziente è impegnato nel lavaggio delle mani: lo fa secondo uno schema molto rigido che prevede aprire l’acqua con un movimento preciso, sciacquare il sapone e il portasapone, insaponarsi, sciacquare, posare il sapone, ripetere per 5 volte, asciugarsi accuratamente. Se viene interrotto o se qualcosa non va secondo il suo schema (ad esempio il sapone tocca il lavandino), ricomincia da capo.

Una condotta simile a quella descritta la possiamo osservare in un paziente ossessivo, ma anche ad esempio in un paziente con sindrome di Asperger o schizofrenico (com’era il caso del paziente descritto) o con demenza. È una condotta ripetitiva, ma davvero possiamo immaginare che sia sempre «lo stesso sintomo» e che, quindi, ci sia somiglianza di disturbi?

In realtà, se consideriamo i determinanti prossimi di una condotta, possiamo tracciare *una prima distinzione fra schemi fissi d’azione e condotte corrette secondo uno scopo*.

Gli schemi fissi d’azione sono condotte stereotipe, simili a un riflesso, attivate da un trigger; può esserlo l’*automatic-habitual hair pulling* di alcuni pazienti con tricotillomania. Gli schemi fissi d’azione si caratterizzano per i trigger attivanti, per il tipo di comportamento e per le condizioni di stop.

La caratteristica delle condotte corrette secondo uno scopo non è tanto il fatto di raggiungere un risultato prevedibile (questo accade anche con gli schemi fissi d’azione), quanto di raggiungerlo attraverso un preciso processo: da un ampio repertorio di movimenti stereotipati o variabili, il sistema seleziona i comportamenti non casualmente, e in modo che essi portino l’organismo sempre più vicino allo scopo stabilito (Bowlby, 1989). In sintesi, se una condotta corretta secondo uno scopo è ostacolata, allora l’individuo tende a sostituirla con altre disponibili nel suo repertorio, mentre se uno schema fisso d’azione è ostacolato, non è sostituito da altre condotte.

Le condotte di questo tipo, dunque, si caratterizzano fondamentalmente per lo scopo perseguito.

Condotte simili possono essere regolate da scopi diversi e lo stesso scopo può regolare condotte differenti. In ambito psicopatologico, ad esempio, l’evitamento del treno può

essere finalizzato a prevenire un attacco di panico in un luogo chiuso dal quale non ci si potrebbe allontanare, ma anche il contatto con sostanze sporche e disgustose; allo stesso modo due comportamenti diversi possono essere regolati dallo stesso scopo, ad esempio, lavarsi ripetutamente le mani dopo avere toccato un computer caldo e non usare uno smartphone ricevuto in regalo possono essere finalizzati allo stesso scopo di non essere soggetti a una contaminazione «da radiazioni».

Ora, se osserviamo il paziente ossessivo impegnato in un rituale di lavaggio, si può avere l'impressione che sia attivo uno schema fisso d'azione, ma se si allarga il campo di osservazione appare evidente che il risultato finale, la scomparsa della sensazione di contaminazione, è perseguito dal paziente non solo tramite i lavaggi ma anche con altri comportamenti che sceglie in base alle circostanze; ad esempio il paziente evita di toccare determinati oggetti, oppure li tocca utilizzando un fazzoletto, chiede rassicurazioni, rumina sulla possibilità che un oggetto sia contaminato.

Le condotte corrette secondo uno scopo possono essere pienamente consapevoli e intenzionali ma anche automatiche; in questo secondo caso si differenziano di nuovo dagli schemi fissi d'azione perché, se sono ostacolate, sono sostituite da altre condotte.

Al contrario, ad esempio, in alcuni pazienti con tricotillomania sembra che il comportamento sintomatico sia più simile a uno schema fisso d'azione attivato da uno stato di tensione o di noia che non corretto secondo uno scopo; infatti, se viene interrotto o ostacolato il paziente non ricorre a comportamenti alternativi. Per giunta, diversamente da quanto accade nel disturbo ossessivo-compulsivo, durante la ripetizione del comportamento sintomatico, il paziente non si descrive focalizzato sull'esecuzione del sintomo che, invece, può essere messo in atto in specifici momenti in cui è concentrato su altre attività, ad esempio studiare o riflettere, o fantasticare («mentre rifletto davanti al computer mi ritrovo quasi inconsapevolmente a strapparmi i capelli»; «lo faccio soprattutto la sera, a letto, mentre penso prima di addormentarmi, quasi senza accorgermene»). È pur vero, tuttavia, che altri pazienti con tricotillomania sembrano persegui uno scopo simile alla neutralizzazione della *Not Just Right Experience* (Coles, Heimberg, Frost e Steketee, 2005), ad esempio, eliminare capelli che non sono a posto, magari perché bianchi, o i peli delle sopracciglia troppo folte o vicine, e a questo fine non solo strappano ma ricercano anche accuratamente i peli «non a posto», controllano ripetutamente il risultato che spesso appare insoddisfacente e che, perciò, induce a ripetere lo strappo. In questi casi, il paziente appare concentrato sull'esecuzione del compito, che non raramente è anche vissuto come compulsivo oltre che akratico.

Ancora, in altri pazienti lo scopo dello strappo nella tricotillomania sembra finalizzato a contenere emozioni negative intense, con finalità simili a quelle perseguiti dai pazienti con disturbo da dismorfismo corporeo con gli atti autolesivi.

Quindi, come visto, la ripetitività di un pensiero o comportamento può rimandare a distinti, per funzione e significato, tipi di condotte e può essere letta in almeno due modi, estremamente differenti tra loro:

- come espressione di uno schema fisso d'azione, di una stereotipia, ovvero riconducibile a una scarsa flessibilità del repertorio comportamentale del soggetto;
- come espressione di una forte focalizzazione su uno scopo, ovvero riconducibile all'impegno profuso nel raggiungere un determinato scopo.

Nel disturbo ossessivo-compulsivo, anche ove l’automatizzazione del comportamento possa farlo somigliare a uno schema fisso d’azione, di fatto abbiamo sempre una condotta orientata da uno scopo. È lo scopo a essere «fisso», non la condotta volta a ottenerlo. Nella tricotillomania possiamo osservare entrambi i tipi di ripetitività a seconda dei pazienti. Nel disturbo da accumulo, come nel disturbo ossessivo-compulsivo, come detto, abbiamo condotte ripetitive solo nel senso che sono regolate dallo stesso scopo di «conservare» o non buttare gli oggetti.

Un’ultima considerazione riguarda il fatto che la ripetitività può essere alimentata anche da alcune specifiche caratteristiche degli scopi e meccanismi. Ad esempio, le condotte sono più ripetute se gli standard di raggiungimento di uno scopo sono elevati o se gli scopi sono formulati in negativo (rendendo più difficile individuare una regola di stop). I meccanismi che facilitano la ripetizione sono essenzialmente di due tipi: (a) i tentativi di sopprimere una condotta (ad esempio, criticare e contrastare i lavaggi) o i suoi determinanti (ad esempio, sforzarsi di eliminare la voglia di lavarsi); (b) la resa precoce alla possibilità di inibire la condotta al primo fallimento.

La valutazione della somiglianza su un piano descrittivo tra condotte sulla base della ripetitività, senza la considerazione dei determinanti e meccanismi sotesti, è un ottimo esempio di come si possano mettere sullo stesso piano sintomi molto differenti tra loro. Infatti, una condotta può essere o diventare ripetitiva attraverso processi estremamente diversi.

IL CASO PARTICOLARE DEL DISTURBO DA ACCUMULO

Questo disturbo è stato incluso nello spettro ossessivo attraverso un percorso diverso dagli altri disturbi: nel DSM-III (1980) era tra i criteri diagnostici del disturbo ossessivo-compulsivo di personalità; dal DSM-IV appare la specificazione che, quando il comportamento di accumulo è particolarmente invalidante, si pone diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo.

L’associazione tra comportamento d’accumulo e disturbo ossessivo-compulsivo è radicata nella descrizione che fornisce Freud del carattere anale (1908), che è caratterizzato tra l’altro dalla difficoltà a dare e dalla tendenza a trattenere in senso letterale e metaforico.

A partire da questa tradizione dell’accompagnare comportamento di accumulo e disturbo ossessivo, si è inserito il disturbo da accumulo nel ventaglio dei disturbi da valutare per l’inclusione nello spettro ossessivo (Phillips et al., 2010). La scelta del disturbo quindi non ha niente a che vedere con la ripetitività e l’aspetto unwanted, come criteri di inclusione; solo *dopo* si è valutata la presenza di questi caratteri, che come visto sono presenti con modalità molto diverse rispetto al disturbo ossessivo-compulsivo: l’accumulatore vuole accaparrare, anche quando si rende conto della disfunzionalità del suo comportamento; nell’accumulatore il non buttare o l’acquisire oggetti sono comportamenti che si ripetono in funzione dell’ottenimento dello scopo, ma che non sono ripetitivi nella forma.

Tra l’altro l’accumulo è presente anche in altri quadri psicopatologici molto diversi, ad esempio in alcune demenze, nella schizofrenia o nella cosiddetta sindrome di Diogene.

Un aspetto interessante del disturbo da accumulo è che costringe a riflettere sui determinanti psicologici del disturbo, per poterlo differenziare dal disturbo ossessivo-compulsivo. Si fa diagnosi di disturbo da accumulo quando il comportamento di accumulo non è giustificato da ossessioni, ovvero dalla diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo (Pertusa et al., 2010). Prendiamo in considerazione questo esempio:

Francesco ha accumulato nella sua stanza decine di contenitori di latte in cartone, accuratamente ripiegati e impilati; la motivazione da lui data al suo comportamento è: «Poiché convivo con altre persone e abbiamo un solo bagno, potrei trovarmi nella condizione di dover urinare urgentemente e trovarmi in una situazione di grande disagio; e allora magari dovrei chiedere a qualcuno di uscire dal bagno, causandogli problemi. O, per resistere, potrei farmi venire qualche infezione alla vescica o ai reni».

Francesco è un paziente con disturbo ossessivo-compulsivo. Da un punto di vista descrittivo, il suo comportamento sembra del tutto simile a quello di una persona con disturbo da accumulo. Ha la stanza stracolma di contenitori di latte e altri oggetti. Quello che lo differenzia è la ragione per cui gli oggetti vengono acquisiti e conservati: conservare i contenitori è per Francesco sempre funzionale a prevenire la possibilità di un danno. Nel caso del disturbo da accumulo, invece, il comportamento è regolato da altre motivazioni, come ad esempio l'attaccamento affettivo o il timore di dimenticare.

Concludendo, al di là delle somiglianze nella forma tra disturbo da accumulo e accumulo nel disturbo ossessivo-compulsivo, è impossibile comprendere e valutare anche in senso diagnostico l'accumulo prescindendo dalle motivazioni che lo muovono.

CONCLUSIONI

Negli ultimi decenni si è arrivati a una comprensione sempre più accurata dello stato mentale che regola i pensieri e comportamenti ossessivi. Questa comprensione della complessa fenomenologia del disturbo ossessivo-compulsivo rischia di perdersi nel momento in cui, come fa il DSM-5, si promuove una comprensione dei disturbi in termini di mera lista di segni e sintomi; l'individuazione dei meccanismi psicologici che sottendono una condotta è sostituita da un approccio *checklist* che trascura completamente il significato e la funzione dei sintomi.

Riconosciamo i meriti dello sforzo di individuare, con le macrocategorie, aspetti comuni e distintivi di gruppi di disturbi, ma non del farlo a partire dalla collezione di sintomi, prescindendo dalla loro motivazione o funzione, ovvero fermandosi alla dimensione descrittiva di un disturbo basandosi sul «cosa Fa» piuttosto che sul «cosa Motiva» o sul «Perché di una condotta» (Abramowitz, 2006); o sulla base di una parziale condivisione di aspetti scelti come «indicatori di somiglianza» tra disturbi, come familiarità o comuni substrati neurali.

Innanzitutto gli aspetti individuati come comuni e distintivi non lo sono, o non lo sono in modo chiaro e univoco. In particolare, da un lato la somiglianza dei sintomi (*symptom similarity*), individuata soprattutto nella condivisione delle caratteristiche di ripetitività e unwanted dei pensieri e comportamenti sintomatici, non è realmente condivisa da tutti

i disturbi dello spettro, ma risulta invece condivisa da disturbi non inseriti nello spettro; dall’altro questa somiglianza descrittiva non rende conto in nessun modo della reale e sostanziale somiglianza tra disturbi. Per considerare simili o diverse due condotte, come più volte sottolineato, è necessario tenere conto dei suoi determinanti psicologici e in particolare dell’aspetto motivazionale. Peraltro, il «quanto» della somiglianza nei sintomi e rispetto ai validatori non è affatto definito, lasciando spazio a grandi ambiguità.

Un approccio descrittivo ai disturbi mentali, oltre al rischio di farci fare passi indietro di decenni con il ritorno ad approcci riduzionisti, dimenticando la conoscenza accumulata negli ultimi decenni, rischia di essere enormemente confusivo o inutile anche sul piano clinico. Dal momento che il concetto di *clinical utility* è, nelle intenzioni degli autori del DSM-5, uno dei criteri, forse il più importante, da considerare nel definire una macrocategoria diagnostica (Phillips et al., 2010), il fatto che la categoria disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati rischi di complicare il processo diagnostico e non migliorare la pratica clinica non costituisce un fatto secondario.

Infatti, come messo in luce da Phillips e colleghi (2010) nella review sui disturbi da includere nello spettro, se è vero che le macrocategorie non influenzano la diagnosi del singolo disturbo, è altresì vero che come i disturbi sono raggruppati ha importanti implicazioni per la pratica clinica.

Abbandonando gli aspetti motivazionali e funzionali nella comprensione di un disturbo, si rischia di mettere insieme comportamenti che somigliano nell’aspetto (o anche solo in un loro aspetto) ma non nel loro funzionamento; per cui, estremizzando, si potrebbe mettere insieme la ripetitività dell’autistico, del paziente con una *addiction* e del disturbo ossessivo-compulsivo.

Il concetto di spettro o disturbi correlati, dunque, secondo noi non è utile per il clinico: *non si può comprendere un disturbo mentale prescindendo dalla mente del soggetto*, ovvero dai determinanti e dal funzionamento interno che regola la sintomatologia (altrimenti è come creare la categoria «pazienti con febbre», trattando la febbre non come un sintomo che rimanda a quadri molto differenti, ma come un carattere distintivo di un gruppo di disturbi).

La categorizzazione diagnostica ha la funzione di guidare un clinico nel «riconoscere e comprendere una malattia», ovvero aiutarlo a identificare la natura e/o le cause di una malattia (distali o almeno prossimali). In che modo una categorizzazione diagnostica che non considera il funzionamento interno e i determinanti di un disturbo può favorire la comprensione della malattia? E, quindi, in che modo può guidare un trattamento mirato, in particolare psicoterapeutico? Un manuale diagnostico dei disturbi mentali che trascura completamente la mente dei pazienti, di conseguenza, rischia di far perdere utilità alla diagnosi.

BIBLIOGRAFIA

- Abramowitz, J.S. (2006). *Understanding and treating obsessive-compulsive disorder: A cognitive-behavioral approach*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- American Psychiatric Association, APA (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third edition (DSM-III)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, APA (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, APA (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bowlby J. (1989). *Una base sicura*. Milano: Raffaello Cortina.
- Coles, M.E., Heimberg, R.G., Frost, R.O., & Steketee, G. (2005). Not Just Right Experiences and obsessive-compulsive features: Experimental and self-monitoring perspectives. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 153-167.
- Dettore, D. (2013). *Lo spettro ossessivo-compulsivo: Elementi a conferma del concetto*. Comunicazione orale, Convegno AIDOC, 15 novembre, Padova.
- Freud, S. (1908). *Carattere ed erotismo anale*. In Opere, Vol. 5. Torino: Bollati Boringhieri.
- Hollander, E., Braun, A., & Simeon, D. (2008). Should OCD leave the anxiety disorders in DSM-5? The case for obsessive compulsive-related disorders. *Depression and Anxiety*, 25, 317-329.
- Hollander, E., & Evers, M. (2004). Review of obsessive-compulsive spectrum disorders: What do we know? Where are we going? *Clinical Neuropsychiatry*, 1, 32-51.
- Hollander, E., Kim, S., & Zohar, J. (2007). OCSDs in the forthcoming DSM-5. *CNS Spectrum*, 12, 320-323.
- Odlaug, B.L., Chamberlain, S.R., Schreiber, L.R., & Grant, J.E. (2013). Where on the obsessive impulsive-compulsive spectrum does hair-pulling disorder belong? *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 17, 279-285.
- Pertusa, A., Frost, R.O., Fullana, M.A., Samuels, J., Steketee, J., Tolin, D., Saxena, S., Leckman, J.F., & Mataix-Cols, D. (2010). Refining the diagnostic boundaries of compulsive hoarding: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 30, 371-386.
- Phillips, K.A., Stein, D.J., Rauch, S.L., Hollander, E., Fallon, B.A., Barsky, A., Fineberg, N., Mataix-Cols, D., Ferrão, Y.A., Saxena, S., Wilhelm, S., Kelly, M.M., Clark, L.A., Pinto, A., Bienvenu, O.J., Farrow, J., & Leckman, J. (2010). Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V? *Depression and Anxiety*, 27, 528-555.

Corrispondenza

Francesco Mancini
Viale Castro Pretorio, 116
00189 Roma
e-mail: mancini@apc.it