

Massimo Pasquini

# **DOC oppure DCO?**

Verso una nuova psicopatologia  
del Disturbo ossessivo-compulsivo

**PICCIN**

Opera coperta dal diritto d'autore - Tutti i diritti sono riservati, inclusi quelli relativi a TDM (text and data mining), al training dell'intelligenza artificiale e/o di tecnologie similari.

Questo testo contiene materiale, testi ed immagini, coperto da copyright e non può essere copiato, riprodotto, distribuito, trasferito, noleggiato, licenziato o trasmesso in pubblico, venduto, prestato a terzi, in tutto o in parte, o utilizzato in alcun altro modo, compreso l'uso per TDM, training dell'intelligenza artificiale e/o tecnologie similari, o altrimenti diffuso, se non previa espressa autorizzazione dell'Editore. Qualsiasi distribuzione o fruizione non autorizzata del presente testo, così come l'alterazione delle informazioni elettroniche, costituisce una violazione dei diritti dell'Editore e dell'Autore e sarà sanzionata civilmente e penalmente secondo quanto previsto dalla L. 633/1941 e ss.mm.

## AVVERTENZA

Poiché le scienze mediche sono in continua evoluzione, benché siano stati compiuti tutti gli sforzi necessari per pubblicare dati e informazioni affidabili, l'Editore non si assume alcuna responsabilità legale per eventuali errori od omissioni contenuti in questo volume. Né l'Editore né gli Autori o Collaboratori possono ritenersi responsabili per qualsiasi conseguenza e/o per qualsiasi lesione o danno a persone, animali o cose derivanti dall'applicazione delle informazioni contenute in quest'opera. L'Editore desidera precisare che qualsiasi opinione espressa in questo libro dai singoli Autori o Collaboratori è personale e non riflette necessariamente il punto di vista/l'opinione dell'Editore. Le informazioni o le indicazioni contenute in questo libro sono destinate all'uso da parte di professionisti del settore sanitario e/o scientifico e sono fornite esclusivamente come integrazione del giudizio del medico o di altri professionisti, della loro conoscenza dell'anamnesi del paziente, delle istruzioni del produttore e delle linee guida appropriate. Qualsiasi informazione o consiglio su dosaggi, procedure o diagnosi deve essere verificata in modo autonomo sotto stretta sorveglianza specialistica e attenendosi alle istruzioni per l'uso e alle controindicazioni contenute nei foglietti illustrativi. Questo libro non indica se un particolare trattamento sia appropriato o adatto a un determinato individuo. In ultima istanza, è responsabilità esclusiva del professionista sanitario formulare il proprio giudizio professionale, in modo da consigliare e trattare i singoli pazienti in modo adeguato. Il nome di società o prodotti commerciali può corrispondere a ragioni sociali, marchi o marchi registrati ed è utilizzato esclusivamente per l'identificazione da parte del lettore e per la spiegazione dei concetti e dei case studies senza alcun intento pubblicitario o di utilizzo in violazione alla normativa vigente.

ISBN 978-88-299-3560-4

Copyright ©2025 by Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova

---

[www.piccin.it](http://www.piccin.it)

# INDICE

<b>Introduzione</b>	
Massimo Pasquini .....	5
<b>Capitolo 1</b>	
<b><i>Epidemiologia e decorso</i></b>	
Lorenzo Tarsitani.....	15
<b>Capitolo 2</b>	
<b><i>Definizioni, sintomatologia tipica, scale di valutazione</i></b>	
Matteo Panfili.....	23
<b>Capitolo 3</b>	
<b><i>Comorbidità più frequenti</i></b>	
Valentina Roselli, Irene Pinucci.....	45
<b>Capitolo 4</b>	
<b><i>I disturbi correlati</i></b>	
Elisabeth Prevete, Alessio Bonucci .....	65
<b>Capitolo 5</b>	
<b><i>Le nuove evidenze fisiopatologiche</i></b>	
Matteo Panfili.....	101
<b>Capitolo 6</b>	
<b><i>Durata di malattia non trattata</i></b>	
Annalisa Maraone .....	125
<b>Capitolo 7</b>	
<b><i>Terapie farmacologiche</i></b>	
Valentina Roselli, Annalisa Maraone .....	131
<b>Capitolo 8</b>	
<b><i>Interventi di psicoterapia</i></b>	
Paola Foggetti, Elisabeth Prevete .....	159
<b>Capitolo 9</b>	
<b><i>Strumenti di neuromodulazione</i></b>	
Francesco Saverio Bersani, Elena Gasparini .....	205
<b>Indice analitico.....</b>	<b>223</b>

**Massimo Pasquini, MD, PhD**  
Professore Ordinario di Psichiatria  
Dipartimento di Neuroscienze Umane  
“Sapienza” Università di Roma

*Con la collaborazione di*

**Francesco Saverio Bersani**  
Psichiatra  
Dipartimento di Neuroscienze Umane  
“Sapienza” Università di Roma

**Alessio Bonucci**  
Medico in formazione specialistica  
Dipartimento di Neuroscienze Umane  
“Sapienza” Università di Roma

**Paola Foggetti**  
Psicologa  
VI Centro di Psicoterapia Cognitiva  
Roma

**Elena Gasparini**  
Medico in formazione specialistica  
Dipartimento di Neuroscienze Umane  
“Sapienza” Università di Roma

**Annalisa Maraone, MD, PhD**  
Psichiatra  
Dipartimento di Neuroscienze Umane  
“Sapienza” Università di Roma

**Matteo Panfili**  
Psichiatra  
Dipartimento di Neuroscienze Umane  
“Sapienza” Università di Roma

**Irene Pinucci**  
Psichiatra  
Dipartimento di Neuroscienze Umane  
“Sapienza” Università di Roma

**Elisabeth Prevete**  
Psichiatra  
Dipartimento di Neuroscienze Umane  
“Sapienza” Università di Roma

**Valentina Roselli**  
Psichiatra  
Dipartimento di Neuroscienze e Salute  
Mentale  
Policlinico Umberto I, Roma

**Lorenzo Tarsitani, MD, PhD**  
Professore Associato di Psichiatria  
Dipartimento di Neuroscienze Umane  
“Sapienza” Università di Roma



## INTRODUZIONE

---

Massimo Pasquini

*“Ogni teoria ha bisogno  
di un’idea e di una storia”*

Stephen Jay Gould

Le motivazioni che hanno portato a redigere questo volume sul Disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) nascono da molteplici istanze, che possono essere sintetizzate nel concetto, insito nella conoscenza dei fenomeni naturali, che il tempo cambia le cose. Se non si volesse essere così decisi nell’affermare ciò, si potrebbe sostenere, quantomeno, che le informazioni ottenute dagli studi scientifici su questo disturbo hanno prodotto, negli ultimi venti anni, numerose evidenze ed alcune suggestioni che indicano dei meccanismi psicopatologici differenti rispetto alla versione che tutti abbiamo appreso: le ossessioni determinano una sofferenza tale per cui il soggetto mette in atto compulsioni, manifeste o mentali, atte a ridurre l’angoscia.

Partendo dalla nosografia, il DOC è stato rimosso dal capitolo dei Disturbi d’Ansia del DSM-IV ove era incluso, per formare un capitolo a sé nel DSM-5, che oltre al DOC include i seguenti disturbi: il Disturbo da Dismorfismo Corporeo, il Disturbo da Accumulo, la Tricotillomania, il Disturbo da Escoriazione (*Skin-picking*), il Disturbo ossessivo-compulsivo indotto da sostanza/farmaco e il Disturbo ossessivo-compulsivo dovuto ad un’altra condizione medica. Questa variazione nosografica si deve ai molteplici studi prodotti dai più esperti studiosi della psicopatologia del DOC negli anni ’90 e nei primi anni del nuovo secolo che sottolineavano l’enorme differenza dello stesso rispetto ai Disturbi d’Ansia relativamente a dati clinici, fenomenologici, biologici, genetici, di comorbidità, di decorso e soprattutto di risposta ai trattamenti. Ciò che accumuna i Disturbi correlati al DOC compresi nel capitolo del DSM-5 è il primato della coazione interna descritta dalla psicopatologia classica europea, intesa anche come “deficit volitivo”. Ciò può essere descritto come la sconfitta della volontà nell’impedire il ripetersi di ossessioni e compulsioni, superando le teorie emotive e intellettive sintetizzate da Berrios (1). In particolare, secondo la teoria intellettiva il *primum movens* del DOC sarebbe stato legato alla disfunzione ideativa, la cui conseguenza si palesava nelle compulsioni. Dati recenti di neuroimaging e neuropsicologici sostengono l’opposto: le alterazioni ipotizzate, e tuttora dibattute come in qualsiasi ambito scientifico, riguar-

dano le connessioni funzionali tra i circuiti fronto-sottocorticali coinvolgenti la corteccia frontale, i gangli della base e il talamo. Le aree corticali prefrontale dorsolaterale, orbitofrontale laterale, cingolata anteriore e prefrontale orbitaria mediale sono connesse, mediante circuiti neurali funzionalmente distinti, con lo striato, il globo pallido, la sostanza nera e il talamo. Questi particolari meccanismi psicopatologici sono emersi dagli studi di Milad e Rauch (2) e della Gillan (3,4,5) per i quali le compulsioni avrebbero un ruolo primario nel determinismo del Disturbo ossessivo-compulsivo, in quanto vi sarebbe una alterazione tra i sistemi di abitudine orientata agli obiettivi e i sistemi automatici di abitudini. Laddove il sistema diretto agli obiettivi esercita un controllo per cui le azioni vengono eseguite per raggiungere obiettivi desiderabili o per evitare risultati indesiderabili, mentre le azioni abitudinarie sono comportamenti insensibili alla contingenza e al valore del risultato, in altre parole, sono atti afinalistici e in un certo senso ego-distonici.

L'eccessiva dipendenza dal sistema delle abitudini osservata nei pazienti affetti da DOC, con conseguente primato delle compulsioni sulle ossessioni, potrebbe portare a ridefinire il disturbo come Disturbo Compulsivo-Ossessivo (DCO) [*Compulsive Obsessive Disorder (COD)*], piuttosto che Disturbo ossessivo-compulsivo. Questi complessi meccanismi neuropsicologici a cui sottendono particolari alterazioni neurotrasmettitoriali verranno trattate in esteso nel capitolo 5.

Tornando alla psicopatologia classica del secolo scorso, alcuni concetti come quelli descritti da Janet sulla psicoastenìa hanno involontariamente contribuito alla confusione dei soggetti da DOC e soggetti affetti da Disturbo anancastico di personalità o, per dirla con il DSM, con il Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità. Lo stesso Janet nel suo trattato del 1903 forniva una serie di casi clinici differenti tra loro sia per manifestazione clinica che per decorso (6). Tuttavia, l'aver attribuito al paziente anancastico la condizione di substrato per lo sviluppo del DOC tuttora crea dei malintesi. Le due condizioni psicopatologiche sono distinte, ovvero un soggetto con DOC può non avere alcun sintomo psicopatologico dell'anancastico e viceversa. Ciò non toglie che i due Disturbi possono manifestarsi contemporaneamente (come descritto nel capitolo 3). Questo malinteso ha portato alcuni terapeuti alla convinzione di trattare con estrema efficacia soggetti affetti da DOC laddove si trattava di pazienti con un puro Disturbo anancastico di personalità. Per questi motivi la valutazione clinica, che include la diagnosi, necessita competenze e conoscenze. Pampaloni et al (7) hanno descritto con sistematicità il corretto processo valutativo del DOC. La diagnosi si può porre mediante la SCID-5, oppure nella versione MINI, la gravità del disturbo va verificata tramite gli item della *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)*, con lo stesso strumento si possono differire i sottotipi e le

transizioni tra sottotipi nel tempo. Al proposito, merita di essere ricordato come non esistano “sottotipi puri” ma i pazienti, oltre a poter avere diversi sottotipi di ossessioni e compulsioni, nel tempo possono variare gli stessi. Sempre tramite la Y-BOCS, si può accertare il grado di insight e la capacità del paziente a resistere o meno sia alle ossessioni che alle compulsioni.

Sono strumenti molto semplici da usare, per quanto riguarda i sottotipi ci si sorprenderà nello scoprire che mentre il soggetto chiede aiuto per un sottotipo più pervasivo, saranno presenti altre ossessioni e compulsioni ritenute dal soggetto meno rilevanti, ma fintanto che non vengano indagate si corre il rischio di credere che il soggetto soffra solo della dimensione ossessiva comunicata, con le implicite conseguenze terapeutiche. Ma l'aspetto più importante, e troppo spesso non valorizzato, è la gravità della sintomatologia. Facendo un esempio semplice che si basa sulla durata di rituali compulsivi o sulla durata e persistenza di pensieri ossessivi, un soggetto che deve compiere determinati rituali per più di otto ore al giorno, evento piuttosto frequente, differisce da chi la stessa manifestazione sintomatologica deve attuarla per meno di un'ora. Il grado di compromissione sociale-lavorativa è notevolmente differente, così come differenti saranno il decorso e l'efficacia delle specifiche terapie. Pertanto, distinguere il livello di gravità e la risposta o meno ai trattamenti tradizionali sono informazioni fondamentali per i pazienti e per i clinici. Distinguere tra pazienti resistenti ai trattamenti oppure refrattari ai trattamenti, implica il conoscere le due definizioni ed il saper trattare adeguatamente questi soggetti. A titolo esemplificativo, un paziente con DOC di moderata gravità necessita di percorso di terapia cognitivo-comportamentale (CBT) specifico e farmaci serotoninergici ad alto dosaggio (8-12). Il rischio è che un paziente si convinca di essere tra coloro che non rispondono adeguatamente ai trattamenti perché ricevono prescrizioni ripetute di serotoninergici a basso dosaggio, oppure perché si sottopongono a psicoterapie non riconosciute come efficaci per il DOC. Come per molti altri disturbi mentali spesso vengono erogate psicoterapie che non hanno prove di efficacia e che non sono contemplate nelle diverse linee guide per tali Disturbi. Inoltre, come spesso accade, quando si chiede al paziente che tipo di psicoterapia abbia fatto o sia in essere non sa rispondere. Questa però è una conseguenza di un problema più relativo alla gestione della salute mentale nel nostro Paese: ovvero le psicoterapie riconosciute efficaci nelle linee guida internazionali non possono essere erogate in ambito pubblico per mancanza di risorse, delegando così il circuito privatistico nella gestione delle psicoterapie. Questi aspetti verranno approfonditi nei capitoli 2, 7 e 8.

Rispetto alle informazioni scolastiche che tutti abbiamo studiato, e che per certi versi vengono tuttora tramandate nei vari testi, non compa-

iono alcune evidenze cliniche ormai ben appurate che complicano il decorso del DOC.

La prima e molto diffusa è il fenomeno noto come “*family accommodation*” che comprende tutte quelle situazioni in cui il paziente coinvolge uno o più familiari nei rituali compulsivi, oppure la famiglia stessa decide di evitare situazioni, parole o altro che possano elicitare i sintomi del paziente. Quello che sembra un atteggiamento accuditivo, o quantomeno di comprensione, diviene invece un fattore prognostico negativo (13). Pertanto, in qualsiasi setting, è auspicabile che si valuti la presenza di questo fenomeno per poi chiarire con il paziente e i familiari che questo atteggiamento tende a cronicizzare il disturbo.

Una evidenza, altrettanto solida, è relativa al periodo di malattia non trattata (Duration of untreated illness). Per vari motivi come stigma, cultura, iatrogenica, è stato stimato che il periodo di malattia non trattata può variare tra i 10 ai 20 anni in media (14), con conseguenze particolarmente negative sulla efficacia dei trattamenti somministrati per la prima volta a distanza di così tanti anni dall'esordio del DOC. Questo aspetto cruciale per il decorso del DOC sarà trattato nel capitolo 6. Associato alla durata di malattia non trattata vi è il ruolo di neurotrasmettitori eccitatori, come il glutammato, nella patogenesi del DOC. Fino agli inizi del secolo non si faceva accenno alle implicazioni neurotrasmettitoriali e potenzialmente citotossiche dell'eccesso di glutammato nel DOC. La presenza del suo catabolita in eccesso in alcune strutture cerebrali è stata dimostrata tramite studi di spettrometria e di neuroimmagini (15,16). Il motivo per cui collego la durata di malattia non trattata e la citotossicità del glutammato può avere senso nella comprensione dei soggetti refrattari ai trattamenti. Un soggetto può essere considerato refrattario ai trattamenti se non ha mostrato alcuna risposta alla CBT e a tre tentativi di trattamento con antidepressivi diversi usati per almeno tre mesi ad alto dosaggio, e con almeno un tentativo di augmentation con risperidone o aripirazolo a basso dosaggio (10-12). Rispetto a questa definizione vanno fatte alcune osservazioni. Per prima cosa, la prescrizione di alti dosaggi di serotoninergici, già accennata in precedenza, influenza anche il tasso di pazienti resistenti a un primo trial di trattamento che è circa del 40% (67). Se le prescrizioni continuano ad essere a bassi dosaggi per periodi incongrui i pazienti da resistenti diverranno falsamente refrattari. Tuttavia, anche a fronte di una elevata percentuale di pazienti realmente refrattari ai trattamenti dobbiamo considerare quali fattori possono concorrere nel determinare tale condizione. Come si diceva poc'anzi, ad oggi sappiamo che i fattori che influenzano la refrattarietà ai trattamenti sono: un lungo periodo di malattia non trattata e la citotossicità del glutammato in eccesso negli spazi intersinaptici, in particolare nelle strutture più arcaiche e meno plastiche del nostro sistema nervoso centrale, ovvero i

gangli della base. Se queste strutture vanno incontro ad una importante e diffusa neurolisi, le funzioni specifiche di queste strutture non possono più essere vicariate come accade in strutture corticali, laddove il livello di plasticità neuronale è maggiore.

Pertanto, se, per ipotesi, un soggetto esordisce con un DOC a 12 anni e viene trattato adeguatamente per la prima volta solo a 24 anni, molto probabilmente avrà dei gangli della base lesionati dalla citotossicità del glutammato non rimosso per 12 anni. Per questo motivo potrebbe essere altamente probabile che non risponderà ai trattamenti. L'importanza di diagnosticare e trattare in modo adeguato in tempo questi soggetti è quindi spiegata. Mi permetto di sottolineare una ulteriore osservazione relativa alla definizione di refrattarietà ai trattamenti: si fa menzione anche dell'aggiunta di bassi dosaggi di risperidone, solitamente 1 mg, e aripiprazolo, solitamente 5 mg, mentre non vi sono evidenze di efficacia per altri antipsicotici. L'elemento che incuriosisce è che questi due farmaci usati a basso dosaggio rappresentano la prima linea di trattamento indicato dalle Linee Guida Internazionali per il trattamento del Gilles de la Tourette (17). Questo disturbo neurologico è caratterizzato da: tic multipli ripetuti, motori e vocali, a volte associato ad ossessioni e compulsioni, che durano per più di un anno. I sintomi compaiono solitamente in pazienti di età compresa tra i 4 e i 10 anni, e in forma ancor più grave tra i 10 e i 12 anni di età. Riporto qui la definizione di questo disturbo per una serie di motivi: la stretta connessione dei meccanismi patofisiologici della compulsività con i tic, la presenza di sintomi di spettro OC, ed il fatto che spesso nelle anamnesi remota di pazienti adulti che riferiscono di soffrire di DOC compaiono spesso tic motori e a volte motori e fonatori.

Un'ulteriore osservazione sulla definizione di resistenza, e primariamente con le linee guida per il trattamento del DOC, è relativa al trattamento cognitivo-comportamentale. Tra le varie tecniche impiegate, quella consigliata in prima linea è l'Esposizione con la prevenzione delle risposte (ERP). Ovvero una tecnica che lavora inizialmente sulle compulsioni (manifeste o non manifeste) e successivamente sugli aspetti di mentalizzazione. L'efficacia dimostrata da numerosi studi controllati randomizzati (RCT), definendo la CBT+ERP la prima linea di trattamento per adulti e bambini, si basa sull'abbattimento delle scale di gravità delle compulsioni misurate tramite la Y-BOCS. Quindi i terapeuti che seguono i protocolli standard per trattare il DOC cercano, come prima strategia, di ridurre le compulsioni. Questi aspetti specifici verranno trattati più approfonditamente nel capitolo 8.

Mentre nel capitolo 7, oltre ai trattamenti solitamente impiegati ed indicati dalle Linee Guida Internazionali, verrà ampiamente discusso l'impiego dei farmaci antiglutammatergici, che attualmente non hanno indicazione per il DOC. Finora sono stati usati in numerosi RCT, con esiti di-

versi. Questi farmaci che sono usati per patologie non psichiatriche, quindi studiati e designati per curare altre patologie, anche neurodegenerative. Solo le linee Guida del Maudlsey citano la acetilcisteina ad alto dosaggio come scelta di prima linea (8).

Senza anticipare troppo quanto verrà illustrato nel capitolo 7, vorrei stressare un ulteriore punto di vista che potrebbe essere rilevante per quanto riguarda la refrattarietà ai trattamenti. Ovvero, se si dovesse rilevare corretta l'ipotesi per la quale alla lunga durata di malattia non trattata è sottesa una citotossicità da glutammato in eccesso nei gangli della base, perché non si può prevedere l'impiego di antiglutammatergici in una fase più precoce? La domanda che sorge spontanea è: come possiamo usare in prima linea dei farmaci che non hanno indicazione per il DOC? Bene, di questa controversia se ne parla in ambito scientifico da circa 25 anni e la soluzione a questo quesito sarà probabilmente suggerita dal primo antiglutammatergico con indicazione ministeriale per il trattamento del DOC, attualmente in fase 2 di sperimentazione, il troriluzolo.

Guardando l'altra faccia della medaglia, il 40-50% dei pazienti risponde al trattamento di prima linea. Per comprendere al meglio la complessità del DOC la definizione di risposta ai trattamenti, accettata a livello internazionale, consiste nella riduzione del punteggio di gravità della Y-BOCS del 35% rispetto al punteggio ottenuto prima del trattamento (18). Dunque, per fortuna, molti pazienti riescono ad avere una efficacia completa o molto soddisfacente. Consideriamo però coloro che vengono definiti come "responders" che hanno ottenuto una riduzione sintomatologica del 40%; in altre parole se ci riferiamo ad un paziente che è impegnato in rituali compulsivi oppure lamenta ossessioni per 8 ore al giorno, la risposta al trattamento si traduce nell'essere impegnato dalla patologia per quattro ore al giorno per il sottotipo ossessivo-compulsivo più rilevante per il paziente. La gravità di questo disturbo è derivabile da questo descrittore; per capirci, se io soffrissi di una patologia polmonare o cardiologica ed il mio medico mi dicesse che ho risposto bene al trattamento prescritto perché la mia sintomatologia cardio-respiratoria si è ridotta del 50%, sarei piuttosto perplesso riguardo tale esito.

Non è un caso se i pazienti per primi spesso ci chiedono e propongono percorsi di neuromodulazione tramite stimolazione magnetica transcranica ripetitiva (TMSr) o stimolazione cerebrale profonda (DBS). La modulazione della plasticità cerebrale è una opportunità terapeutica per il trattamento di alcuni disturbi psichiatrici maggiori che gradualmente sono passate dalla ricerca alla applicazione in campo clinico. Numerose ricerche, attuate con diversi protocolli, stanno dimostrando l'efficacia di tali tecniche non invasive nel trattamento del DOC resistente ai trattamenti.

L'efficacia ed i limiti di queste tecniche saranno illustrate nel capitolo 9.

Per quanto riguarda l'esordio del DOC, la maggior parte dei pazienti ha un esordio prima dei 18 anni e molti pazienti in età preadolescenziale. Spesso questi quadri sintomatologici all'inizio possono passare inosservati, in particolare per i gradi di lieve-moderata gravità, in quanto questi soggetti per vergogna riescono ad occultare ai genitori i rituali compulsivi oppure perché gli stessi genitori tendono a sottovalutare l'importanza delle manifestazioni cliniche. All'interno degli esordi precoci si situano delle condizioni per molti poco conosciute ma note ai pediatri e ai neuropsichiatri infantili come PANS (*Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome*), che comprendono le PANDAS (*Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcus infections*), termine coniato dalla Swedo et al. nel 1998 al fine di descrivere un gruppo di bambini e adolescenti che sviluppavano una sintomatologia ossessiva, ticcosa e con altre manifestazioni neuropsichiatriche in seguito ad infezioni da Streptococco beta-emolitico di tipo A. Il meccanismo patogenetico sotteso è una reazione autoimmune contro i gangli della base che mostrano delle somiglianze nella struttura proteica del germe stesso. I clinici che hanno avuto modo di diagnosticare e trattare questi pazienti per la prima volta tendono a sorprendersi della efficacia delle terapie antibiotiche ed immunomodulatorie sulle sintomatologie ticcose o di spettro ossessivo-compulsivo.

Come detto, questi casi sono perlopiù noti ai pediatri e ai neuropsichiatri infantili; tuttavia, passando all'età adulta non è raro visitare pazienti che hanno ricevuto in età infantile tale diagnosi. Generalmente i sintomi ossessivo-compulsivo possono essere stagionali, associati a elevazione del titolo anti-Streptolisinico (TAS) e del titolo degli anticorpi diretti contro la desossiribonucleasi B (DNasi B). Sul piano clinico oltre al DOC, i soggetti possono presentare disturbi minzionali e labilità emotiva.

Riconoscere queste sindromi e trattarle adeguatamente è doveroso per gli psichiatri che hanno in cura giovani pazienti affetti da DOC.

Illustrando sinteticamente quanto verrà descritto nei capitoli di questo testo, ho cercato di fornire al lettore una serie di indizi, derivabili per gran parte dalla letteratura scientifica più recente, e in parte dalla esperienza clinica con persone affette da questo disturbo, che potrebbero aprire una discussione scientifica sul nuovo paradigma, riconsiderando quindi la consueta relazione causale tra sintomi ossessivi e compulsivi (19). Secondo questa visione le compulsioni sarebbero da considerare come *primum movens* del disturbo e le ossessioni sia come conseguenze che come propagatrici della compulsività (20). Le ossessioni eventualmente rappresenterebbero una conseguenza piuttosto che la causa delle compulsioni, e sarebbero volte a tentare di "mentalizzare" la sensazione di perdita di controllo collegata alle compulsioni (21), suggerendo l'idea

che il DOC possa essere ribattezzato come Disturbo Compulsivo-Ossessivo [*Compulsive Obsessive Disorder (COD)*].

## ■ Bibliografia

1. Berrios G.E.: Historical aspects of Obsessive-Compulsive Disorder. In: De Boer J.A., Westenberg H.G.M.. (Eds.): Focus on Obsessive-Compulsive Disorder Spectrum Disorders. Jyn-Thesis Publishers, Amsterdam, 1997.
2. Milad MR, Rauch SL. Obsessive-compulsive disorder: beyond segregated cortico-striatal pathways. *Trends Cogn Sci* 2012;16:43-51.
3. Gillan CM, Pappmeyer M, Morein-Zamir S, Sahakian BJ, Fineberg NA, Robbins TW, de Wit S. *Am J Psychiatry*. 2011 Jul;168(7):718-26.
4. Gillan CM, Apergis-Schoute AM, Morein-Zamir S, et al. Functional neuroimaging of avoidance habits in obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2015; 172:284-293.
5. Gillan CM, Sahakian BJ. Which Is the Driver, the Obsessions or the Compulsions, in OCD? *Neuropsychopharmacology* 2015 ;40 :247-248.
6. Janet P.: Les obsession et la psychasténie. L'Harmattan 2005, Paris. Pampaloni I, Marriott S, Pessina E, Fisher C, Govender A, Mohamed H, Chandler A, Tyagi H, Morris L, Pallanti S. The global assessment of OCD. *Compr Psychiatry*. 2022 Oct;118:152342.
7. NICE. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment clinical guideline. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG31/chapter/1-Guidance#-steps-35-treatment-options-for-people-with-ocd-or-bdd>; 2005.
8. Taylor DM, Barnes TRE, Young AH. MAUDSLEY. Linee Guida alla Prescrizione in Psichiatria. Piccin 2023, Padova.
9. Piccinelli M, Pini S, Bellantuono C, et al. Efficacy of drug treatment in obsessive-compulsive disorder. A meta-analytic review. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 1995;166:424-443.
10. Bloch MH, McGuire J, Landeros-Weisenberger A, Leckman JF, Pittenger C. *Mol Psychiatry*. 2010 Aug;15(8):850-5.
11. Albert U, Dell'Osso B, Maina G. Towards Italian guidelines for the pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder (OCD) in adults: a preliminary draft. *Evidence-based Psychiatric Care* 2019;5:21-29.
12. Hermida-Barros L, Primé-Tous M, García-Delgar B, Forcadell E, Lera-Miguel S, Fernández de la Cruz L, Vieta E, Radua J, Lázaro L, Fullana MA. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: An updated systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2024 Apr 14;161:105678. doi: 10.1016/j.neubiorev.2024.105678. Online ahead of print
13. Perris F, Cipolla S, Catapano P, Sampogna G, Luciano M, Giallonardo V, Del Vecchio V, Fabrazzo M, Fiorillo A, Catapano F. Duration of Untreated Illness in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Its Impact on Long-Term Outcome: A Systematic Review. *J Pers Med*. 2023 Sep 29;13(10):1453.
14. Masjoodi S, Farrokhi M, Afkham BV, Koohsar JS. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 2024 Jun; 340:111794. doi: 10.1016/j.pscychresns.2024.111794. Epub 2024 Feb 15
15. Kosová E, Pajuelo D, Greguš D, Brunovský M, Stopková P, Fajnerová I, Horáček J. Glutamatergic abnormalities in the pregenual anterior cingulate cortex in obsessive-compulsive disorder using magnetic resonance spectroscopy: A controlled stu-

- dy. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 2023 Oct; 335:111721. doi: 10.1016/j.pscychresns.2023.111721. Epub 2023 Sep 28.
16. Roessner V, Plessen KJ, Rothenberger A, Ludolph AG, Rizzo R, Skov L, Strand G, Stern JS, Termine C, Hoekstra PJ; ESSTS Guidelines Group. European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part II: pharmacological treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011 Apr;20(4):173-96.
  18. Mataix-Cols D, Fernández de la Cruz L, Nordsletten AE, et al. Towards an international expert consensus for defining treatment response, remission, recovery and relapse in obsessive-compulsive disorder. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA* 2016;15:80-81.
  19. Robbins TW, Vaghi MM, Banca P. Obsessive-Compulsive Disorder: Puzzles and Prospects. *Neuron*. 2019;102(1):27-47.
  20. Gillan CM, Robbins TW. Goal-directed learning and obsessive-compulsive disorder. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2014;369(1655):20130475.
  21. Fineberg NA, Menchon JM, Zohar J, Veltman DJ. Compulsivity-A new trans-diagnostic research domain for the Roadmap for Mental Health Research in Europe (ROAMER) and Research Domain Criteria (RDoC) initiatives. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol*. 2016;26(5):797-799.

