

Psicopatologia del disturbo ossessivo-compulsivo atipico in età evolutiva: esame di quattro casi clinici

Psychopathology of unusual obsessive-compulsive disorder in childhood: review of four clinical cases

G. Catone¹, P. Bernardo¹, S. Pisano¹, A. Pascotto¹, A. Gritti²

¹ Dipartimento di Psichiatria, Neuropsichiatria infantile, Audiofoniatria e Dermatovenereologia; Seconda Università di Napoli (S.U.N.), Napoli;

² Neuropsichiatria Infantile, Facoltà di Scienze dell' Educazione, Università Suor Orsola Benincasa, Napoli

Summary

Objective

We present four clinical cases of young patients with "unusual" obsessive-compulsive disorder (OCD), considering the unequivocal evidence suggesting the existence of possible overlaps between psychotic disorders and OCD symptoms.

Methods

We describe patients to define psychopathological features of symptoms.

Results

Early onset obsessive-compulsive disorder often shows atypical features that make the nosographic collocation difficult.

Conclusions

The uncertain border between obsessive ideas, prevailing ideas and psychotic symptoms such as delusions and/or thought disorder, leads to both diagnostic and therapeutic considerations.

Key words

Obsessive ideas • Prevailing ideas • Delusions • Thought disorder • Developmental psychopathology

Aspetti storici e psicopatologici del DOC

Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) è classificato dal DSM-IV-TR all'interno dei disturbi d'ansia ed è considerato un disturbo cronico e invalidante con alcune caratteristiche cliniche e psicopatologiche peculiari¹. Il DOC è un disturbo tutt'altro che raro e presenta una prevalenza lifetime compresa tra l'1,9 e il 3% nella popolazione generale^{2,3}. È caratterizzato dalla presenza di idee ossessive che sono considerate da Schneider⁴ come fenomeni di coazione, ove per coazione si intende la coscienza a essere guidati. Le ossessioni hanno delle caratteristiche psicopatologiche ben precise che le differenziano dalle idee prevalenti e dai deliri, queste caratteristiche possono essere riassunte in estraneità del contenuto, iteratività e persistenza e incoercibilità, ovvero l'impossibilità al controllo da parte del soggetto che è esposto a tale ideazione contro la propria volontà. Sebbene la distinzione tra idee ossessive, idee prevalenti e deliri sia precisa da un punto di vista psicopatologico, nella pratica clinica talvolta è difficile stabilire l'esatto confine tra queste e per tale motivo si è introdotto il concetto di "spettro" dei fenomeni ossessivo-compulsivi, ove per spettro si intende un *continuum* attraverso il quale i sintomi ossessivo-compulsivi attraver-

sano organizzazioni psicopatologiche diverse nell'ambito sia delle nevrosi che delle psicosi. L'ideazione ossessiva è generalmente seguita da comportamenti ritualizzati ripetitivi, finalistici e volontari, detti "compulsioni", che il paziente mette in atto per lenire l'ansia provocata dal pensiero ossessivo.

La presenza di sintomi ossessivo-compulsivi all'interno di quadri clinici di Schizofrenia, così come il riscontro di sintomi psicotici in un DOC, è stata identificata da diversi Autori fin dal secolo scorso⁵. C'è una crescente evidenza che i pazienti con comorbidità tra DOC e la schizofrenia (entità recentemente definita "schizo-ossessiva") sembrano avere modelli distinti di psicopatologia, comorbidità psichiatrica, deficit neurocognitivi e risposta al trattamento, suggerendo l'esistenza di un sottogruppo separato nello spettro della schizofrenia^{6,7}.

Sebbene l'idea ossessiva sia classicamente descritta come egodistonica e della cui abnormalità e insensatezza l'individuo è sempre consapevole, già autori quali Schneider⁵ o Lewis⁸ osservarono che non tutti i pazienti affetti da ossessioni sono in grado di completa critica nei confronti di esse. Questi ultimi hanno messo in evidenza che in alcuni pazienti con DOC la capacità di critica e di resistenza nei confronti dei sintomi decresce fino a scompa-

Correspondence

Pia Bernardo, Seconda Università di Napoli, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Via Pansini, 5, Napoli, Italia • Tel. +39 081 5666698 • E-mail: pia.bernardo84@gmail.com

rire. Jaspers⁹ e Lewis⁸ differenziavano le ossessioni dai pensieri deliranti sulla base della presenza o assenza di insight. Uno studio sistematico su tale problema è stato condotto da Insel e Akiskal¹⁰ che hanno descritto alcuni casi di pazienti con DOC, i quali durante la malattia hanno presentato dei deliri inquadrabili o come disturbo affettivo o come stato paranoide. Gli autori hanno definito questi fenomeni come transitori di un DOC particolarmente grave in quanto caratterizzato da mancanza di insight, ansia, da una “maniera delirante” di resistere alle ossessioni, dalla presenza di relazioni familiari conflittuali e da personalità di tipo schizotipico. Da un’analisi degli studi finora effettuati emerge che i pazienti con diagnosi di DOC con tratti psicotici presentano un esordio più precoce dei sintomi e una maggiore durata di malattia¹¹, un’anamnesi familiare positiva per disturbi dello spettro schizofrenico e un’anamnesi personale positiva per disturbi neuropsichiatrici nell’infanzia¹² una prevalenza nel sesso maschile, un’esordio in età più giovane e un maggiore deterioramento funzionale¹³. In passato si è quindi parlato di “psicosi ossessiva”^{14,11}, poi di “DOC con idee prevalenti”^{15,16}, quindi di “DOC con aspetti psicotici”^{10,17} e, più recentemente, di “DOC con scarso insight”^{15,18,19}. Il sistema attuale di classificazione dei disturbi mentali (DSM-IV-TR) riconosce all’interno del DOC una sottocategoria, definita come DOC con presenza di scarso insight, che deve essere utilizzata qualora la sintomatologia riveli alcune differenze con il DOC tipico¹⁸. Viceversa l’ICD 10 riconosce che all’interno della schizofrenia possano essere menzionati dei sintomi ossessivo compulsivi²⁰.

Il DOC in età evolutiva

La questione è più complessa nel caso di DOC in età precoce. Nonostante l’evidenza di una elevata frequenza di DOC in età infantile (1-2% di bambini e adolescenti)² e progressi diagnostico-terapeutici, sono necessarie ulteriori ricerche per comprendere l’eziopatogenesi della malattia in una età così precoce. Nel 2005, van Grootheest e colleghi hanno esaminato la letteratura e concluso che, nei bambini, i sintomi ossessivo-compulsivi sono ereditari, con influenze genetiche nel range del 45-65%. Dalle attuali conoscenze emerge una maggiore frequenza di anamnesi familiare positiva per malattia psichiatrica^{22,23}. I sintomi riportati da bambini sono simili a quelli riscontrati tra gli individui che sviluppano DOC in età adulta, e i due gruppi di pazienti sono trattati con terapie comportamentali e farmacologiche simili. Tuttavia ci sono delle differenze importanti dal punto di vista diagnostico, terapeutico e prognostico²¹.

In primo luogo il concetto di insight è particolarmente rilevante nella diagnosi di DOC a esordio precoce, dal

momento che i bambini spesso non hanno comprensione dell’estraneità delle loro idee e dell’irrazionalità delle loro azioni²⁴. I risultati di un recente studio sul DOC in età pediatrica suggeriscono che la prognosi dei bambini con scarso insight è peggiore di quella dei bambini con consapevolezza adeguata alla luce della possibilità di sviluppare, andando avanti nel tempo, un quadro clinico che soddisfa i criteri per la schizofrenia o altri disturbi psichiatrici^{25,26}. Dai dati di letteratura emerge infatti che il DOC in giovane età può precedere la comparsa di altri disturbi, quali schizofrenia, disturbi dell’umore di tipo bipolare e disturbi di personalità²⁷.

L’altro importante aspetto riguarda il trattamento in età evolutiva, vista la maggiore frequenza di fallimento delle comuni terapie²³. Da un lavoro del 2008, nel quale sono state studiate le caratteristiche cliniche del DOC in età evolutiva resistente alla terapia, sono emerse alcune importanti caratteristiche: i piccoli pazienti (campione di 60 bambini dai 7-17 anni) con DOC resistenti al tradizionale trattamento farmacologico (inibitori della ricaptazione della serotonina) hanno mostrato una maggiore compromissione funzionale e gravità del quadro clinico, con livelli particolarmente elevati di sintomi di internalizzazione ed esternalizzazione e maggiore frequenza di sintomi depressivi. È inoltre emerso un consistente impatto ambientale, legato soprattutto a dinamiche familiari particolarmente stressanti, con maggiore incidenza di DOC in altri membri della famiglia. Difatti il lavoro di Storch et al. suggerisce che tali pazienti potrebbero beneficiare di interventi più intensivi su tutto il nucleo familiare^{24,25}.

Resta da capire se il DOC in età evolutiva, spesso con scarso insight, spesso resistente alla terapia tradizionale, nonché possibile precursore di patologie importanti, non rappresenti sin dall’esordio una manifestazione fenotipica di un sottostante disturbo più complesso, che va dai disturbi di personalità a veri e propri disturbi deliranti. Un interessante studio di Meyer et al., propone un filone di ricerca per l’identificazione di quadri psicopatologici, che definisce come prodromi, in adolescenti a rischio di psicosi. Sebbene la matrice della sintomatologia in questi pazienti sia molto ampia e di difficile classificazione nosografica tramite gli strumenti diagnostici e di valutazione standardizzata, lo studio prospetta la possibilità di descrivere una sintomatologia “sottosoglia” e di considerare la denominazione di “sintomi prodromici di psicosi” come entità clinica riconosciuta e degna di considerazione²⁶.

La ricerca futura dovrebbe esaminare le potenziali caratteristiche neurobiologiche associate a esordio precoce di DOC. La diagnosi precoce e la gestione delle comorbidità può compensare menomazioni più tardi nella vita²⁷.

Obiettivi del lavoro

Il nostro lavoro ha lo scopo di distinguere le forme di DOC con caratteristiche tipiche, con o senza insight, da DOC "insoliti", dove la presenza di scarsa consapevolezza di malattia potrebbe essere legata ad alterazioni psicopatologiche più complesse. Queste ultime forme potrebbero spiegare la scarsa risposta alla terapia di molti pazienti con diagnosi precoce di DOC²¹ e rappresentare quel gruppo di pazienti con prognosi peggiore in quanto il DOC celerebbe la presenza di disturbi di tipo psicotico. L'idea che questi casi di DOC "insolito" possano rappresentare una forma di DOC con componente psicotica ha implicazioni importanti nella gestione clinica di tali pazienti in quanto, qualora questo fosse corretto, dovremmo essere pronti ad avviare una riflessione sulla possibilità di strategie terapeutiche e farmacologiche differenti.

In questo lavoro è proposta la descrizione di quattro casi clinici nel tentativo di apportare un contributo alla definizione del sottile confine che intercorre tra DOC e disturbi psicotici. La diagnosi è stata svolta secondo l'approccio standard neuropsichiatrico infantile che include colloqui clinici con i pazienti e con i genitori, valutazione intellettiva, scale *Wechsler*²⁸, reattivi mentali proiettivi, *Thematic Apperception Test* (TAT)²⁹ e *Rorschach*³⁰, e scale di valutazione strutturate e semistrutturate *Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia* (K-SADS-PL)³¹ e *Child Behavior Checklist* (CBCL)³². La diagnosi viene formulata in base ai criteri del DSM-IV-TR ed è integrata da un profilo strutturale.

Caso clinico 1: un DOC a esordio precoce

Angela è una bambina di 7 anni, figlia unica, con positività all'anamnesi familiare per malattia psichiatrica: DOC nel padre. Inserita alla scuola materna all'età di quattro anni con ansia di separazione, attualmente frequenta la I elementare con buon profitto e discreta socializzazione. Giunge alla nostra osservazione per una sintomatologia insorta da circa tre mesi, caratterizzata da: compulsioni di raccolta e conservazione sia di oggetti venuti a contatto con il proprio corpo (salviette, briciole, stoviglie di plastica, cibo rigurgitato), che devono essere riposti in appositi sacchetti, sia di parti del proprio corpo (non vuole che vengano gettate unghia o capelli e non vuole che si tiri lo sciacquone dopo aver urinato o defecato), manifesta anche ostinato rifiuto a lavarsi. Angela raccoglie in contenitori, che devono essere tutti della stessa misura, fotocopie e fotografie di oggetti o di se stessa ritratta in particolari momenti; è inoltre presente una forte selettività alimentare alla cui base vi è una ideazione di tipo ossessivo. Qualora non siano soddisfatte queste richieste, Angela reagisce

con crisi di agitazione intensa, alle quali seguono giustificazioni che mettono in luce la presenza di una ideazione coatta che la costringe ad assumere tali comportamenti. La madre la descrive da sempre come una bambina dal temperamento rigido e abitudinario. Sin da piccola ha presentato dei comportamenti compulsivi, ma in maniera fluttuante. La relazione con i genitori si caratterizza per un rapporto con la madre di profondo attaccamento emotivo che si manifesta con una intensa ricerca di contatto fisico; il rapporto con il padre, anche egli affetto da DOC, appare ambivalente tra manifestazioni di affetto e atteggiamenti volti al controllo e spesso il padre diviene per Angela oggetto stesso delle idee ossessive. La valutazione psicodiagnostica si è avvalsa di una batteria di test e scale standardizzate comunemente utilizzati per l'età evolutiva. Alla WISC-R risulta un Q.I.T. di 93 (Q.I.V. 91, Q.I.P. 98); alla CBCL 6-18, ha ottenuto alla *Sindrome Scale Scores*, punteggi borderline alle scale *Anxious/Depressed* (t score 65-b) e *Attention Problems* (t score 66-b) e punteggi clinici alla scala *Thought Problems* (t score 75-c); alla *Internalizing, Externalizing, Total Problems, Other Problems*, punteggi borderline alle scale *Internalizing Problems* (t score 61-b) e *Total Problems* (t-score 62-b). La K-SADS-PL somministrata ai genitori è risultata positiva alle aree DOC e disturbo d'ansia da separazione.

Globalmente emerge una moderata alterazione del pensiero, spesso non coerente con il contesto, intensa angoscia di frammentazione sottesa ai rituali bizzarri e un difetto che riguarda la struttura del Sé (confine, continuità, tempo, ritmo). È possibile ipotizzare che le compulsioni di raccolta e conservazione abbiano la funzione di evitare la comparsa di angoscia di frammentazione corporea, nel contesto di un confine corporeo mal definito e diffuso che include oggetti venuti a contatto con il corpo e parti del proprio stesso corpo. Il bisogno di scattare e conservare fotografie (caratteristica anche paterna) svelerebbe una necessità di controllo sul tempo. È difficile stabilire quanto l'assenza di insight sia legata alla giovane età o a componenti psicopatologiche più complesse, tuttavia la presenza di uno sviluppo psicoaffettivo difettuale con particolare riguardo alla struttura del Sé, farebbero propendere per la seconda ipotesi. Durante il ricovero è stato intrapreso un programma terapeutico di tipo cognitivo comportamentale volto all'attenuazione dei sintomi e a una maggiore accettazione ed elaborazione degli stati ansiosi a cui la bambina ha risposto in maniera discreta, favorendo le spinte evolutive e l'apertura alle relazioni. Angela è stata dimessa con diagnosi di DOC e Disturbo d'ansia da separazione e prescritta psicoterapia individuale e sostegno psicologico alla coppia genitoriale.

Caso clinico 2: DOC con idee prevalenti

Francesco Paolo è un ragazzo di 15 anni ed è il terzo di tre fratelli. Viene riferita familiarità psichiatrica per DOC nel nonno paterno e nel fratello maggiore, disturbi del comportamento e d'ansia nel padre e storia di depressione nella nonna materna. Nato a termine da taglio cesareo, con riferita lieve sofferenza perinatale. Lo sviluppo psicomotorio è nella norma, non rilevanti le patologie internistiche, l'inserimento presso la scuola materna è stato a due anni e mezzo senza ansia di separazione, attualmente frequenta il secondo anno dell'istituto tecnico commerciale con sufficiente profitto. L'esordio della sintomatologia attuale risale a pochi mesi prima della consultazione, in seguito a un vissuto traumatico (suicidio di un conoscente del posto). Riferisce idee ossessive a contenuto aggressivo (paura di far male a se stesso o di non riuscire a controllare impulsi indesiderati) o a contenuto di simmetria e ordine (paura che possa succedere qualcosa di brutto se le cose non vanno nell'ordine giusto). A tali pensieri seguono di solito compulsioni di iterazione volte ad annullare lo stato di angoscia. Da qualche mese è presente inoltre una regressione psicoaffettiva con maggiori richieste d'affetto e progressiva chiusura alle relazioni sociali. Il paziente descrive le idee ossessive come assurde nel contenuto, intrusive e incontrollabili. Nonostante la presenza di insight delinea un quadro abbastanza tipico, alcuni elementi associati rendono il caso di particolare interesse perché il DOC tipico si associa a segni di "prepsicosi". Infatti l'ideazione ossessiva è completamente pervasa da aspetti legati all'evento traumatico, la cui elaborazione interessa la maggior parte della vita interiore del soggetto, assumendo in alcuni casi la forma di una idea prevalente. Inoltre, il paziente si mostra confuso, perplesso, talvolta disorganizzato (dato confermato al test di Rorschach), povero nel linguaggio come affetto da un iniziale impairment cognitivo che si affianca a un decadimento nel funzionamento sociale (non esce più con piacere) e ad aspetti di derealizzazione e sensazione di cambiamento soggettivo e oggettivo (come emerge dal test SPI-CY)³³. Alla WISC-R risulta un Q.I.T. di 72 (Q.I.V. 87, Q.I.P. 61). Alla CBCL 6-18, ha ottenuto alla *Sindrome Scale Scores*, punteggi borderline alle scale *Withdrawn/Depressed* (t score 64-b) e *Social Problems* (t score 63-b) e punteggi clinici alla scala *Thought Problems* (t score 75-c); alla *Internalizing, Externalizing, Total Problems, Other Problems Scale*, punteggi clinici alle scale *Internalizing problems* (t score 78-c) e *Total Problems* (t-score 73-c). La K-SADS-PL somministrata ai genitori e al paziente è risultata positiva all'area DOC.

La diagnosi di dimissione è stata: DOC cui è sottesa una struttura psichica con aree di vulnerabilità. È stata dunque prescritta psicoterapia individuale associata a una terapia farmacologica con fluvoxamina (50 mg/die), associata a

una terapia con acidi grassi omega 3 e a psicoterapia di sostegno alla coppia genitoriale. La terapia farmacologica è stata rifiutata dai genitori.

Caso clinico 3: DOC con aspetti psicotici

Alessandro ha 12 anni, primogenito di due fratelli. È riferita familiarità psichiatrica per DOC nel nonno paterno e nonna materna; la madre soffre di disturbo depressivo in trattamento farmacologico e psicoterapia. Scolarizzato a 18 mesi, ha presentato ansia di separazione. Attualmente frequenta la II media con alcune difficoltà. Giunge alla nostra osservazione con un quadro clinico caratterizzato da idee ossessive somatiche (eccessiva preoccupazione centrate su parti del proprio corpo o sul proprio aspetto), legate alla convinzione di essere portatore di odori sgradevoli. Tale ideazione ossessiva genera compulsioni di lavaggio e pulizia: Alessandro si lava più volte al giorno ed è molto attento alla cura del vestiario. L'atteggiamento di fronte a tali condotte è soggetto a fluttuazioni, passando da livelli di egosintonicità, a fasi di rottura ed emersione di insight. Alla WISC-R risulta un Q.I.T. di 102 (Q.I.V. 109, Q.I.P. 95). Alla CBCL 6-18, ha ottenuto alla *Sindrome Scale Scores*, punteggi borderline alle scale *Withdrawn/Depressed* (t score 66-b) e punteggi clinici alla scala *Anxious/Depressed* (t score 78-c), *Somatic Complaints* (t score 76-c), *Social Problems* (t score 75-c), *Thought Problems* (t score 72-c), *Attention Problems* (t score 86-c), *Aggressive Behaviour* (t score 83-c); alla *Internalizing, Externalizing, Total Problems, Other Problems Scale*, punteggi clinici alle scale *Internalizing Problems* (t score 75-c), *Externalizing Problems* (t score 73-c) e *Total Problems* (t-score 77-c). La K-SADS-PL somministrata ai genitori e al paziente è risultata positiva all'area DOC e ad alcune caratteristiche associate all'area psicotica (comportamenti marcatamente bizzarri, compromissione del funzionamento scolastico, linguaggio vago, esperienze percettive inusuali). Questo caso è stato descritto per le intense fluttuazioni del livello di insight del paziente con idee "ossessive" che talvolta assumono il carattere di riferimento o francamente paranoidee. Alessandro appare confuso e perplesso, i contenuti del pensiero legati all'odore corporeo risultano invasivi e occupano gran parte della vita immaginativa del soggetto, con intensa sofferenza di fondo che genera sentimenti depressivi e talvolta negazione circa la propria situazione. Il nucleo psicopatologico principale di Alessandro è il disturbo del pensiero che allo stato attuale tende a collocarsi al limite tra l'idea ossessiva e quella delirante, inoltre la presenza di disturbi percettivi (sentire odori in assenza di uno stimolo), nonché disturbi formali del pensiero rendono il quadro maggiormente complicato rispetto al DOC classico. Alessandro è stato dimesso con diagnosi di DOC in soggetto con tratti schizotipici di personalità ed è stata prescritta psicoterapia individuale di tipo cognitivo com-

portamentale associata a psicoterapia di sostegno alla coppia genitoriale.

Caso Clinico 4: sintomi ossessivo-compulsivi in paziente schizofrenico

Elia è un ragazzo di 18 anni. Anamnesi familiare positiva per malattia psichiatrica nel padre, schizofrenico, trattato farmacologicamente. Scolarizzato all'età di 3 anni con problematiche relative alla socializzazione, senza ansia di separazione. A 8 anni circa inizia balbuzie, verso i 10 anni episodi di enuresi e ansia generalizzata con aspetti fobici e ossessivo-compulsivi (idee ossessive di raccolta e conservazione). A 14 anni, dopo la morte del padre, esordio psicotico caratterizzato da deliri, allucinazioni, comportamento e linguaggio disorganizzati che hanno influito sulle prestazioni scolastiche e sociali. Alla WISC-R risultava un Q.I.T. 67 (Q.I.V 79, Q.I.P 57), Alla CBCL 6-18, otteneva alla *Sindrome Scale Scores*, punteggi clinici alle scale *Withdrawn/Depressed* (t score 82-b), *Anxious/Depressed* (t score 73-c), *Somatic Complaints* (t score 75-c), *Social Problems* (t score 88-c), *Thought Problems* (t score 90-c), *Attention Problems* (t score 90-c); alla *Internalizing, Externalizing, Total Problems, Other Problems Scale*, punteggi clinici alle scale *Internalizing Problems* (t score 77-c) e *Total Problems* (t-score 76-c). La K-SADS-PL somministrata ai genitori e al paziente è risultata positiva all'area del disturbo psicotico. Dopo una diagnosi di schizofrenia a esordio precoce, il paziente è stato seguito per diversi anni per la gestione della terapia farmacologica (risperidone, ac. valproico e benzodiazepine). Da circa un anno il quadro clinico si è aggravato con la comparsa di nuovi rituali di significato differente: pensieri intrusivi e movimenti con significato magico specifico (necessità di compiere una sequenza di gesti ben precisa al fine di modificare il contenuto di una esperienza delirante, caratterizzata da aiutare persone lontane in pericolo, con le quali Elia si sente in contatto telepatico). Per tale motivo la terapia è stata modificata con introduzione di clozapina (175 mg/die) e sospensione di risperidone, con miglioramento della sintomatologia produttiva e ossessivo-compulsiva. La diagnosi è stata ridefinita in "Schizofrenia e sintomi ossessivo-compulsivi". Sono risultate infatti positive le aree "disturbo psicotico" e "DOC" della K-SADS-PL. Questo caso è descritto in quanto esplicativo della possibilità di comorbidità tra il DOC e la schizofrenia. Secondo la nostra valutazione le compulsioni sono funzionali ad alleviare l'angoscia derivante dall'esperienza delirante, le idee ossessive sono direttamente collegate alle idee deliranti, hanno caratteristica di iteratività e mancanza di controllo ma non appaiono estranee e in più sono assurde nel contenuto, travalicando quindi il sottile confine geografico spaziale che intercorre tra i diversi disturbi del contenuto del pensiero.

Discussione

I dati clinici descritti offrono lo spunto per alcune riflessioni, osservazioni e raffronti con la letteratura sovraesposta.

Il primo caso presentato, in accordo con i dati di letteratura citati^{25 34 35}, rientrerebbe in quel gruppo di pazienti con DOC a esordio infantile e dinamiche familiari alterate, nonché possibile precursore di patologie più importanti. Uno studio dell' "University of South Florida" di Storch et al.³⁶ descrive dettagliatamente le compulsioni di raccolta e conservazione in età pediatrica, presentando casi clinici simili a quello della nostra paziente: bambini che avevano difficoltà a scartare oggetti inutili e potenzialmente deleteri come tovaglioli sporchi o alimenti in decomposizione, sacchetti di patatine vuoti, con descrizione di una forte angoscia e agitazione quando i loro elementi raccolti venivano buttati³⁵. Emerge che tra i bambini con DOC, l'incidenza di "accaparramento" (fenomeni di accumulo) è simile a quella degli adulti, coinvolgendo circa il 25-30%³⁷. Tra i giovani con DOC quelli che accumulano hanno una maggiore frequenza di ossessioni di ordine e rituali di organizzazione, pensiero magico, e livelli più alti di ansia generalizzata, disturbi somatici, internalizzazione ed esternalizzazione dei comportamenti²⁵. Alla luce del riscontro di fenomeni di accumulo anche in pazienti in età evolutiva, potrebbe essere supportata la tesi, attualmente discussa in letteratura internazionale, della autonomia diagnostica del "disturbo da accumulo" (*Hoarding Disorder*). Tuttavia, considerata la elevata comorbidità con altri disturbi psicopatologici, potrebbe essere più corretto considerare il fenomeno dell'accumulo come un fattore che rende più complessa e, forse, più grave e a peggior prognosi, la psicopatologia concomitante. Tutti questi aspetti necessitano di future ricerche sistematiche, sia sul piano neurobiologico e neuropsicologico, che sul piano psicopatologico, che tengano in considerazione la relativa frequenza del fenomeno, la sua dimensione trans-nosografica e l'età di esordio spesso molto precoce^{38 39}.

Il secondo caso clinico presenta caratteristiche in accordo con le ipotesi di autori come Kozak e Foa^{15 16} nella definizione di "DOC con idee prevalenti". Questi autori, commentando i risultati del DSM-IV-TR field trial, discussero a lungo circa la capacità di critica dei pazienti ossessivi, la questione dell'insight e la variabilità della sintomatologia. Dagli studi effettuati, basati sull'osservazione clinica di pazienti con DOC, emerse il concetto di idee "sopravalutate" o addirittura "deliranti", che spinse gli autori a considerare il DOC o meglio l'idea ossessiva lungo un "continuum". Foa e Kozak hanno sottolineato la necessità di porre particolare attenzione alla corretta identificazione di casi simili. Questi autori hanno infatti rilevato che alcuni pazienti ossessivo-compulsivi potreb-

bero essere mal diagnosticati e di conseguenza trattati erroneamente.

Il terzo caso clinico sembrerebbe in accordo con l'ipotesi di Insel e Akiskal²⁰. Questi autori hanno descritto un particolare sottotipo di pazienti con DOC, definiti come "ossessivi con aspetti psicotici". Tali pazienti manifestavano in corso di malattia dei deliri inquadrabili come stato paranoide e, sebbene queste manifestazioni psicotiche erano considerate dagli autori come fenomeni per lo più transitori, si configurava un quadro clinico maggiormente grave caratterizzato da scarso insight, ansia e personalità schizotipica.

Il quarto caso clinico si ritrova negli studi di diversi autori^{7 40 41} che hanno riportato l'associazione di sintomi ossessivo-compulsivi in pazienti schizofrenici con peggioramento globale della sintomatologia psicotica^{6 7}.

Conclusioni

Da quanto detto in precedenza, risulta evidente che la comunità scientifica internazionale si è sempre interrogata sulle caratteristiche del DOC. La sua comprensione eziopatogenetica, la sintomatologia e il trattamento sono stati oggetto di numerosi lavori che hanno tentato di fornire strumenti validi per l'approccio clinico a uno dei disturbi che in campo psichiatrico presenta diverse difficoltà e dubbi interpretativi. Il sistema descrittivo e classificativo dei disturbi psichiatrici che comprende il DOC come quadro sindromico, la cui diagnosi è possibile dalla presenza di criteri diagnostici ben precisi, risulta necessario e prezioso al fine di rendere uniforme e codificato il percorso diagnostico e il trattamento offerto. Tuttavia il solo sistema descrittivo non può bastare alla mente dello psichiatra che deve operare anche un lavoro su altre linee di riflessione. Riteniamo quindi necessario soprattutto nell'approccio al DOC, ricorrere sempre a una diagnosi strutturale del paziente da affiancare alla rilevazione dei sintomi e alla loro interpretazione psicopatologica. La valutazione dello stato delle strutture mentali deve tenere conto di: 1) riconoscere l'integrità di apparati come l'intelletto, gli affetti e il sé, nonché i loro rapporti reciproci, 2) valutare, soprattutto in età evolutiva, le modalità di funzionamento mentale, se mature o se è possibile scorgere tracce di meccanismi immaturi o francamente arcaici e 3) in età evolutiva, guardare allo sviluppo psicoaffettivo e scorgere eventuali deviazioni delle normali traiettorie. La diagnosi strutturale consente di stabilire la gravità dei sintomi ossessivo-compulsivi che incontriamo e di collocarli all'interno di organizzazioni nevrotiche o psicotiche. Tali riflessioni si inseriscono appieno nel concetto di *spettro ossessivo compulsivo*, e in quest'ottica il *sintomo ossessivo-compulsivo* deve essere considerato l'espressione fenomenologica di quadri psicopatologici differenti che devono essere rilevati e tenuti in considerazione per le evidenti implicazioni cliniche e terapeutiche.

La questione del trattamento rappresenta, a nostro avviso, una decisione ancora oggi complessa. Come già esposto, l'idea che i casi descritti, così come molte delle situazioni che ci troviamo ad affrontare nella pratica clinica, rappresentino quadri differenti dal comune DOC, da sempre inquadrato come un disturbo "nevrotico", ci obbliga a considerare altre strategie. I dati di letteratura suggeriscono che i casi di DOC non responsivo agli SSRI possono beneficiare dal trattamento con farmaci antipsicotici. Inoltre nei casi di diagnosi di Schizofrenia con DOC (circa il 10-25% dei pazienti) i dati suggeriscono una combinazione tra antiossessivi e antipsicotici^{41 42}. Ci sarebbero quattro situazioni nella quali l'intervento con antipsicotici potrebbe essere considerato per la terapia del DOC: 1) paziente ossessivo-compulsivo con scarso insight; 2) paziente schizofrenico con DOC; 3) DOC con tic; 4) paziente ossessivo compulsivo non responders al trattamento con almeno due diversi SSRI. Le ricerche a sostegno dell'utilizzo di antipsicotici nel DOC sono attualmente poche³⁵, ma emergono studi che esaminano l'utilità di antipsicotici atipici nel DOC. Si è visto che pazienti SSRI-resistenti sono suscettibili a notevoli benefici in seguito all'aggiunta di antipsicotici atipici, in una percentuale del 50%. Non sembra invece esservi posto per una monoterapia antipsicotica nel DOC, ma sono necessari ulteriori approfondimenti, avendo notato che un sottogruppo di pazienti con DOC, in particolare quelli con comorbidità con disturbo di personalità schizotipico, hanno reali benefici solo in seguito al trattamento con antipsicotici³⁶.

Tuttavia a volte il dilemma del trattamento (SSRI e/o antipsicotico) deriva dalle ambiguità diagnostiche, sia perché pazienti con grave DOC egosintonico potrebbe erroneamente essere classificati come schizofrenici, sia perché i sintomi del DOC potrebbero celare una sottostante psicosi.

Bibliografia

- 1 American Psychiatric Association. *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric Association 2007.
- 2 Karno M, Golding JM, Sorenson SB, et al. *The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities*. Arch Gen Psychiatry 1988;45:1094-5.
- 3 Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, et al. *The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication*. Mol Psychiatry 2010;15:53-63.
- 4 Schneider K. *Psicopatologia clinica*. II edizione italiana. Sansoni Editore: Firenze 1987.
- 5 Berrios GE. *Obsessive compulsive disorder: its conceptual history in France during the 19th century*. Compr Psychiatry 1989;30:283-95.
- 6 Pallanti S, Castellini G, Chamberlain SR, et al. *Cognitive event-related potentials differenziate schizofrenia with ob-*

- sessive-compulsive disorder (schizo-OCD) from OCD and schizophrenia without OC symptoms. *Psychiatry Research* 2009;170:52-60.
- 7 Rodowski MF, Cagande CC, Riddle MA. *Childhood obsessive-compulsive disorder presenting as schizophrenia spectrum disorders*. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2008;18:395-401.
- 8 Lewis A. *Problems of obsessional illness*. *Proc R Soc Med* 1935;29:325-36.
- 9 Jaspers K, Hoenig J, Hamilton MW. *General Psychopathology*. Chicago: III University of Chicago Press 1963.
- 10 Insel TR, Akiskal HS. *Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenological analysis*. *Am J Psychiatry* 1986;143:1527-33.
- 11 Solyom L, DiNicola VF, Phil M, et al. *Is there an obsessive Psychosis? Aetiological and prognostic factors of atypical form of obsessive-compulsive neurosis*. *Can J Psychiatry* 1985;30:372-80.
- 12 Catapano F, Sperandeo R, Di Martino S, et al. *Insight e resistenza nei pazienti ossessivi*. *Giorn Ital Psicopatol* 1996;2:126-32.
- 13 Eisen JL, Rasmussen SA. *Obsessive-compulsive disorder with psychotic features*. *J Clin Psychiatry* 1993;54:373-9.
- 14 Tanzi E, Lugaro E. *Trattato delle malattie mentali*. Milano: Società editrice Libreria, 1923.
- 15 Foa EB. *Failures in treating obsessive-compulsives*. *Behav Res Ther* 1979;17:169-76.
- 16 Kozak MJ, Foa EB. *Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder*. *Behav Res Ther* 1994;32:343-53.
- 17 Robinson S, Winnik HA, Weiss AA. *Obsessive psychosis*. *Israel Annals of Psychiatry and related disciplines* 1976;14:39-48.
- 18 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4rd ed. revised) DSM-IV*. Washington, DC: APA press 1997.
- 19 Maina G, Barzega G, Bellino S, et al. *Epidemiologia e clinica del disturbo ossessivo compulsivo. Il disturbo ossessivo compulsivo*. Milano: Masson 1997, pp. 9-43.
- 20 World Health Organization. *International Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision (ICD-10)*. Geneva 1992.
- 21 Kalra SK, Swedo SE. *Children with obsessive-compulsive disorder: are they just "little adults"?* *J Clin Invest* 2009;119:737-46.
- 22 van Grootheest DS, Cath DC, Beekman AT, et al. *Twin studies on obsessive-compulsive disorder: a review*. *Twin Res Hum Genet* 2005;8:450-8.
- 23 Swedo SE, Rapoport JL, Leonard H, et al. *Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases*. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:335-41.
- 24 Storch EA, Milsom VA, Merlo LJ, et al. *Insight in pediatric obsessive-compulsive disorder: associations with clinical presentation*. *Psychiatry Res* 2008;15;160:212-20.
- 25 Storch EA, Merlo LJ, Larson MJ, et al. *Clinical features associated with treatment-resistant pediatric obsessive-compulsive disorder*. *Compr Psychiatry* 2008;49:35-42.
- 26 Meyer SE, Bearder CE, Lux SR, et al. *The psychosis prodrome in adolescent patients viewed through the lens of DSM-IV*. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2005;15: 434-51.
- 27 Janowitz D, Grabe HJ, Ruhmann S, et al. *Early onset of obsessive-compulsive disorder and associated comorbidity*. *Depress Anxiety* 2009;26:1012-7.
- 28 Wechsler D. *Wechsler Intelligence Scale for Children - Revised (WISC-R)*. New York: The Psychological Corporation 1974. Ed. it.: V. Rubini, F. Padovani, a cura di. *WISC-R - Scala di Intelligenza Wechsler per bambini - Riveduta*. Firenze: Giunti O.S. 1986.
- 29 Murray HA. *Thematic apperception test manual*. Cambridge, MA: Harvard University Press 1943 (tr. it. Firenze: O.S. 1960).
- 30 Rorschach H. *Psychodiagnostik*. Berna: Birker 1921 (tr. it. Psicodiagnostica. Roma: Ed. Kappa 1981).
- 31 Achenbach T. *Manual for the child behavior checklist/4 - 18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry 1991. Italian version by Molteni M, Frigerio A. Milano: Ghedini 2001.
- 32 Kaufman J, Birmaher B, Brent D, et al. *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children - Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:980-8. Italian version by C. Sogos, Erikson 2004.
- 33 Schultze-Lutter F, Koch E. *Strumento di Valutazione per la propensione alla schizofrenia. Versione per bambini e adolescenti*. Roma: Giovanni Fioriti editore 2010.
- 34 Tumkaya S, Karadag F, Oguzhanoglu NK, et al. *Schizophrenia with obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive disorder with poor insight: a neuropsychological comparison*. *Psychiatry Res* 2009;165:38-46.
- 35 Giberti F, Rossi R. *Psicopatologia dell'adolescenza: disturbo ossessivo-compulsivo*. In: *Manuale di pediatria*. V ed. Milano: Piccin 2005, p. 452.
- 36 Storch EA, Rahman O, Park JM, et al. *Compulsive hoarding in children*. *J Clin Psychol* 2011;67;507-16.
- 37 Plimpton E, Frost RO, Abbey BC, et al. *Compulsive hoarding in children: six case studies*. *Int J Cognit Ther* 2010;2;88-104.
- 38 Mataix-Cols D, Frost RO, Pertusa A, et al. *Hoarding disorder: a new diagnosis for DSM-V?* *Depress Anxiety* 2010;27:556-72.
- 39 Mataix-Cols D, Pertusa A. *Annual research review: hoarding disorder: potential benefits and pitfalls of a new mental disorder*. *J Child Psychol Psychiatry* 2011 Sep 5. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02464.x.
- 40 Lysaker PH, Marks KA, Picone JB, et al. *Obsessive and compulsive symptoms in schizophrenia. Clinical and neurocognitive correlates*. *J Nerv Ment Dis* 2000;188:78-83.
- 41 Zohar J. *Is there a role for antipsychotics in OCD*. *Italian Journal of Psychopathology* 2009;15(Suppl 1):38.
- 42 Keuneman RJ, Pokos V, Weerasundera R, et al. *Trattamento antipsicotico nel disturbo ossessivo-compulsivo: una revisione della letteratura*. *Aust NZJ Psichiatria* 2005;39:336-43.