

Università degli Studi di Trieste

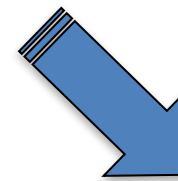
Disturbo Ossessivo-Compulsivo e disturbi correlati

Umberto Albert

Disturbi Ossessivo-Compulsivi



DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF
MENTAL DISORDERS
FIFTH EDITION
DSM-5



Disturbi d'Ansia

- Disturbi Fobici
 - Fobia Specifica
 - Fobia Sociale
 - Agorafobia
- Disturbo di Panico
- Disturbo d'Ansia Generalizzata

Disturbi Correlati a eventi traumatici e stressanti

- Disturbo da Stress Acuto
- Disturbo da Stress Post-Traumatico

OSSESSIONI

(obsidere: assediare)

Idee, pensieri, impulsi immagini che occupano la mente del soggetto procurandogli disagio.

Caratteristiche psicopatologiche:

- persistenza o ricorrenza
- intrusività e inappropriatazza (egodistonia)
- riconosciute come prodotto della propria mente
- incoercibilità

OSSESSIONI

(*obsidere: assediare*)

Idee, pensieri, impulsi in

persistenza o ricorrenza nella mente del soggetto:
l'ossessione disturba, infastidisce il soggetto al punto da assumere rilevanza eccessiva rispetto alla restante vita ideativa cosciente;

Caratteristiche psicopatologiche

- persistenza o ricorrenza
- intrusività e inappropriatezza (egodistonia)
- riconosciute come prodotte
- incoercibilità

egodistonia: il contenuto mentale è considerato intrusivo e inappropriato e crea disagio; il disagio deriva sia dalla persistenza e ricorrenza di un contenuto mentale contro la volontà del soggetto che, in certi casi, per il contenuto stesso (si pensi alle ossessioni sessuali o aggressive);

incoercibilità: l'ossessione non sottostà alla volontà del soggetto che non riesce a neutralizzarla o contrastarla.



COMPULSIONI

(Compellere: spingere a, obbligare)

Comportamenti o atti mentali:

- ripetitivi
- finalizzati
- intenzionali

I comportamenti compulsivi possono essere ritualizzati.

E' costante il senso di costrizione che il paziente esperisce nel compiere tali comportamenti.

ripetitività: il soggetto mette in atto i comportamenti compulsivi ripetutamente nonostante sia consapevole della natura chiaramente eccessiva di tali comportamenti o atti mentali.

Comportamenti o atti mentali:

- ripetitivi
- finalizzati
- intenzionali

finalità: le compulsioni sono comportamenti o atti mentali finalizzati in quanto messi in atto in risposta alle ossessioni secondo un significato preciso, che è di ridurre e/o neutralizzare l'ansia oppure prevenire un evento negativo temuto (alle ossessioni di contaminazione seguono compulsioni di lavaggio, alle ossessioni di dubbio patologico seguono compulsioni di controllo, e così via);

intenzionalità: il soggetto esegue le compulsioni con consapevolezza (a differenza dei tic, movimenti involontari in cui manca l'elaborazione consapevole);

I comportamenti compulsivi possono essere ritualizzati.

E' costante il senso di costrizione che il paziente esperisce nel compiere tali comportamenti.

Compulsioni: comportamenti o rituali mentali

- ❖ *ripetitivi*
- ❖ *intenzionali*
- ❖ *finalizzati*

Tic: movimenti o vocalizzazioni

- ❖ *ripetitivi*
- ❖ *involontari*
- ❖ *afinalistici*

Stereotipato = Ripetuto secondo un modello fisso, sempre uguale, in modo meccanico, e perciò non spontaneo, convenzionale

Apparentemente finalizzato ma non funzionale (per es. ondulare/ruotare ripetutamente le mani, dondolare il corpo, picchiare la testa, mordersi)

DSM-5: Disturbo ossessivo-compulsivo – Criteri diagnostici

300.3 (F42)

A. Presenza di ossessioni, compulsioni, o entrambi:

Le ossessioni sono definite da 1) e 2):

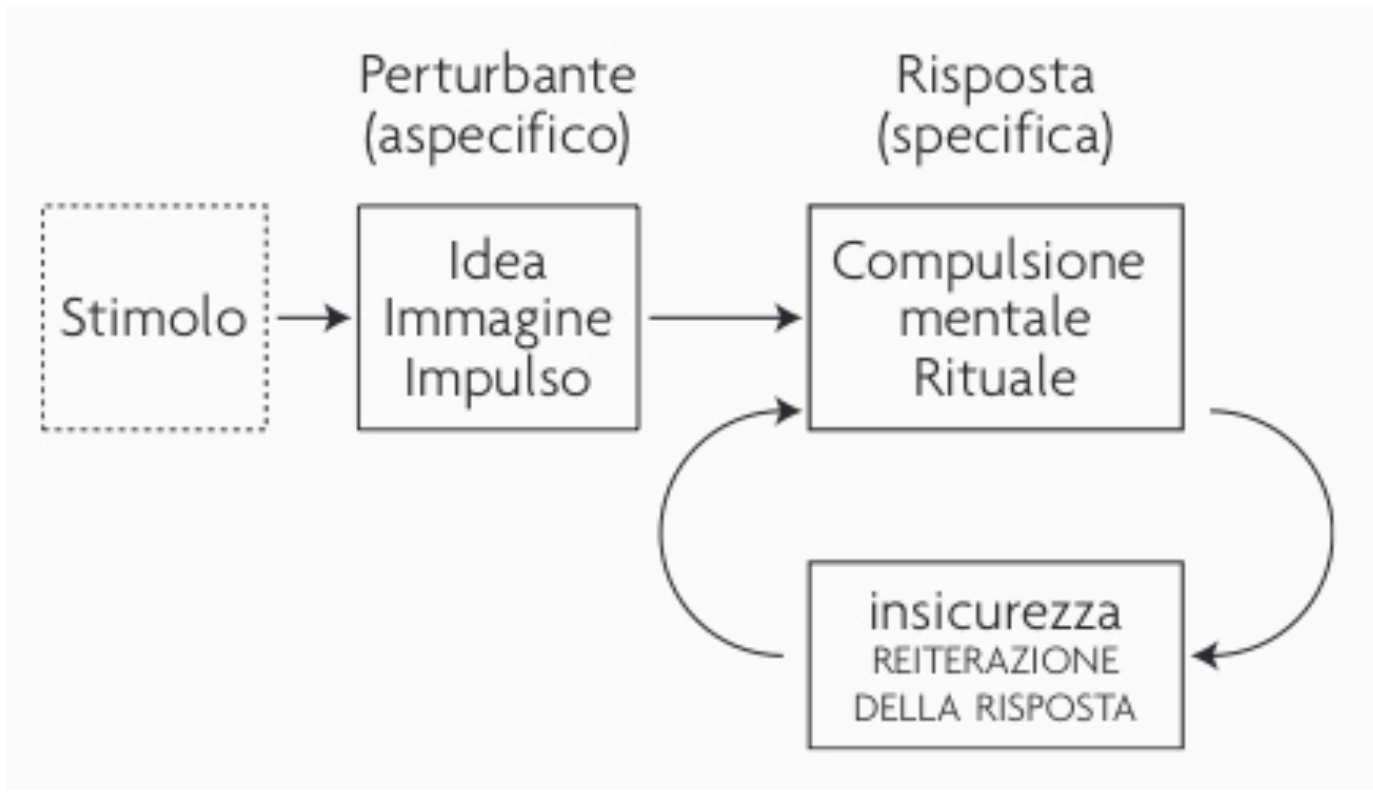
1. Pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti, vissuti, in qualche momento nel corso del disturbo, come intrusivi e indesiderati e che nella maggior parte degli individui causano ansia o disagio marcati.
2. Il soggetto tenta di ignorare o di sopprimere tali pensieri, impulsi o immagini, o di neutralizzarli con altri pensieri o azioni (cioè mettendo in atto una compulsione).

Le compulsioni sono definite da 1) e 2):

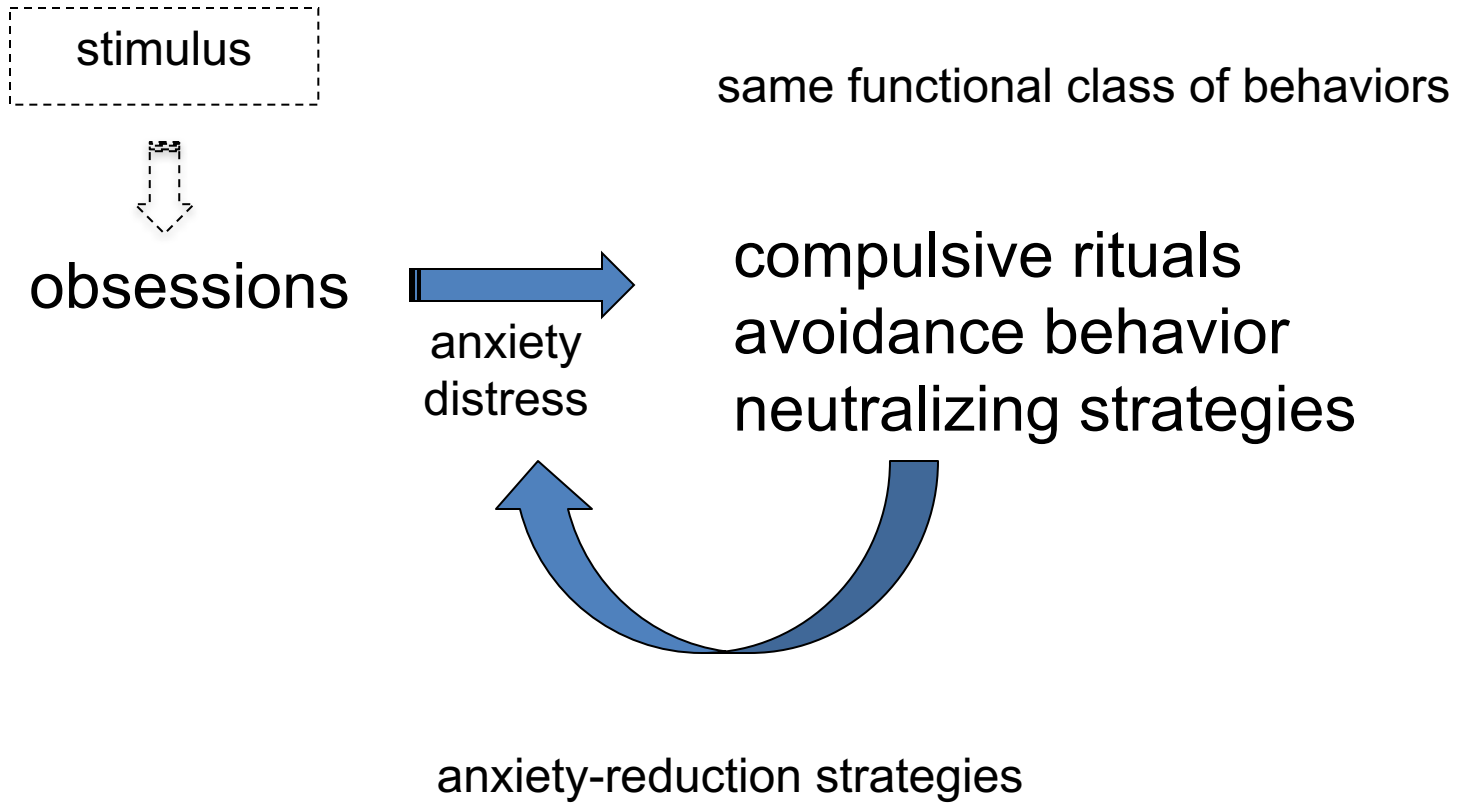
1. Comportamenti ripetitivi (per es., lavarsi le mani, riordinare, controllare) o azioni mentali (per es., pregare, contare, ripetere parole mentalmente) che il soggetto si sente obbligato a mettere in atto in risposta a un'ossessione o secondo regole che devono essere applicate rigidamente.
2. I comportamenti o le azioni mentali sono volti a prevenire o ridurre l'ansia o il disagio o a prevenire alcuni eventi o situazioni temuti; tuttavia, questi comportamenti o azioni mentali non sono collegati in modo realistico con ciò che sono designati a neutralizzare o a prevenire, oppure sono chiaramente eccessivi.

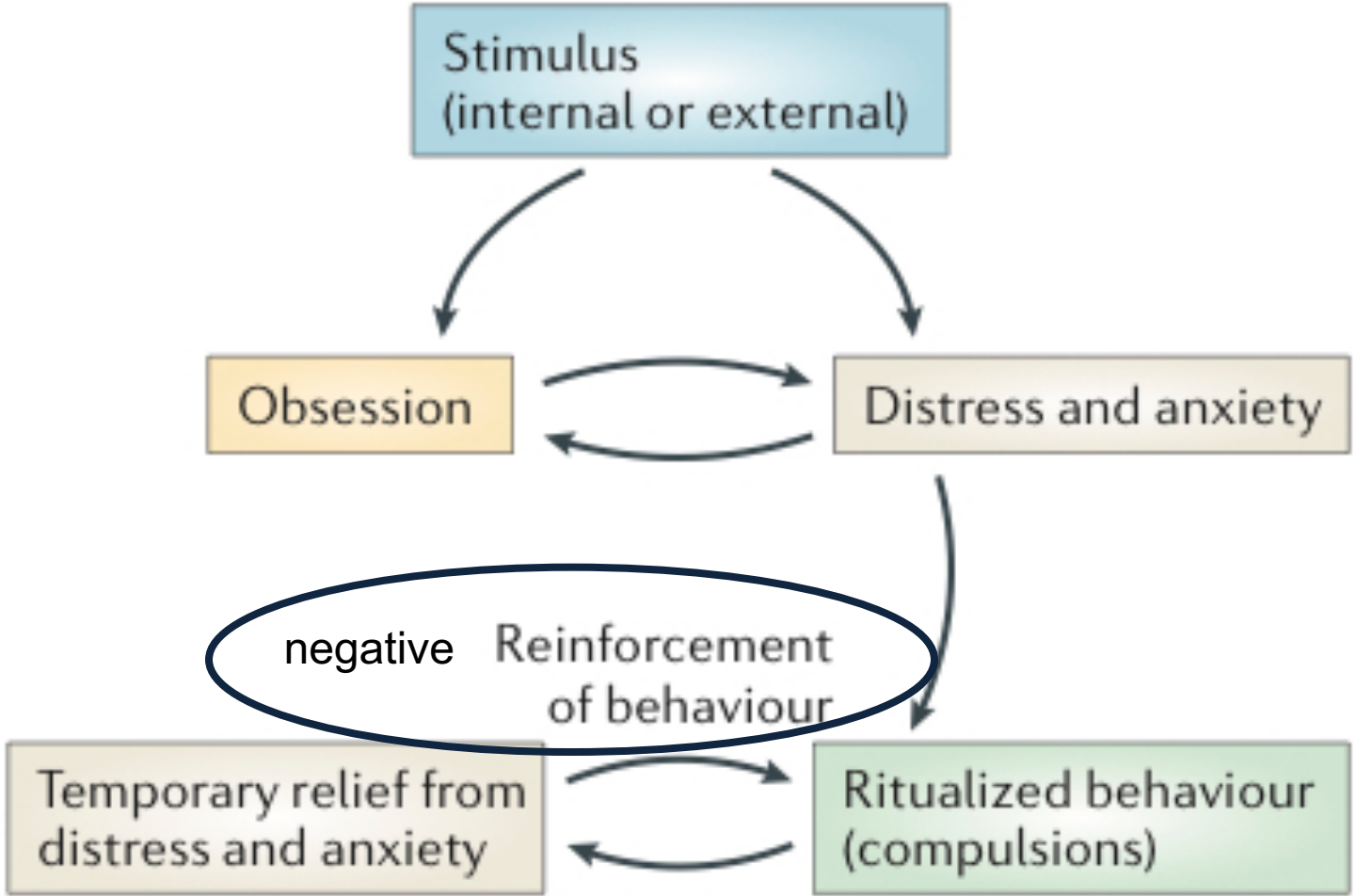
Nota: I bambini piccoli possono non essere in grado di articolare le ragioni di questi comportamenti o azioni mentali.

B. Le ossessioni o compulsioni fanno consumare tempo (per es., più di 1 ora al giorno) causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.



relazione funzionale tra ossessioni e compulsioni

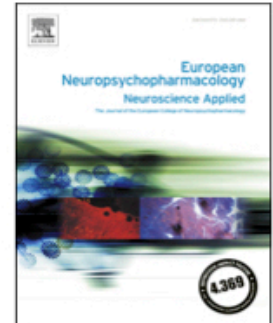






ELSEVIER

www.elsevier.com/locate/euroneuro



The role of habit in compulsivity



Claire M. Gillan^{a,b,c,*}, Trevor W. Robbins^{b,c},
Barbara J. Sahakian^{c,d}, Odile A. van den Heuvel^{e,f,g},
Guido van Wingen^h

habit learning

goal-directed
reward-based behavior

with prolonged
repetition, transition to



habit
automatic behavior
(persists even in the
absence of reward –
reward devaluation)

progression from childhood to adulthood
increased resistance to conventional
treatments



Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità

301.4 (

Criteria diagnostici

Un pattern pervasivo di preoccupazione per l'ordine, perfezionismo e controllo mentale e interpersonale, a spese di flessibilità, apertura ed efficienza, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti elementi:

1. È preoccupato/a per i dettagli, le regole, le liste, l'ordine, l'organizzazione o i programmi, al punto che va perduto lo scopo principale dell'attività.
 2. Mostra un perfezionismo che interferisce con il completamento dei compiti (per es., è incapace di completare un progetto perché non risultano soddisfatti i suoi standard oltremodo rigidi).
 3. È eccessivamente dedito/a al lavoro e alla produttività, fino all'esclusione delle attività di svago e delle amicizie (non giustificati da evidenti necessità economiche).
 4. È eccessivamente coscienzioso/a, scrupoloso/a e intransigente in tema di moralità, etica o valori (in modo non giustificato dall'appartenenza culturale o religiosa).
 5. È incapace di gettare via oggetti consumati o di nessun valore, anche quando non hanno alcun significato affettivo.
 6. È riluttante a delegare compiti o a lavorare con altri, a meno che non si sottomettono esattamente al suo modo di fare le cose.
 7. Adotta una modalità di spesa improntata all'avarizia sia per sé che per gli altri; il denaro è visto come qualcosa da accumulare in caso di future catastrofi.
 8. Manifesta rigidità e testardaggine.
-

Table 1. Common Obsessions and Corresponding Compulsions in Obsessive-Compulsive Disorder

Obsessions ^a	Specific Examples	Compulsions ^b	Specific Examples
Fear of contamination ^c	Preoccupation or disgust with bodily waste; repetitive concern of spreading illness	Cleaning or washing	Excessive hand washing or cleaning of household items (long after they are reasonably clean)
Persistent doubting	Anxiety that the house door is unlocked despite having just locked it, or that the oven is turned off despite having just turned it off	Checking	Repeatedly checking that oven is off, doors are locked; driving back along a road to ensure that no one was injured; excessively checking writing to ensure no error was made
Violent or sexual intrusive thoughts	Intrusive, unwanted violent or horrific images; unwanted sexual images of strangers, family, friends	Repetitive “undoing” thoughts	Repeated, “neutralizing” thoughts (eg, “I am not a violent person,” repeated asking for reassurance that one did not commit a violent or unwanted sexual act)
Fears of causing harm	Intrusive fears of dropping an infant one is holding; fear of inadvertently hitting pedestrians when driving	Repeated behaviors, checking	Repeatedly driving past crosswalks to check for injured pedestrians
Symmetry	Excessive worry and distress if items on a bookshelf are not arranged symmetrically	Ordering or arranging	Repeatedly arranging books on a bookshelf so that the spines are exactly aligned
Religious scrupulosity	Excessive concern with “right vs wrong”	Religious compulsions	Excessive prayer or apologies to God; need to tell or confess
Superstitions	“Lucky” or “unlucky” numbers or colors	Superstitious behaviors	Avoiding writing unlucky numbers; repeating activities a certain “lucky” or “right” number of times

Hirschtritt et al. *JAMA* 2017; 317(13): 1358-1367.

Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale – Check List

PRESENTE	PASSATO	<i>OSSESSIONI DI AGGRESSIVITA'</i>
()	()	Paura di fare male a sé stesso
()	()	Paura di fare male agli altri
()	()	Immagini violente ed orribili (orripilanti)
()	()	Paura di dire involontariamente oscenità o insulti
()	()	Paura di fare qualcos'altro di imbarazzante (*)
()	()	Paura di cedere ad impulsi involontariamente (es. pugnalare un amico)
()	()	Paura di rubare le cose
()	()	Paura di danneggiare gli altri perché non abbastanza prudenti
()	()	Paura di essere responsabili di qualcosa di terribile che sta succedendo (es. fuoco, furto)
()	()	Altro

Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale – Check List

PRESENTE	PASSATO	<i>OSSESSIONI DI CONTAMINAZIONE</i>
()	()	Preoccupazione e disgusto per rifiuti corporei o escrezioni (es. urine, feci, saliva)
()	()	Preoccupazione per la sporcizia o i germi
()	()	Eccessiva preoccupazione per i contaminanti ambientali (es. asbesto, radiazioni, rifiuti tossici)
()	()	Eccessiva preoccupazione per i prodotti di uso domestico (detersivi, solventi)
()	()	Eccessiva preoccupazione per gli animali (es. insetti)
()	()	Fastidio per le sostanze viscide e residue
()	()	Preoccupazione di ammalarsi a causa di sostanze contaminanti
()	()	Preoccupazione di rendere gli altri malati attraverso lo spargimento di contaminanti (aggressivi)
()	()	Nessuna altra preoccupazione per le conseguenze di una contaminazione all'infuori di ciò che si potrebbe sentire
()	()	Altro

Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale – Check List

PRESENTE	PASSATO	<i>OSSESSIONI SESSUALI</i>
()	()	Pensieri, immagini o impulsi proibiti o perversi
()	()	Contenuti (di pensiero) riguardanti bambini o un incesto
()	()	Contenuti (di pensiero) riguardanti l'omosessualità (*)
()	()	Comportamento sessuale verso gli altri (aggressivo) (*)
()	()	Altro
PRESENTE	PASSATO	<i>OSSESSIONI DI ACCUMULO/RISPARMIO</i>
()	()	Distinguere dagli "hobbies" e dagli interessi per gli oggetti di valore (materiale o affettivo)

Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale – Check List

PRESENTE	PASSATO	<i>OSSESSIONI RELIGIOSE (scrupolosità)</i>
()	()	Preoccupazione per ciò che è sacrilego o blasfemo
()	()	Eccessiva preoccupazione per il giusto/sbagliato, la moralità
()	()	Altro
PRESENTE	PASSATO	<i>OSSESSIONE PER IL BISOGNO DI SIMMETRIA O PRECISIONE</i>
()	()	Accompagnate da pensieri magici (es: preoccupazione che la madre avrà un incidente, a meno che le cose siano al posto giusto)
()	()	Non accompagnate da pensieri magici

Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale – Check List

PRESENTE	PASSATO	<i>MISCELLANEA DI OSSESSIONI</i>
()	()	Bisogno di sapere o ricordare
()	()	Paura di dire certe cose
()	()	Paura di non dire la cosa giusta
()	()	Paura di perdere le cose
()	()	Immagini intrusive (Non violente)
()	()	Suoni, parole e musiche intrusive, senza senso
()	()	Fastidio per certi suoni/rumori
()	()	Numeri fortunati/sfortunati
()	()	Colori con uno speciale significato
()	()	Paure superstiziose
()	()	Altre
PRESENTE	PASSATO	<i>OSSESSIONI SOMATICHE</i>
()	()	Preoccupazione per una malattia o un disturbo (*)
()	()	Eccessiva preoccupazione per parti del corpo o l'aspetto estetico (es: dismorfofobia) (*)

Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale – Check List

PRESENTE	PASSATO	<i>COMPULSIONI DI PULIZIA/LAVAGGIO</i>
()	()	Eccessivo o ritualizzato lavaggio delle mani
()	()	Eccessivo o ritualizzato fare la doccia, lavarsi i denti, o le pulizie corporee di “routine”
()	()	Pulizie riguardanti le cose di casa o gli altri oggetti (inanimati)
()	()	Altre misure per prevenire e rimuovere il contatto di sostanze contaminanti
()	()	Altro
PRESENTE	PASSATO	<i>COMPULSIONI DI CONTROLLO</i>
()	()	Controllare le serrature, i fornelli (elettrodomestici) ecc.
()	()	Controllare di non aver danneggiato altri
()	()	Controllare di non aver fatto, non fare danni a se stessi
()	()	Controllare che non sia successo/non succederà nulla di terribile
()	()	Controllare di non aver sbagliato
()	()	Controllo “stretto” nelle ossessioni somatiche
()	()	Altro

Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale – Check List

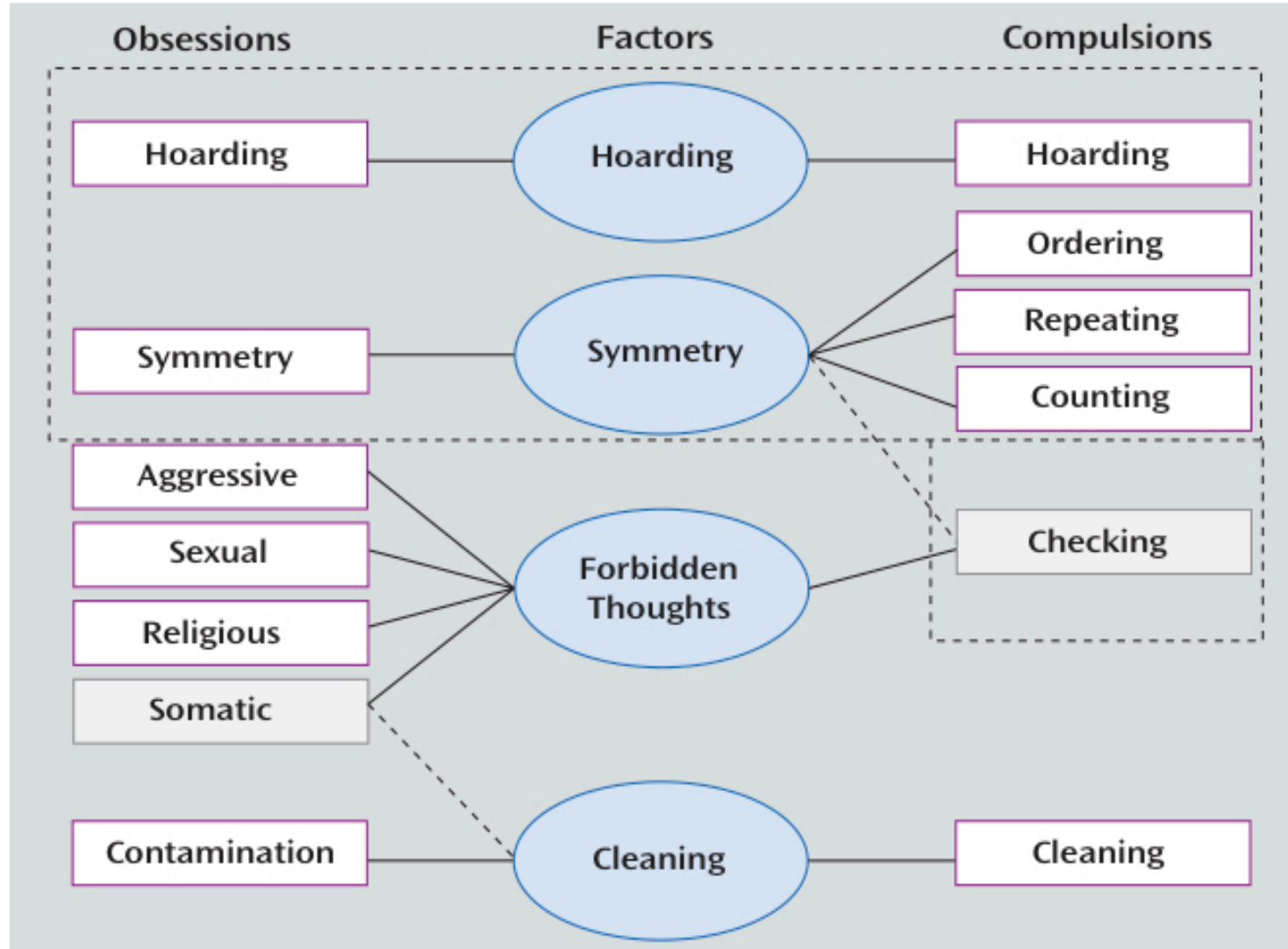
PRESENTE	PASSATO	<i>RITUALI RIPETITIVI</i>
()	()	Rileggere o riscrivere
()	()	Bisogno di ripetere le azioni abituali (es entrare/uscire dalla porta; salire/scendere le scale)
()	()	Altro
PRESENTE ()	PASSATO ()	<i>COMPULSIONI DI CONTEGGIO</i>
PRESENTE ()	PASSATO ()	<i>COMPULSIONI DI ORDINARE/RASSETTARE</i>

Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale – Check List

PRESENTE	PASSATO	<i>COMPULSIONI DI ACCUMULARE/COLLEZIONARE</i>
()	()	Distinguere dagli “hobbies” e dagli interessi per gli oggetti di valore materiale o affettivo (es: leggere “avidamente” la vecchia posta, “fare pile” di vecchi giornali, cercare tra i rifiuti, collezionare oggetti inutili)

Meta-Analysis of the Symptom Structure of Obsessive-Compulsive Disorder

Factor Structure of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Symptoms Checklist Across the Lifespan



Suicide attempts and suicidal ideation in patients with obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis

Luca Pellegrini^{a,c,*}, Elisa Maietti^a, Paola Rucci^a, Giacomo Casadei^a, Giuseppe Maina^b,
Naomi A. Fineberg^{c,d}, Umberto Albert^{e,f}

Journal of Affective Disorders 276 (2020) 1001–1021

prevalenza lifetime di tentativi di suicidio: 13.5%

prevalenza attuale di ideazione suicidaria: 27.3%

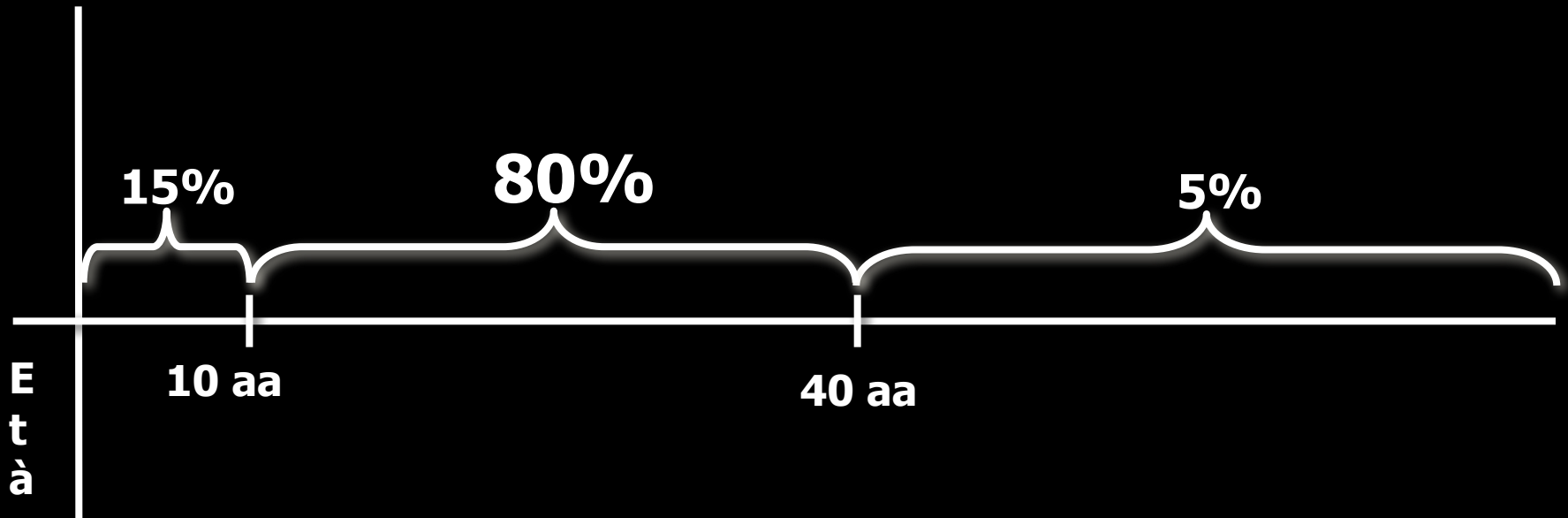
prevalenza lifetime di ideazione suicidaria : 47.3%

Table 2 Summary of prevalence studies (median) in mental disorders: best estimates and number of subjects in the EU affected (part I: diagnoses covered in 2005 report).

Diagnosis (DSM-IV)	Community studies				Expert based		Applicable age range	Gender ratio f:m
	No. of studies	Range (%)	Md ^a (%)	IQR ^a	"Best estimate" %	No. persons affected (in millions) ^b		
Substance use disorders								
Alcohol dependence	15	0.0–9.3	3.4	0.7–4.7	3.4	14.6	15+	0.8
Opioid dependence	14	0.1–0.7	0.3	0.1–0.6	0.1–0.4 ^c	1.0	15–64	0.7
Cannabis dependence	14	0.0–0.9	0.3	0.1–0.4	0.3–1.8 ^d	1.4	15–64	0.4
Psychotic disorders ^e	4/4	0.2–2.6	(0.2) 1.0	0.2–1.1	1.2	5.0	18+	0.8
Mood disorders								
Major depression	25	1.0–10.1	5.7	3.2–7.4	6.9	30.3	14+	2.3
Bipolar disorder	11	0.2–1.1	0.7	0.7–0.9	0.9	3.0	18–65	1.2
Anxiety disorders ^f								
Panic disorder	18	0.6–3.1	1.2	0.4–2.0	1.8	7.9	14+	2.5
Agoraphobia	16	0.1–3.1	1.2	0.4–2.0	2.0	8.8	14+	3.1
Social phobia	15	0.6–7.9	2.0	1.1–4.4	2.3	10.1	14+	2.0
Generalized anxiety disorder	14	0.2–4.3	2.0	0.6–2.2	1.7–3.4 ^g	8.9	14+	2.1
Specific phobias	12	3.1–11.1	4.9	3.4–7.1	6.4	22.7	14–65	2.4
Obsessive–compulsive disorder	10	0.1–2.3	0.7	0.5–1.1	0.7	2.9	18+	1.6
Post-traumatic stress disorder	12	0.6–6.7	2.3	0.7–2.5	1.1–2.9 ^h	7.7	14+	3.4
Somatoform disorders								
	6	1.1–11.0	6.3	2.1–7.8	4.9 ⁱ	20.4	18–65	2.1
Eating disorders								
Anorexia nervosa	6	0.0–0.6	0.1	0.0–0.2	0.2–0.5 ^j	0.8	14–65	4.5
Bulimia nervosa	7	0.0–0.9	0.3	0.0–0.2	0.1–0.9 ^k	0.7	14–65	8.0

^a Md = median, IQR = interquartile range.

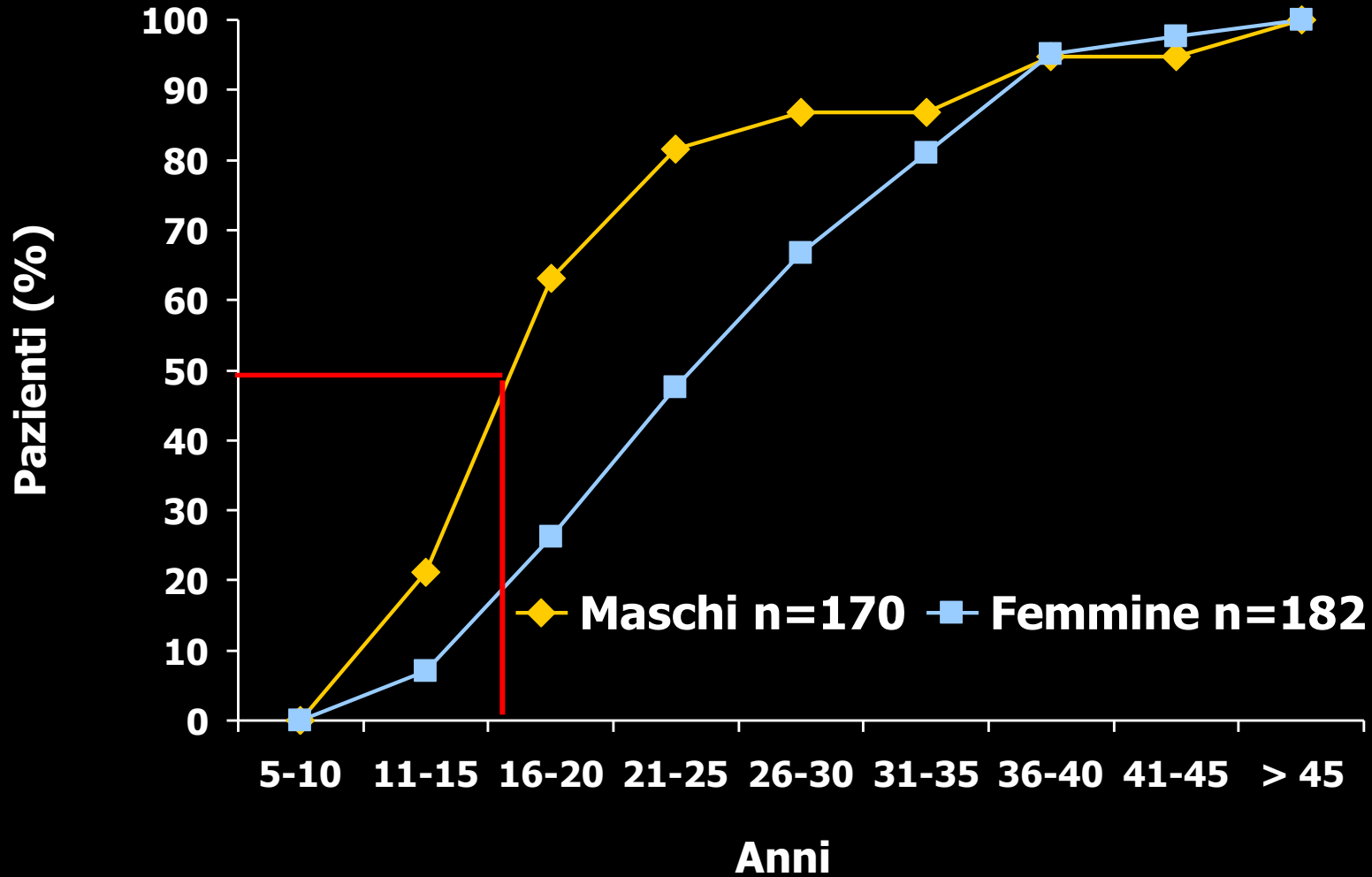
Età d'esordio



Modalità d'esordio:

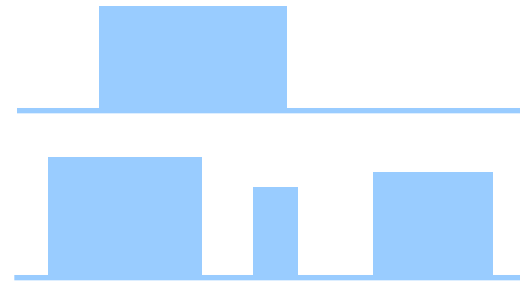
- Subdola ed insidiosa (più frequente e tipica)
- Improvvisa

Età d'esordio



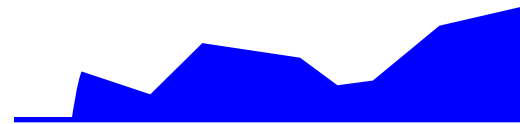
Decorso del DOC

DOC episodico



DOC cronico

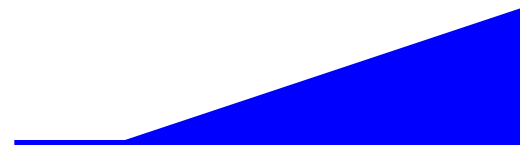
Fluttuante



Stabile



Ingravescente



Hollingsworth et al., 1980; Rasmussen & Eisen, 1992; Nemiah & Uhde, 1989; Lensi et al., 1993; Leonard et al., 1993; Ravizza et al., 1997

Examples of possible physical consequences of contamination/cleaning symptoms

Obsessive-compulsive symptoms	Physical consequences
Excessive hand or body washing	Dermatologic problems: chapped hands, eczema, diseases of the sebaceous glands, pruritic diseases
Use of strong cleaning products	Irritant dermatitis
Excessive tooth brushing	Dental complications (eg, loss of dental enamel)
Reduced food intake for to fear of contamination	Weight loss
Reduced fluid intake for fear of contamination	Urinary tract infections
Excessive douching	Vaginal discomfort
Retention of urine or feces, avoidance of public toilets, or regular use of drugs to evacuate bladder or gut	Urinary tract infections Decreased bowel motility and need for regular enemas Electrolyte imbalance
Avoidance of medical consultations for fear of contamination	Failure to get appropriate diagnosis and treatment of an independent medical problem
In chronic and severe cases, self-neglect and avoidance of any cleaning of self or the home	Hygiene problems potentially leading to infectious diseases

Specificare se:

Con buono o sufficiente insight: L'individuo riconosce che le convinzioni del disturbo ossessivo-compulsivo sono decisamente o probabilmente non vere o che esse possano essere o possano non essere vere.

Con scarso insight: L'individuo pensa che le convinzioni del disturbo ossessivo-compulsivo siano probabilmente vere.

Con insight assente/ convinzioni deliranti: L'individuo è completamente convinto che le convinzioni del disturbo ossessivo-compulsivo siano vere.

DSM-IV Delusional disorder	➔	antipsychotics
DSM-5 OCD with delusional beliefs	➔	SSRIs No ERP

Specificare se:

Associato a tic: L'individuo ha una storia attuale o passata di disturbo da tic.

Entità nosografica con maggiore prevalenza nella popolazione maschile, tassi di familiarità più elevata, esordio più precoce

Table 4. Clinical Characteristics Associated With Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) Treatment Response

Character- istic	Implications for Treatment	
	Psychotherapy	Pharmacotherapy
Tics ⁵⁵	Habit-reversal techniques (involving identifying and prioritizing tics, monitoring premonitory urges to tic, and developing competing, intentional behaviors) and relaxation training are often used in conjunction with exposure-response prevention to address tics	Some evidence to suggest decreased efficacy of SSRIs (specifically, fluoxetine) in individuals with comorbid tics. SSRI augmentation with atypical neuroleptics (eg, risperidone, quetiapine) is equally effective in individuals with or without tics. Augmentation with haloperidol may be more effective in individuals who are treatment refractory to fluvoxamine with comorbid tics compared with those without tics.
Hoarding ²⁵	Decreased efficacy of exposure-response prevention and CBT; hoarding-specific individual or group CBT indicated for motivated patients	Generally decreased efficacy of first-line pharmacologic treatments; limited or no evidence to support second-line treatments (eg, atypical antipsychotic augmentation)
Poor insight ²²	Decreased motivation for initiation and compliance with treatment	Decreased efficacy of first-line pharmacologic and cognitive behavioral interventions; more likely to require multiple, sequential SSRI trials

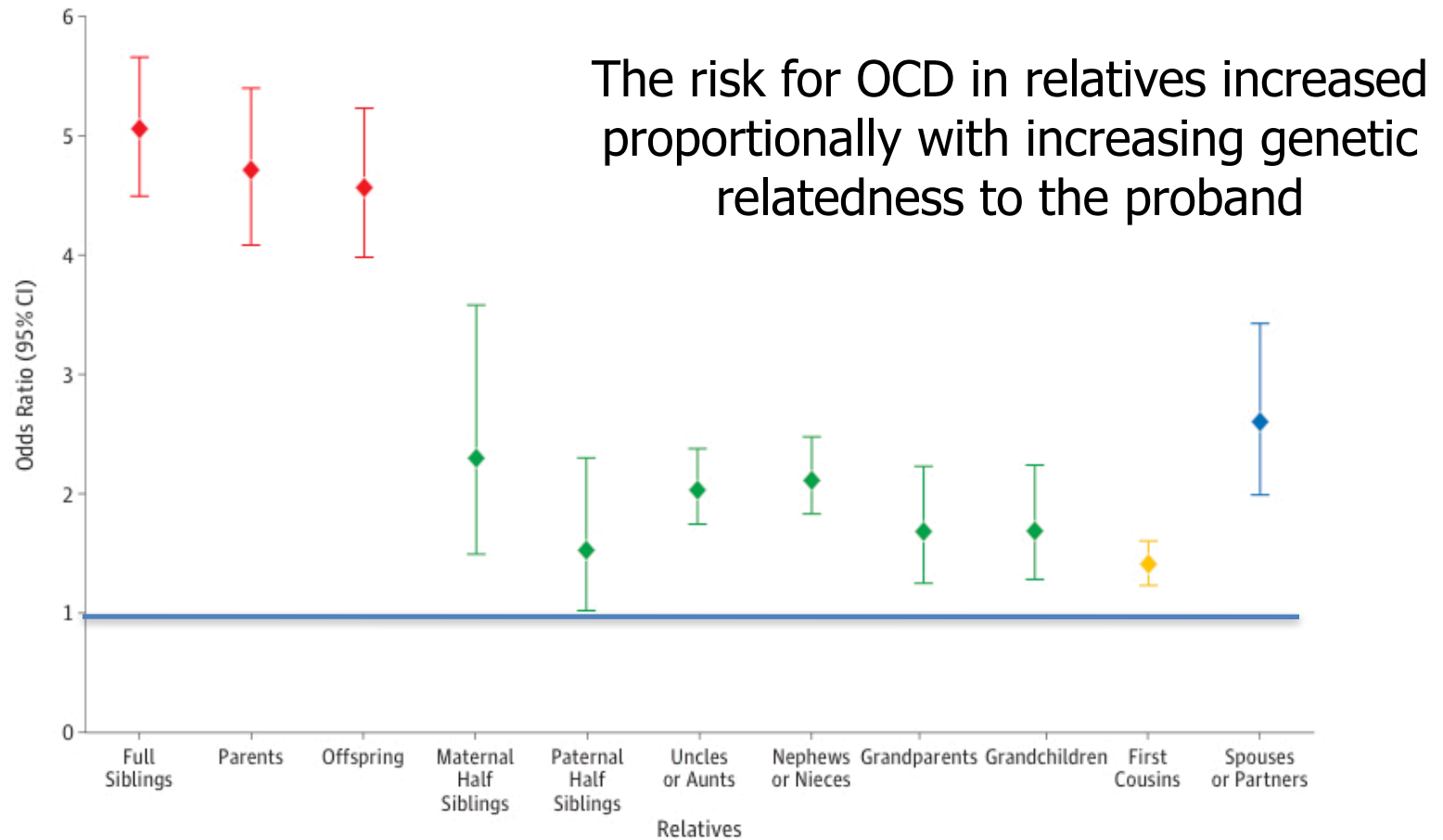
OCD is a familial and heritable disorder

Table 1. Risk for Obsessive-Compulsive Disorder in Relatives of 24 768 Probands Diagnosed as Having Obsessive-Compulsive Disorder in Sweden Over 4 Decades (1969-2009) Compared With Relatives of Matched Control Subjects, With Tetrachoric Correlations

Relation to Proband	Mean Degree of Genetic Similarity, %	Dyads, No.	Concordant Pairs, No.	Matched Odds Ratio (95% CI)	Tetrachoric Correlation
First-degree Relatives					
Full siblings	50.0	317 817	520	5.03 (4.49-5.64)	.25
Parents	50.0	444 471	234	4.70 (4.09-5.40)	.17
Offspring	50.0	217 903	237	4.56 (3.97-5.24)	.17
Second-degree Relatives					
Maternal half siblings	25.0	47 672	49	2.32 (1.50-3.58)	.12
Paternal half siblings	25.0	59 456	44	1.54 (1.04-2.31)	.07
Uncles or aunts	25.0	469 431	173	2.04 (1.76-2.37)	.06
Nephews or nieces	25.0	355 942	173	2.12 (1.82-2.47)	.06
Grandparents	25.0	521 925	48	1.68 (1.27-2.23)	.03
Grandchildren	25.0	130 142	48	1.70 (1.28-2.25)	.03
Third-degree Relatives					
First cousins	12.5	939 672	447	1.41 (1.24-1.60)	.06
Nonbiological Relatives					
Spouses or partners ^a	0.0	120 697	55	2.61 (1.99-3.42)	.13

OCD is a familial and heritable disorder

Figure 1. Risk for Obsessive-Compulsive Disorder Among Relatives With Differing Genetic and Environmental Distance to All Diagnosed Obsessive-Compulsive Disorder Cases in the Swedish National Patient Register (1969-2009) Compared With Matched Population Control Subjects



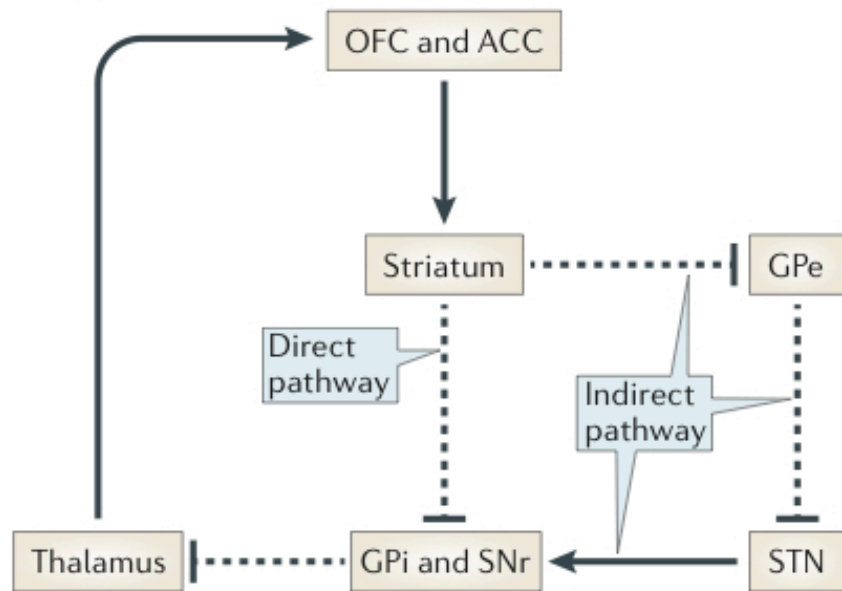
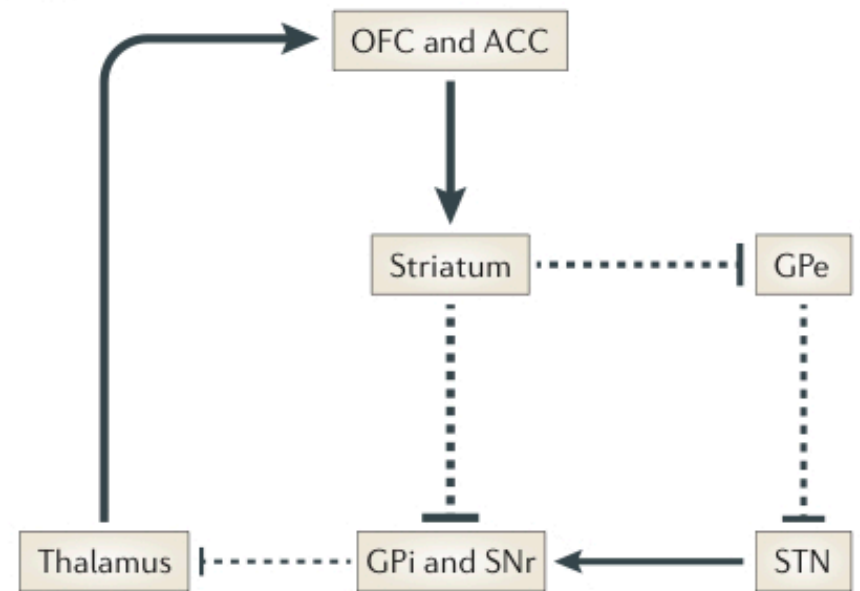
a Normal**b OCD**

Figure 2 | The cortico-striato-thalamo-cortical circuitry. Solid arrows depict glutamate (excitatory) pathways and dashed lines depict GABAergic (inhibitory) pathways. **a** | In the normally functioning cortico-striato-thalamo-cortical circuit, glutamatergic signals from the frontal cortex (specifically, the orbitofrontal cortex (OFC) and anterior cingulate cortex (ACC)) lead to excitation in the striatum. Through the so-called direct pathway, striatal activation increases inhibitory GABA signals to the globus pallidus interna (GPi) and the substantia nigra (SNr). This decreases the inhibitory GABA output from the GPi and SNr to the thalamus, resulting in excitatory glutamatergic output from the thalamus to the frontal cortex. This direct pathway is a positive-feedback loop. In an indirect, external loop, the striatum inhibits the globus pallidus externa (GPe), which decreases its inhibition of the subthalamic nucleus (STN). The STN is then free to excite the GPi and SNr and thereby inhibit the thalamus. **b** | In patients with obsessive-compulsive disorder (OCD), an imbalance between the direct and indirect pathways results in excess tone in the former over the latter.

Approcci di prima scelta per il trattamento del DOC secondo le Linee Guida nazionali e internazionali



FARMACOTERAPIA

SSRI e CMI

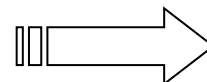


PSICOTERAPIA

TCC (EPR)

SRIs in monoterapia, TCC in monoterapia, o combinazione?

DOC lieve-moderato

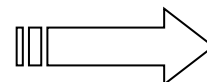


TCC
(TCC + SRI)

DOC bambini/adolescenti

DOC grave

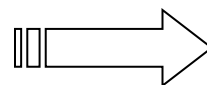
DOC + Depressione Maggiore



SRI
(SRI + TCC)

DOC + familiarità per DOC
(bambini/adolescenti)

DOC resistente a SSRI
(bambini e adulti)

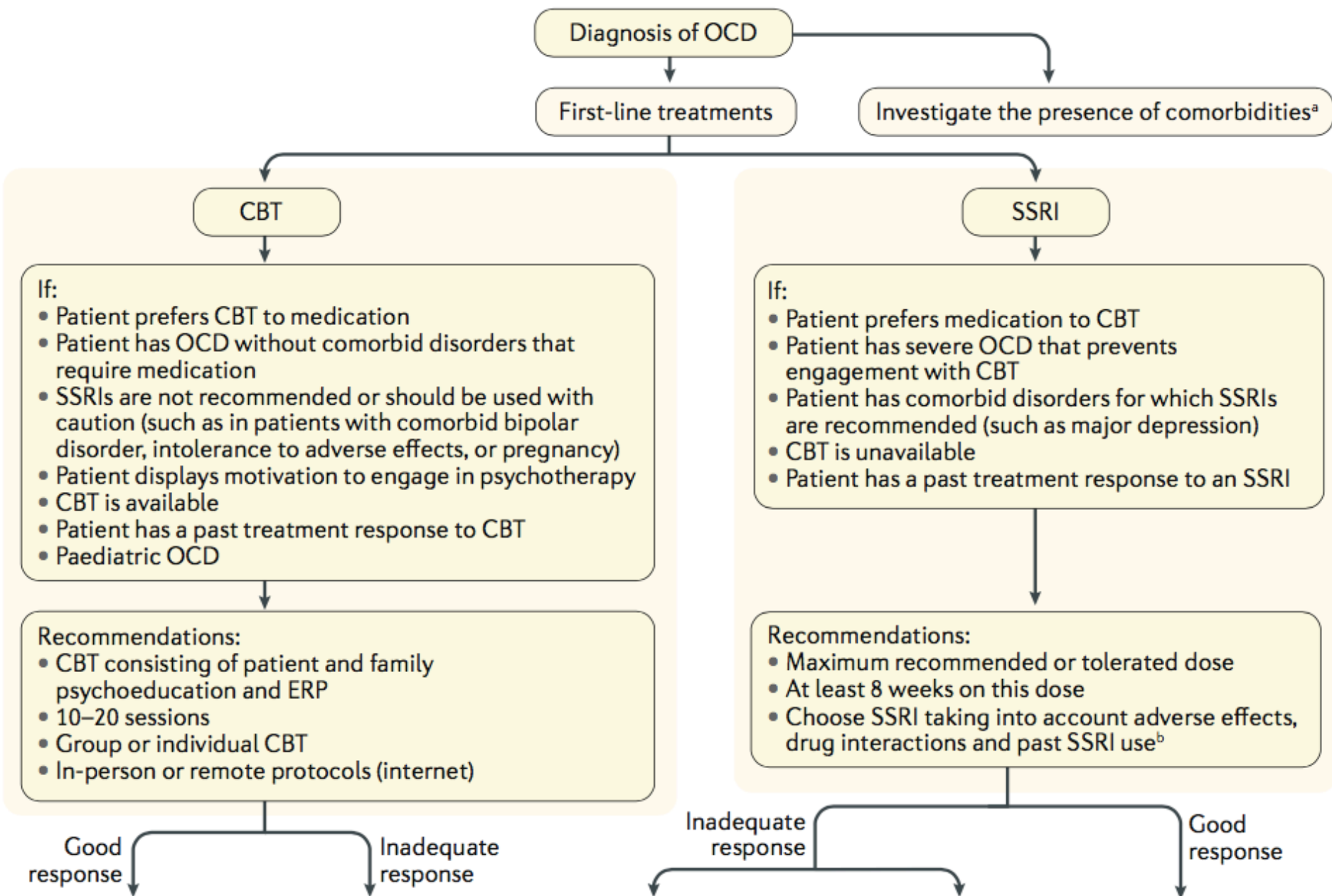


SRI + TCC

Ab initio

sequenziale





Towards an international expert consensus for defining treatment response, remission, recovery and relapse in obsessive-compulsive disorder

Mataix-Cols et al. World Psychiatry 2016; 15:80-81

Conceptual

Operational

Treatment Response

A clinically meaningful reduction in symptoms relative to baseline severity.

A $\geq 35\%$ reduction in YBOCS scores plus CGI-I rating of 1 (“very much improved”) or 2 (“much improved”), lasting for at least one week.

Partial Response

Defined as in treatment response above.

A $\geq 25\%$ but $< 35\%$ reduction in YBOCS scores plus CGI-I rating of at least 3 (“minimally improved”), lasting for at least one week.

Remission

The patient no longer meets syndromal criteria for the disorder and has no more than minimal symptoms. Residual obsessions, compulsions and avoidance may be present, but are not time consuming and do not interfere with the person’s everyday life.

A score of ≤ 12 on the YBOCS plus CGI-S rating of 1 (“normal, not at all ill”) or 2 (“borderline mentally ill”), lasting for at least one week.

Recovery

The patient no longer meets syndromal criteria for the disorder and has had no more than minimal symptoms. The clinician may begin to consider discontinuation of treatment or, if the treatment continues, the aim is to prevent relapse.

As above, lasting 1 year



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

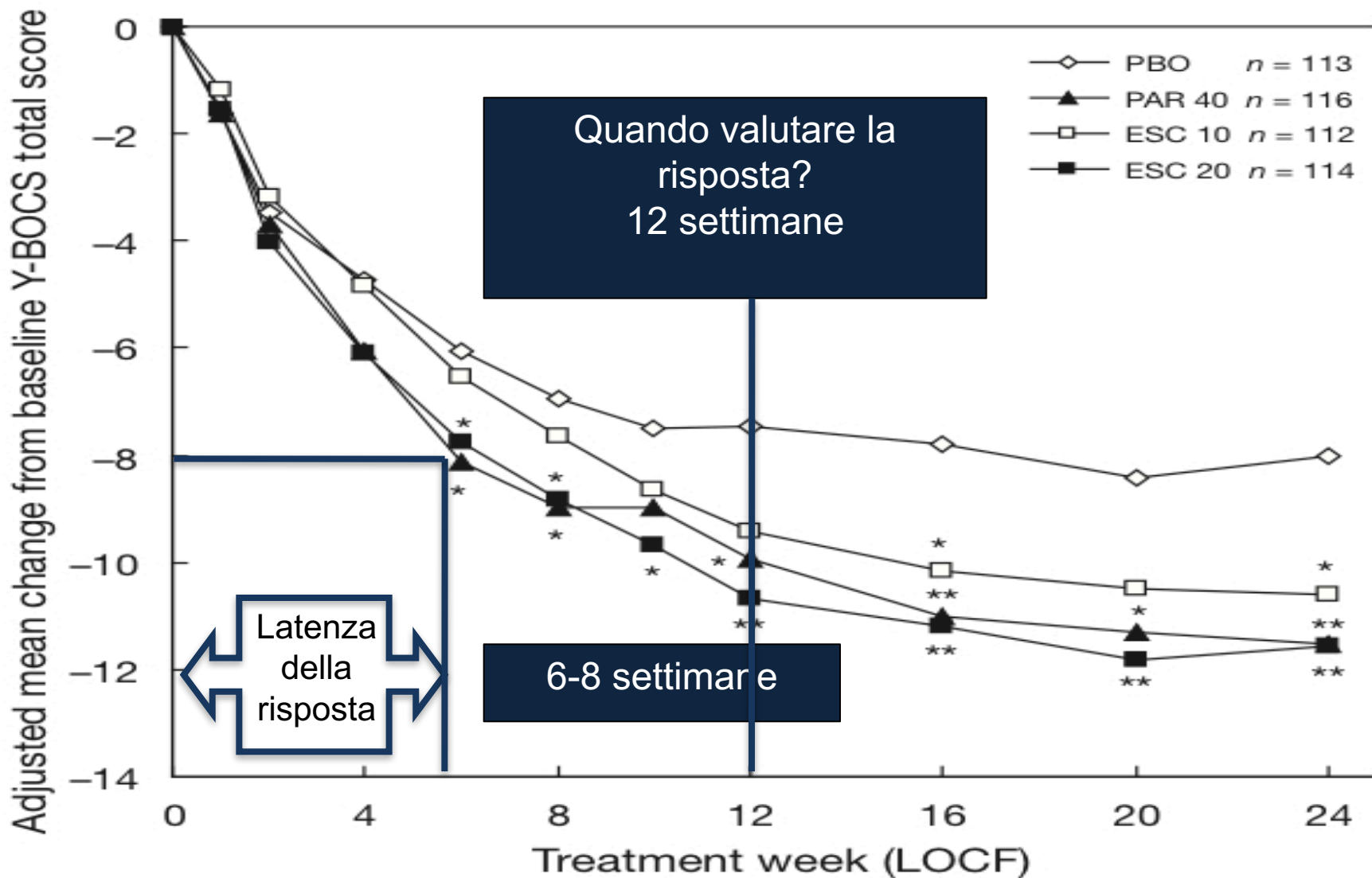
Umberto Albert¹, Bernardo Dell'Osso^{2,3,4}, Giuseppe Maina⁵

Table I. Doses of serotonin reuptake inhibitors (SRIs) in the treatment of OCD.

Drug	Starting dose and incremental dose (mg/day)	Usual target dose (mg/day)	Maximum recommended dose in Italy (mg/day)
Citalopram*	20	40-60	40 [#]
Clomipramine	25	100-250	250
Escitalopram	10	20	20 [§]
Fluoxetine	20	40-60	60
Fluvoxamine	50	200	300
Paroxetine	20	40-60	60
Sertraline	50	200	200

* Citalopram in Italy is not indicated for the treatment of OCD, although its efficacy is established in placebo-controlled, double-blind studies. [#] Citalopram is associated with dose-dependent QTc prolongation, thus in Italy the maximum dose recommended for adults is 40 mg/day (20 mg in patients > 65 years-old or with reduced liver function). [§] Escitalopram is associated with dose-dependent QTc prolongation, thus in Italy the maximum dose recommended for adults is 20 mg/day (10 mg in patients > 65 years-old or with reduced liver function).

Quando diventa apprezzabile la risposta alla terapia farmacologica?



Quanto va protratta la terapia dopo iniziale risposta?

SRI



In caso di risposta
dopo 12 settimane



Mantenimento a
pieno dosaggio
per almeno
12 mesi



Mantenimento a **pieno dosaggio** per almeno
12-24 mesi



Mantenimento a
dosaggio ridotto della
metà per almeno
12 – 24 mesi

Linee Guida

SOPSI	Expert Consensus Guideline Series	BAP	NICE	APA	WFSBP
	✓	✓	✓	✓	✓
				✓	
✓					

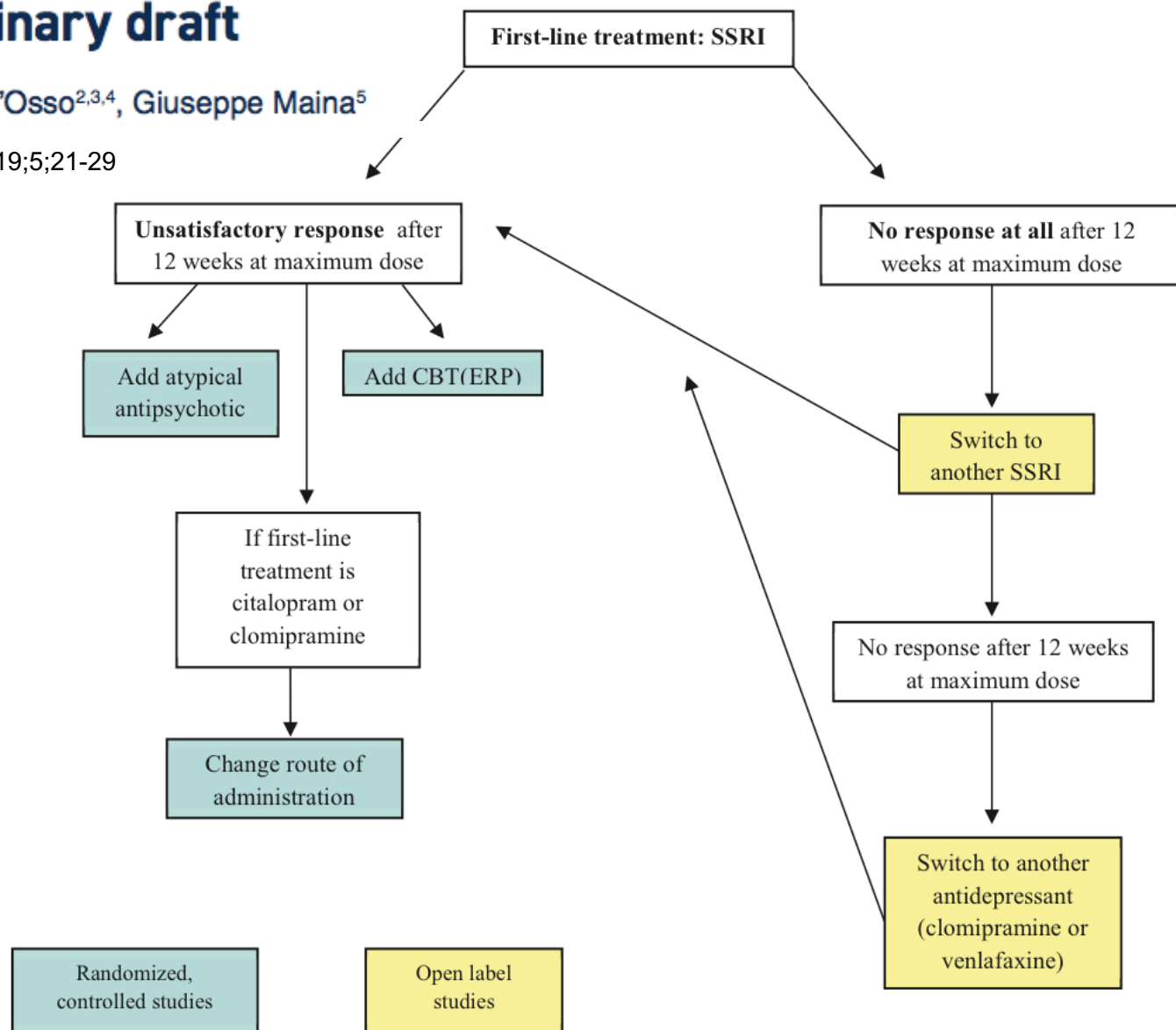
Towards Italian guidelines for the pharmacological treatment of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) in adults: a preliminary draft



Società Italiana di Psichiatria

Umberto Albert¹, Bernardo Dell'Osso^{2,3,4}, Giuseppe Maina⁵

Evidence-based Psychiatric Care 2019;5;21-29



Family accommodation in adult obsessive–compulsive disorder: clinical perspectives

Umberto Albert
Alessandra Baffa
Giuseppe Maina

Table 1 Examples of family accommodation according to the principal obsessive–compulsive symptom dimensions

	Forbidden thoughts and checking	Contamination and cleaning	Symmetry and ordering
Direct participation in patient's compulsive behavior	Escorting the patient when he/she has to go near windows or at upper floors (to make sure that he/she will not lose control and throw him/herself out of the window) Escorting him/her when he/she is in social situations (to ensure that he/she will not lose control and harm someone/ e.g., push someone under the bus) Controlling that doors are locked and/or lights have been switched off because the patient is afraid of being responsible for something dangerous happening	Having to pass towels to the patient, taking particular care that they do not touch contaminated surfaces Washing carefully the bathroom/ some surfaces (even with particular products) before the patient enters the bathroom for his/her washing compulsion Controlling that the patient with OCD is correctly taking a shower without touching anything dirty or potentially contaminating	Reassuring the patient that objects have not been touched or moved from their position while they were away from home Assisting the patient when he/she is controlling the right position of an object and/or providing reassurance that they correctly moved the object in the right position
Assisting the patient in avoidance of OCD triggers	Cutting food for patient in order to let him/her avoid touching knives (because of the fear of losing control and harming someone) Avoiding talking about things that might trigger obsessions, for example, avoiding naming suicide/homicide/ aggression; avoiding watching television news or reading newspapers because it might happen that bad news are reported	Opening doors/touching door knobs for patients in order to let him/her avoid touching contaminated surfaces Not inviting people home due to the patient's contamination fears Having to undress before entering the home and putting the dirty clothes in a specific place at home, avoiding contaminating the house with these dirty clothes and having to immediately wash themselves before entering uncontaminated rooms	Refraining from moving objects on tables or work desk Refraining from cleaning some furniture because it implies moving objects Not inviting people home because patient is afraid that guests will touch and move objects from their correct position

Family accommodation in obsessive–compulsive disorder: Relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics

Umberto Albert ^{a,*}, Filippo Bogetto ^a, Giuseppe Maina ^a, Paola Saracco ^a,
Cinthia Brunatto ^a, David Mataix-Cols ^b

^a *Mood and Anxiety Disorders Unit, Department of Neurosciences, University of Turin, Italy*

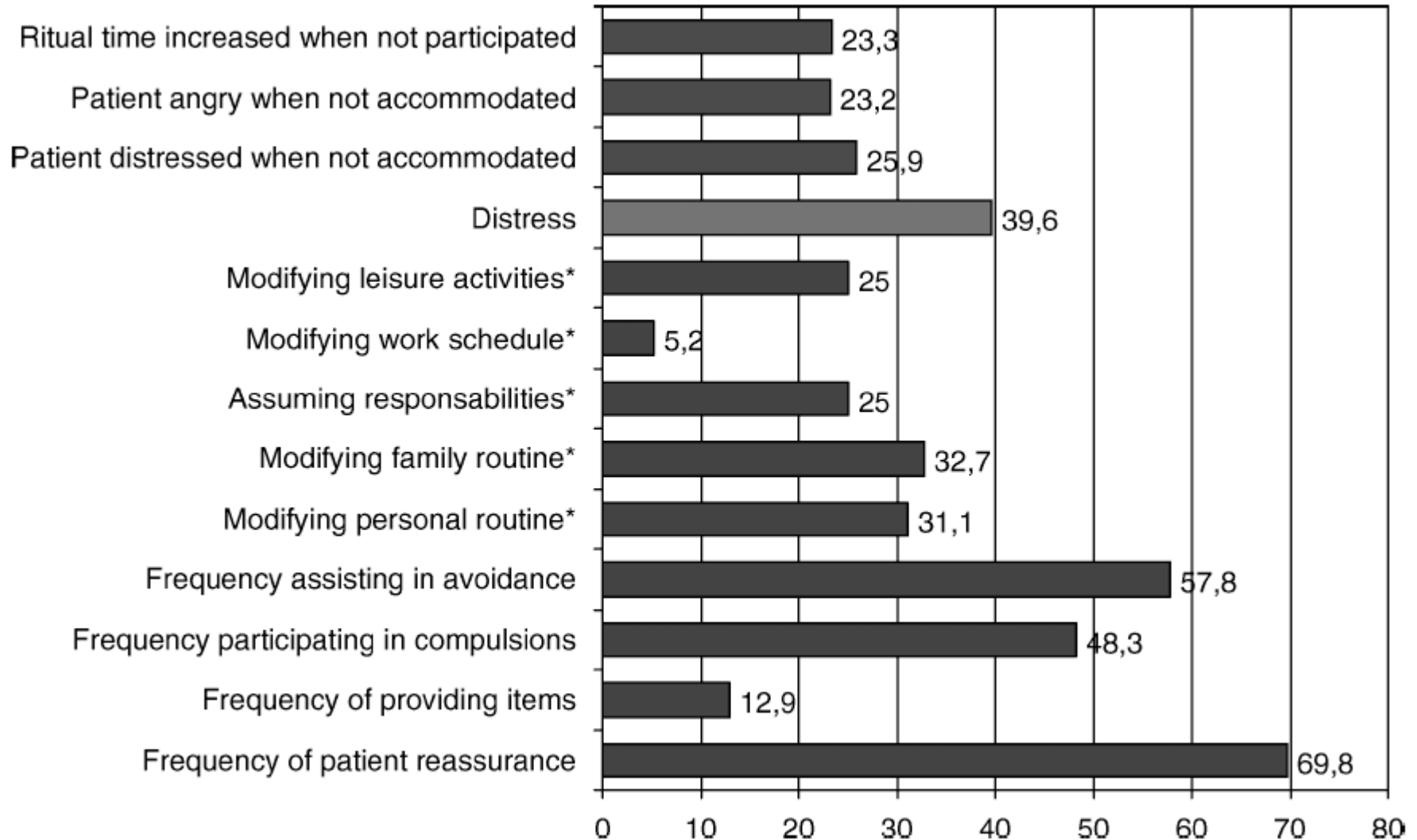
^b *King's College London, Institute of Psychiatry, London, UK*

Table 4

Responses to the Family Accommodation Scale (FAS) of the 141 family members.

FAS item	Mean (S.D.)	Range	Never, %	1–3×/month %	1–2×/week, %	3–6/week, %	Daily, %
13-item total score	22.94 (9.58)	1–48					
Participation	8.68 (4.04)	0–16					
Frequency of patient reassurance	2.91 (1.31)	0–4	8.5	8.5	14.2	21.3	47.5
Frequency of providing items for patient's compulsive behaviors	0.86 (1.35)	0–4	61.7	15.6	9.2	2.1	11.3
Frequency of participating in patient's compulsive behaviors	2.21 (1.64)	0–4	25.5	13.5	11.3	14.2	35.5
Frequency of assisting the patient in avoidance	2.71 (1.38)	0–4	10.6	9.2	21.3	16.3	42.6
Modification	7.53 (4.44)	0–20					
Modifying personal routine due to patient's symptoms	1.59 (1.51)	0–4	31.9	26.2	12.8	9.2	19.9
Modifying family routine due to patient's symptoms	1.91 (1.28)	0–4	14.9	26.2	27.0	17.0	14.9
Assuming responsibilities that are normally the patient's responsibility	1.61 (1.20)	0–4	19.9	31.9	22.7	18.4	7.1
Modifying work schedule due to patient's symptoms	0.80 (0.97)	0–4	48.2	31.2	14.9	3.5	2.1
Modifying leisure activities due to patient's symptoms	1.62 (1.20)	0–4	20.6	29.1	24.1	19.9	6.4
	Mean (S.D.)	Range	Not at all, %	Mild, %	Moderate, %	Severe, %	Extreme, %
Distress and Consequences	6.72 (3.59)	0–16					
Does helping the patient lead to distress?	2.04 (1.11)	0–4	7.8	27.0	27.7	28.4	9.2
Has patient become distressed when you did not accommodate?	1.85 (1.13)	0–4	10.6	31.2	29.8	19.1	9.2
Has patient become angry/abusive when you did not accommodate?	1.35 (1.26)	0–4	30.5	34.0	12.8	15.6	7.1
Has ritual time increased when you did not participate?	1.48 (1.23)	0–4	25.5	30.5	21.3	15.6	7.1

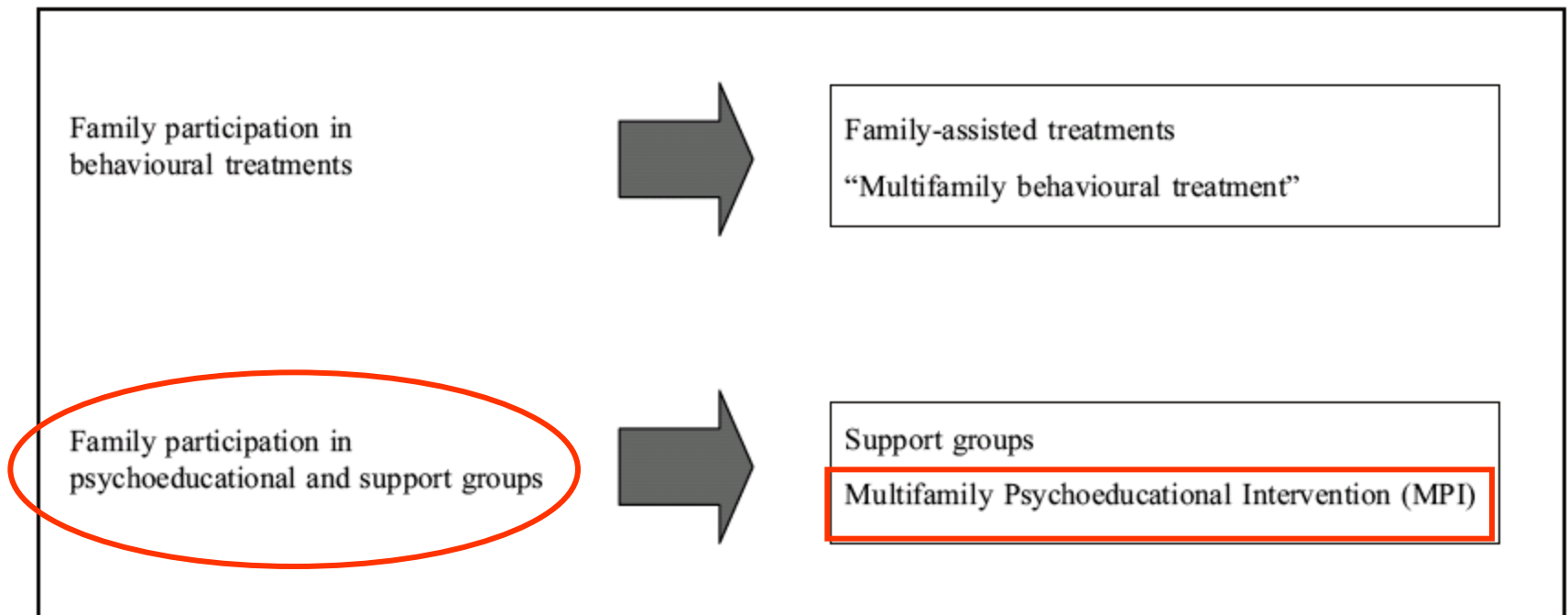
percentage of relatives who endorsed one of the two highest items of the FAS (most/all of the days)



FAMILY-FOCUSED TREATMENTS FOR OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

Giuseppe Maina, Paola Saracco, Umberto Albert

Table I. *Family-focused treatments*



Quali altri disturbi vengono inclusi nella sezione Disturbo Ossessivo-Compulsivo e disturbi correlati?

*All the disorders
are characterized
by repetitive
behaviours*



<i>Stronger cognitive component (preoccupations and repetitive behaviours or mental acts in response to the preoccupations)</i>	OCD Body Dysmorphic Disorder Hoarding Disorder
<i>Recurrent body-focused repetitive behaviours (and repeated attempts to decrease or stop the behaviours)</i>	Trichotillomania Excoriation disorder

- A. Preoccupazione per uno o più difetti o imperfezioni percepiti nell'aspetto fisico, che non sono osservabili o appaiono agli altri in modo lieve.
- B. A un certo punto, durante il decorso del disturbo, l'individuo ha messo in atto comportamenti ripetitivi (per es., guardarsi allo specchio, curarsi eccessivamente del proprio aspetto, stuzzicarsi la pelle, ricercare rassicurazione) o azioni mentali (per es., confrontare il proprio aspetto fisico con quello degli altri) in risposta a preoccupazioni legate all'aspetto.
- C. La preoccupazione causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.
- D. La preoccupazione legata all'aspetto non è meglio giustificata da preoccupazioni legate al grasso corporeo o al peso in un individuo i cui sintomi soddisfano i criteri diagnostici per un disturbo alimentare.

Specificare se:

Con distorfa muscolare: l'individuo è preoccupato dall'idea che la sua costituzione corporea sia troppo piccola o insufficientemente muscolosa. Questo specificatore viene utilizzato anche se l'individuo ha preoccupazioni che riguardano altre aree del corpo, il che si verifica spesso.



Specificare se:

Indicare il grado di insight riguardo alle convinzioni del disturbo di distorfa corporea (per es., "Sono brutto/a" oppure "Sono deforme").

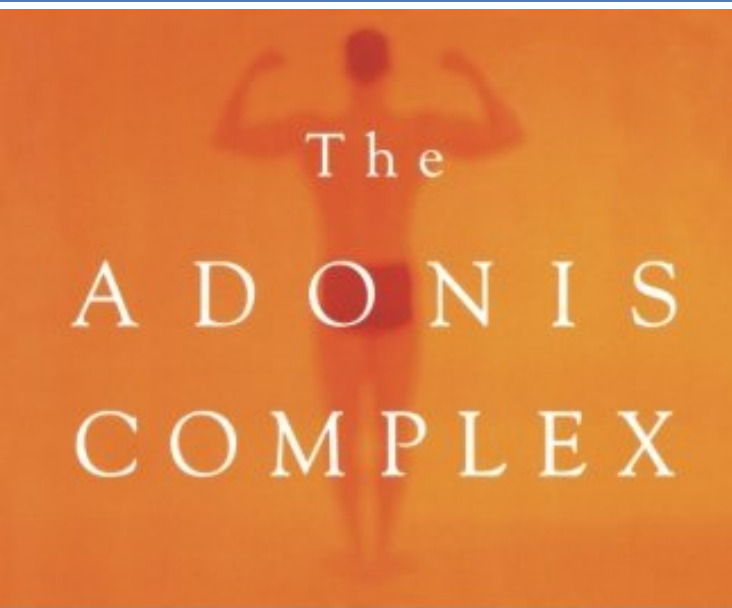
Con insight buono o sufficiente

Con insight scarso

Con insight assente/convinzioni deliranti

Delusional disorder, somatic type		antipsychotics
BDD with delusional beliefs		SSRIs

Muscle Dysmorphia/Adonis Complex/Bigorexia



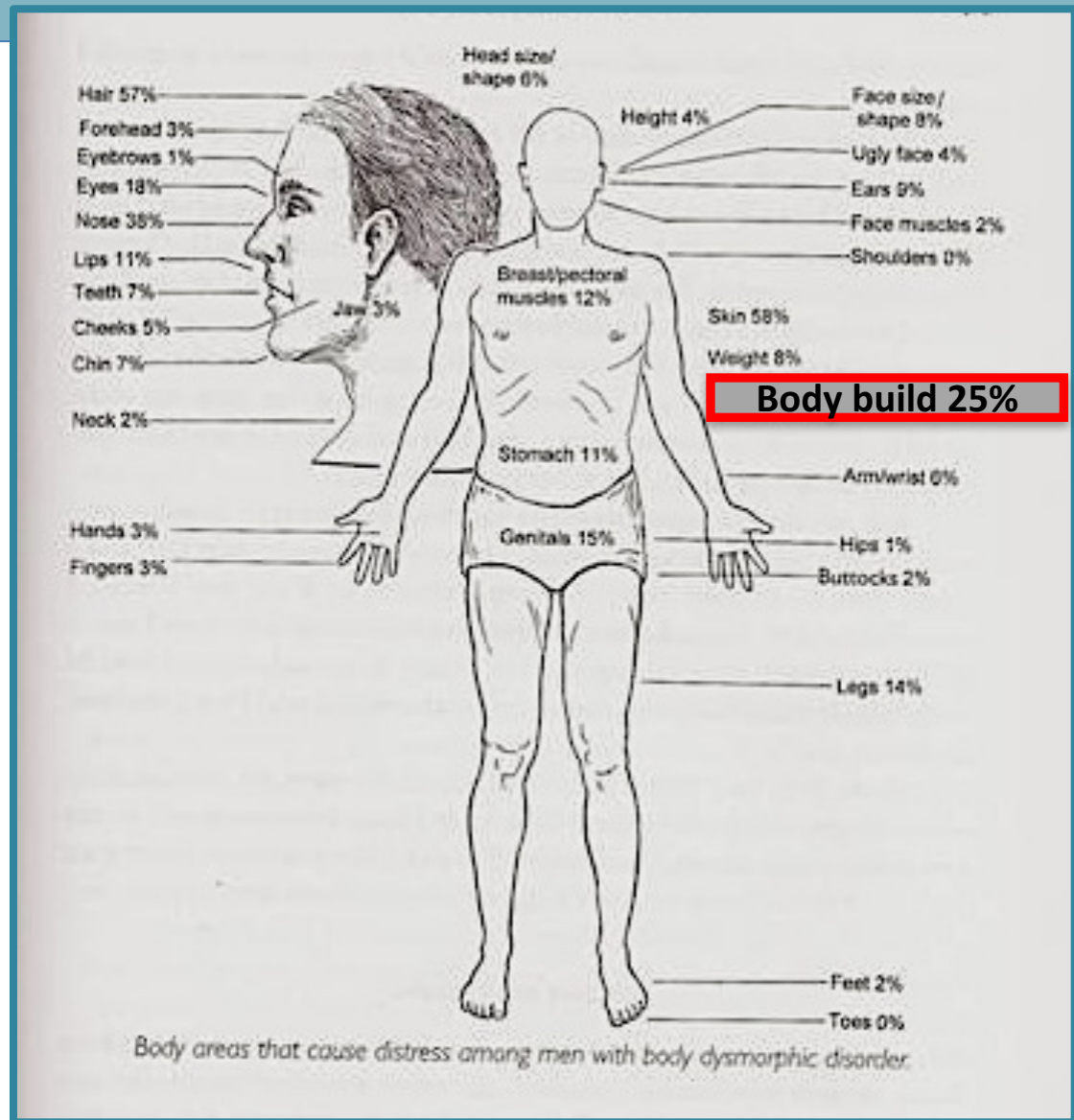
How to Identify, Treat, and Prevent
Body Obsession in Men and Boys

"Ten years after THE BEAUTY MYTH we finally understand
the relationship between society's expectation of boys and men
and how they think about their bodies."

—WILLIAM POLLACK, PH.D.,

author of REAL BOYS: RESCUING OUR SONS FROM THE MYTHS OF BOYHOOD

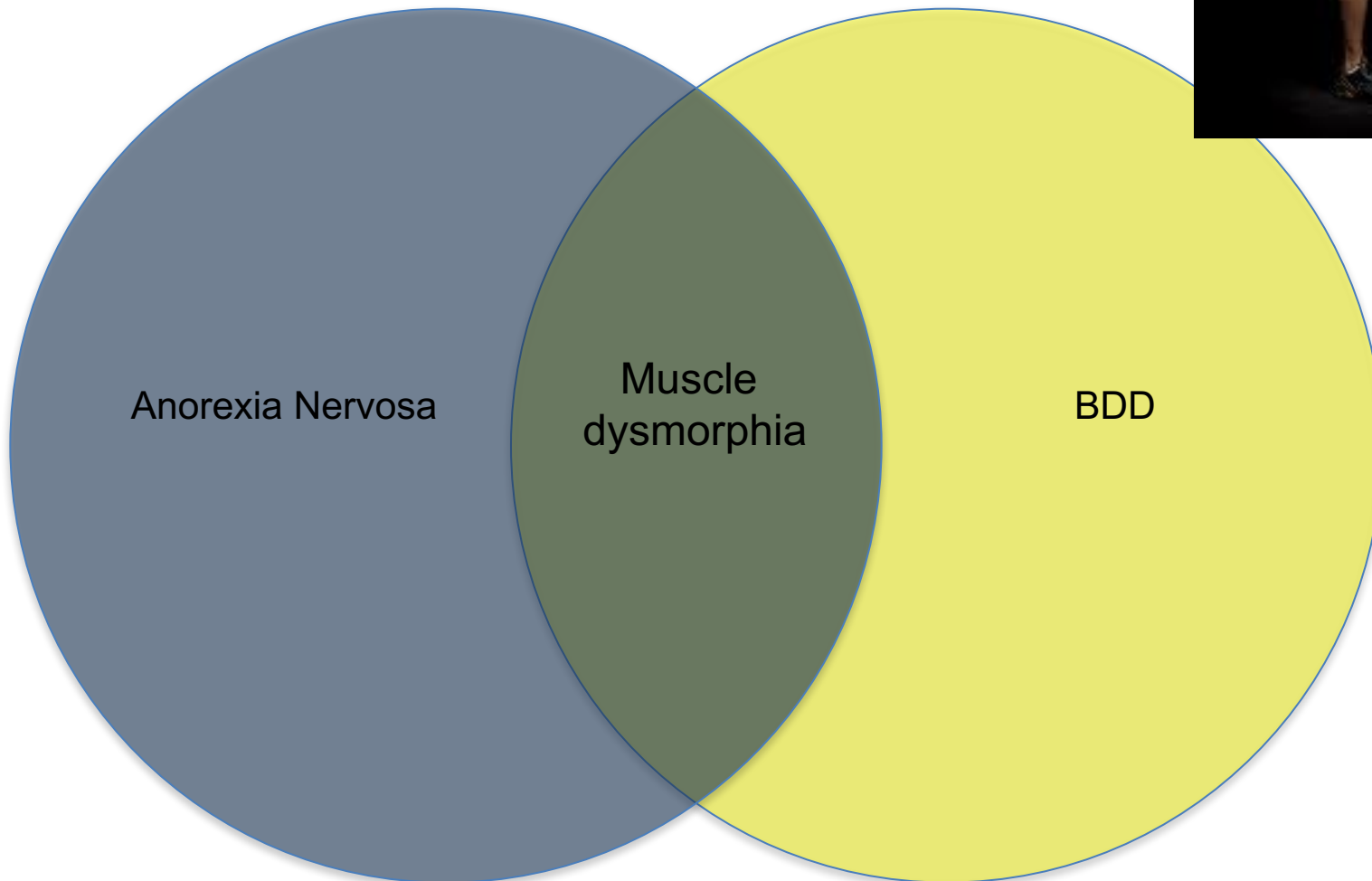
HARRISON G. POPE, Jr., M.D.,
KATHARINE A. PHILLIPS, M.D.,
ROBERTO OLIVARDIA, Ph.D.



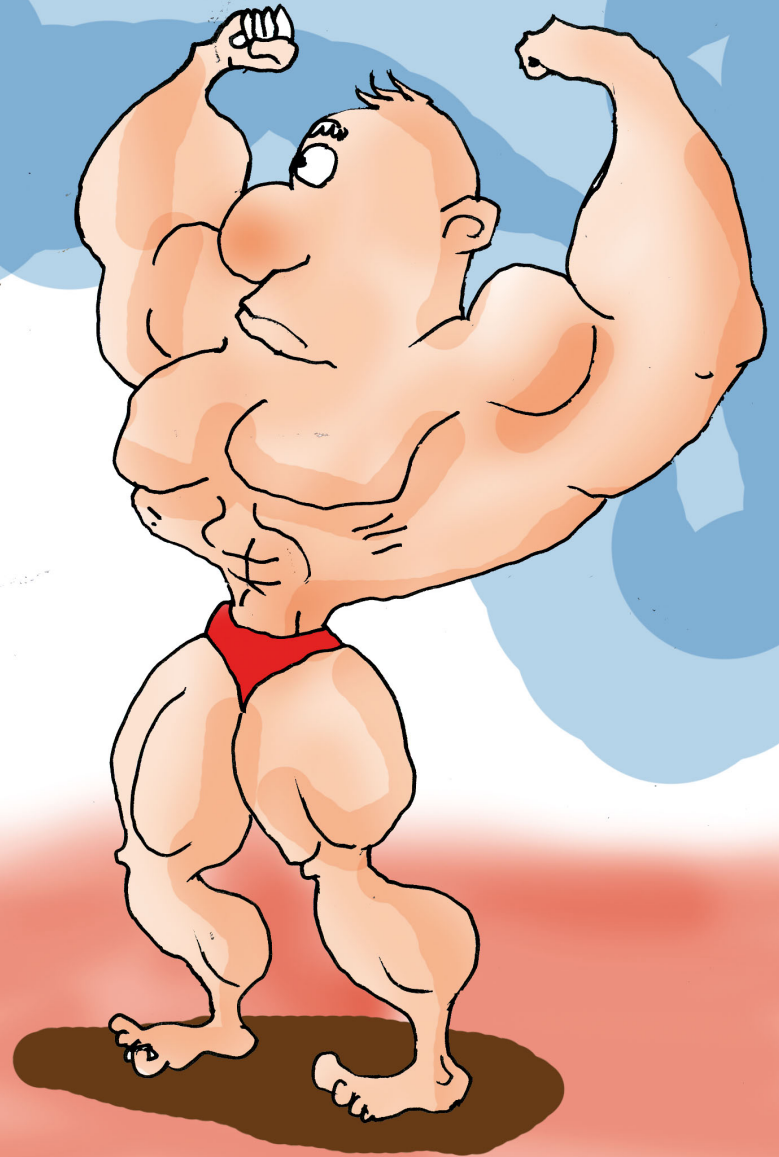
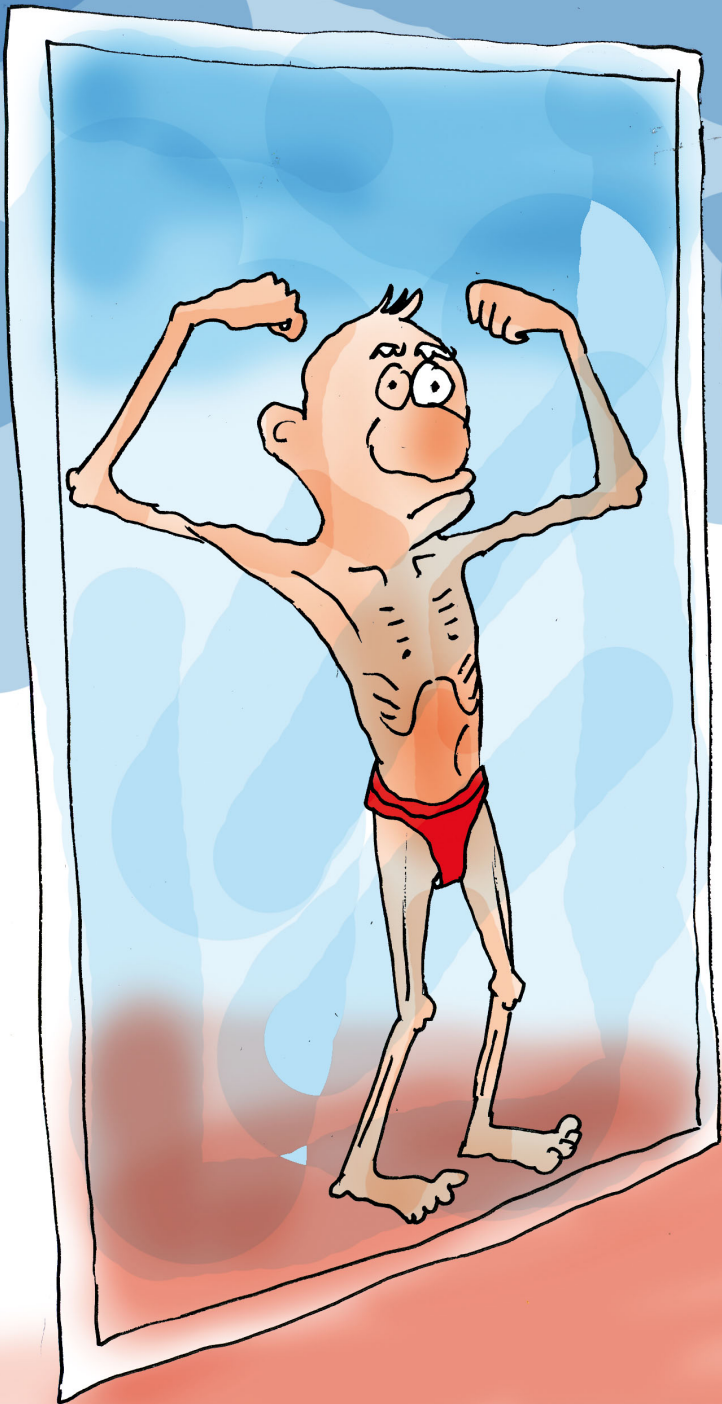
Olivardia et al., 2000

Muscle dysmorphia

Murray et al., Int J Eat Disord 2010



M
M



Hoarding disorder: a new obsessive-compulsive related disorder in DSM-5

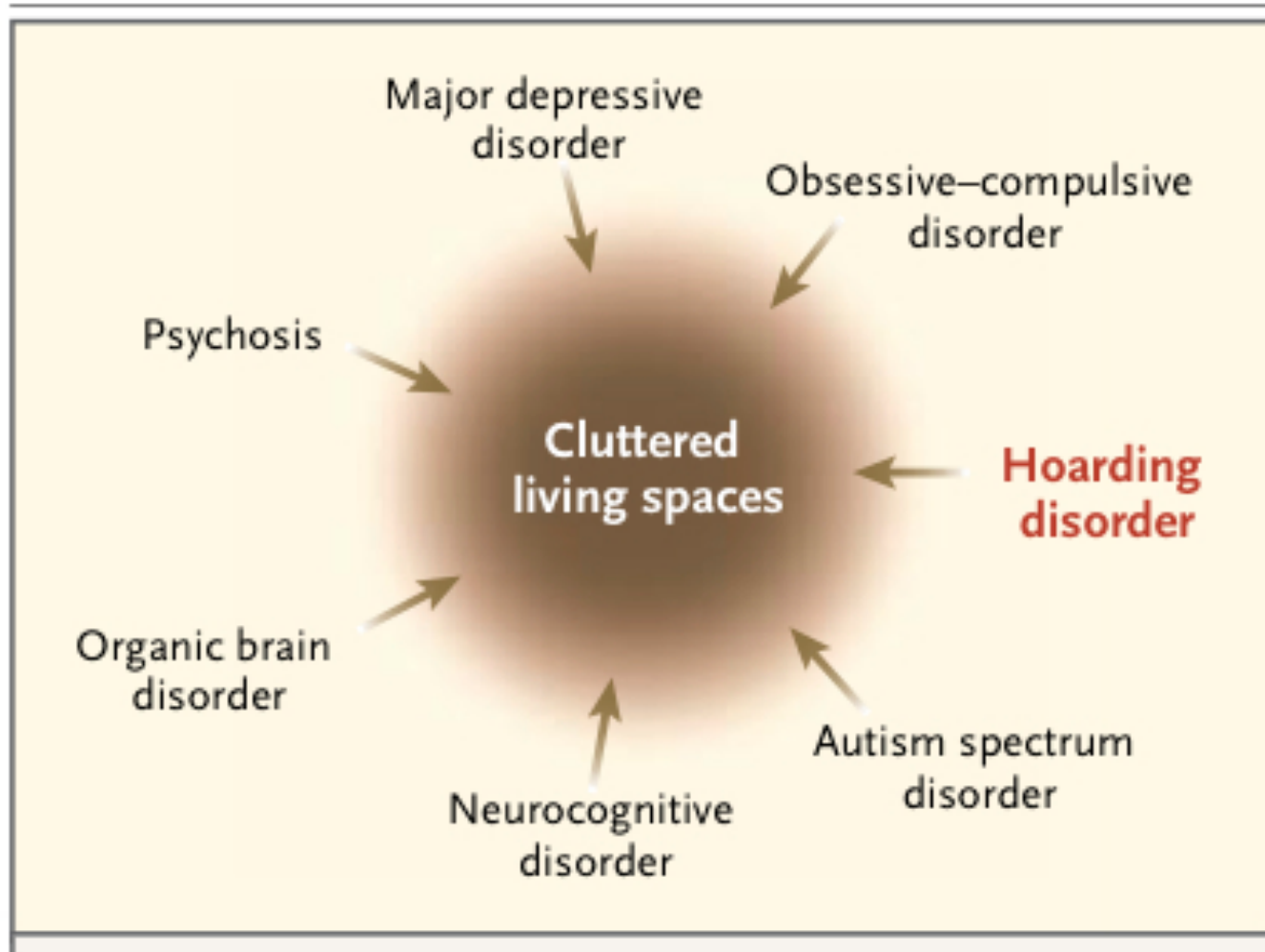
U. Albert¹, D. De Cori¹, F. Barbaro¹, L. Fernández de la Cruz², A.E. Nordsletten², D. Mataix-Cols²

TABLE I.

Prevalence of hoarding behaviours in illnesses other than OCD..

Illness	Prevalence of Hoarding Behaviours	Authors
Moderate to severe Dementia	22.6% 15-25%	Hwang et al., 1998 ¹³ Marx et al., 2003 ¹⁴
Prader-Willi syndrome Velocardiofacial syndrome	37-58% 11%	Dykens et al., 1996 ¹⁵ Gothelf et al., 2004 ¹⁶
Schizophrenia	5% 40%	Stein et al., 1997 ¹⁷ Wustmann et al., 2005 ¹⁸
Social Phobia	15%	Tolin et al., 2011 ¹⁹
GAD	29%	Tolin et al., 2011 ¹⁹
Compulsive buying	62%	Mueller et al., 2009 ²⁰

Diagnosi differenziale



Hoarding disorder: a new obsessive-compulsive related disorder in DSM-5

U. Albert¹, D. De Cori¹, F. Barbaro¹, L. Fernández de la Cruz², A.E. Nordsletten², D. Mataix-Cols²

TABLE III.

Differences between normative collecting and Hoarding Disorder^{31 36}.

	Normative collecting	Hoarding Disorder
Object content	Very focused; objects are bound by a cohesive theme, with a narrow range of object categories	Unfocused; objects lack a cohesive theme, and the accumulation contains a large number of different object categories
Acquisition process	Structured; planning, searching for items, and organising the collected items	Unstructured; lack of advance planning, focused searching and organisation
Excessive acquisition	Possible, but less common; primarily bought items acquired	Very common; estimates consistently >80%, with both free and bought items acquired
Level of organization	High; rooms are functional, and collected items are arranged, stored, or displayed in an orderly fashion	Low; the functionality of rooms is compromised by the presence of disorganised clutter
Presence of distress	Rare; for the majority of collectors, the activity is pleasurable, although for a minority, collecting may result in distress due to factors other than clutter (e.g. finances)	Required for the diagnosis; distress is often a consequence of the presence of excessive clutter, forced discarding, or inability to acquire
Social impairment	Minimal; collectors have high rates of marriage, and the majority report forming and engaging in social relationships as part of their collecting behaviour	Often severe; hoarding disorder is consistently associated with low rates of marriage and with high rates of relationship conflict and social withdrawal
Occupational interference	Rare; scores on objective measures indicate that collectors do not have clinically significant impairment at work	Common; occupational impairment increases with hoarding severity; high levels of work-based impairment have been reported

Disturbo da accumulo

DSM-5: Disturbo da accumulo – Criteri diagnostici

300.3 (F42)

- A. Persistente difficoltà di gettare via o separarsi dai proprio beni, a prescindere dal loro valore reale.
- B. Questa difficoltà è dovuta a un bisogno percepito di conservare gli oggetti e al disagio associato al gettarli via.
- C. La difficoltà di gettare via i propri beni produce un accumulo che congestiona e ingombra gli spazi vitali e ne compromette sostanzialmente l'uso previsto. Se gli spazi vitali sono sgombri, è solo grazie all'intervento di terze parti (per es., familiari, addetti alle pulizie, autorità).
- D. L'accumulo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti (incluso il mantenimento di un ambiente sicuro per sé e per gli altri).
- E. L'accumulo non è attribuibile a un'altra condizione medica (per es., trauma cranico, disturbo cerebrovascolare, sindrome di Prader-Willi).
- F. L'accumulo non è meglio giustificato dai sintomi di un altro disturbo mentale (per es., ossessioni nel disturbo ossessivo-compulsivo, ridotta energia nel disturbo depressivo maggiore, deliri nella schizofrenia o in altri disturbi psicotici, deficit cognitivi nel disturbo neurocognitivo maggiore, interessi ristretti nel disturbo dello spettro dell'autismo).

Specificare se:

Con acquisizione eccessiva

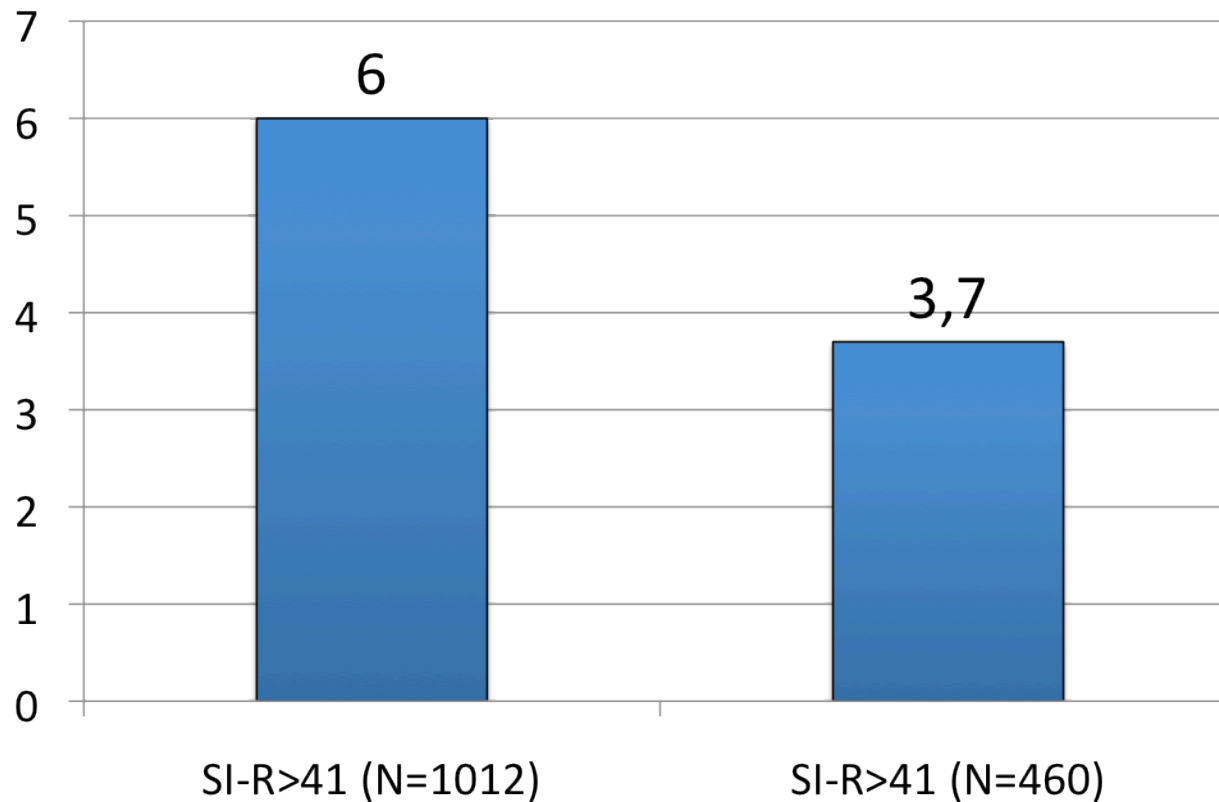
Specificare se:

Con insight buono o sufficiente

Con insight scarso

Con insight assente/convinzioni deliranti

Point-prevalence of self-reported hoarding behaviour (SI-R) in two Italian non-clinical samples



Differenze tra hoarding come dimensione sintomatologica del DOC e hoarding come disturbo indipendente (HD)

	Hoarding come dimensione sintomatologica del DOC	Hoarding come sindrome indipendente
Requisito fondamentale per la diagnosi	<ul style="list-style-type: none">• I sintomi hoarding sono secondari a ossessioni tipiche del DOC	<ul style="list-style-type: none">• I sintomi hoarding <i>non</i> sono riconducibili a sintomi ossessivo-compulsivi classici
Caratteristiche fenomenologiche	<ul style="list-style-type: none">• I comportamenti hoarding hanno una natura egodistonica: sono intrusivi e generano intensa ansia e disagio clinicamente significativo• I comportamenti di accumulo <i>non</i> sono associati a emozioni positive (piacere, eccitazione, euforia)• Il paziente <i>non</i> mostra interesse verso gli oggetti accumulati (scarso valore materiale e/o affettivo degli oggetti)• Il paziente accumula di preferenza oggetti bizzarri (per esempio spazzatura, feci, urina, unghie, capelli, pannolini usati, cibi scaduti)	<ul style="list-style-type: none">• I comportamenti hoarding hanno una natura egosintonica: l'ansia deriva <u>dall'ingombro degli spazi vitali</u> (conseguenza dell'accumulo), il disagio compare solo quando il paziente deve disfarsi degli oggetti accumulati (con sentimenti di dolore e rabbia)• I comportamenti di accumulo si <u>associano a emozioni positive</u> (piacere, eccitazione, euforia)• Il paziente attribuisce un significato emotivo oppure un valore pratico o intrinseco agli oggetti accumulati• Il paziente <i>non</i> accumula oggetti bizzarri

Tricotillomania (disturbo da strappamento di peli)

*Nome del Disturbo criticato:
“The inclusion of mania
mischaracterizes and stigmatizes
individuals who pull hair”*

DSM-5: Tricotillomania (disturbo da strappamento di peli) – Criteri diagnostici

312.39 (F63.3)

- A. Ricorrente strapparsi capelli o peli, che porta a perdita di capelli o peli.
 - B. Ripetuti tentativi di ridurre o interrompere lo strapparsi capelli o peli.
 - C. Lo strapparsi capelli o peli causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.
 - D. Lo strapparsi capelli o peli o la loro perdita non sono attribuibili a un'altra condizione medica (per es., una condizione dermatologica).
 - E. Lo strapparsi capelli o peli non è meglio giustificato dai sintomi di un altro disturbo mentale (per es., tentativi di migliorare un percepito difetto o imperfezione nel disturbo di dismorfismo corporeo).
-

Nel DSM-IV-TR era classificato all'interno dei disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove

- B. “An increasing sense of tension immediately before pulling out the hair or when attempting to resist the behavior”
- C. “Pleasure, gratification, or relief when pulling out the hair”

Trichotillomania: *habit and impulse disorder* or *OCRD*?

ICD-9 (1975)
Other disorders of
impulse control
(trichotillomania)



ICD-10 (1990)
Trichotillomania
under abnormal habit
and impulse disorders

DSM-III-R (1987)
Trichotillomania
under impulse control disorders,
not elsewhere classified



DSM-5 (2013)
Trichotillomania (HPD)
under OCRDs

Critica:

1. *Individuals with TTM rarely present with preoccupations or obsessions*
2. *Interventions used to treat TTM differ from those effective in OCD*

Trichotillomania: *habit and impulse disorder* or *OCRD*?

Triggers to pull	e.g.
Sensory cues	Hair thickness, length and location, physical sensations on scalp
Emotional cues	Feeling anxious, bored, tense, or angry
Cognitive cues	Thoughts about hair and appearance, rigid thinking, cognitive errors

Christenson & Mansueto, 1999

Pulling styles:

Automatic pulling (pulling outside the of one's awareness)

Focused pulling (pulling in response to an urge – i.e. reduce tension- impuse – i.e. experience pleasure, gratification- or negative emotional state – i.e. anxiety, depression, stress)

Flessner et al., Psychiatry Research 2012

Disturbo da escoriazione (stuzzicamento della pelle)

DSM-5: Disturbo da escoriazione (stuzzicamento della pelle) – Criteri diagnostici

698.4 (L98.1)

- A. Ricorrente stuzzicamento della pelle che causa lesioni cutanee.
 - B. Ripetuti tentativi di ridurre o interrompere lo stuzzicamento della pelle.
 - C. Lo stuzzicamento della pelle causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.
 - D. Lo stuzzicamento della pelle non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., cocaina) o di un'altra condizione medica (per es., scabbia).
 - E. Lo stuzzicamento della pelle non è meglio giustificato dai sintomi di un altro disturbo mentale (per es., deliri o allucinazioni tattili in un disturbo psicotico, tentativi di migliorare difetti o imperfezioni percepiti nell'aspetto nel disturbo di dismorfismo corporeo, stereotipie nel disturbo da movimento stereotipato o intenzione autolesiva nell'autolesionismo non suicidario).
-