

La psicoterapia del disturbo ossessivo compulsivo in età evolutiva

*Psychotherapy for obsessive compulsive disorder
in children and adolescents*

C. BUONANNO, C. PERDIGHE, F. MANCINI

*Associazione di Psicologia Cognitiva (APC), Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC srl),
Roma*

PAROLE CHIAVE. – Disturbo ossessivo compulsivo - Terapia cognitivo comportamentale -
Esposizione e prevenzione della risposta - Bambini e adolescenti - Psicoterapia
KEY WORDS. – *Obsessive compulsive disorder - Cognitive behavioral therapy - Exposure
response prevention - Children and adolescents - Psychotherapy*

Summary

Several controlled studies show that cognitive behavioral therapy (CBT) is the first line treatment for children and adolescents with obsessive compulsive disorder (OCD). A substantial body of empirical and experimental literature supports exposure plus response prevention (E/RP) as the key therapy for OCD, with particularly long lasting and stable response rate, with mean symptoms reduction rate of 50 to 85%. Moreover, a cognitive conceptualization of treatment of OCD attributes the effects of E/RP to cognitive processes that produce a progressive acceptance of threat, with subsequent reduction of investment aimed at preventing it and increase acceptance to expose oneself to growing threats and risks. Nevertheless, although there is sound experimental and empirical evidence about the effectiveness of cognitive behavioral treatments with obsessive-compulsive children and adolescents, patients are not receiving them in routine clinical care.

Introduzione

Il disturbo ossessivo compulsivo (DOC) è caratterizzato da ossessioni e compulsioni che interferiscono con il normale sviluppo cognitivo e sociale e che producono effetti negativi sulle relazioni familiari, nel rapporto con i coetanei e nelle performance scolastiche¹. Dalla letteratura emerge come tale condizione fosse in passato ritenuta rara, soprattutto nei bambini e negli adolescenti. Tale convinzione in alcuni casi ha indotto a sottovalutare l'impatto della sintomatologia, con conseguenze sulla cronicizzazione del disturbo e sul mancato accesso alla cura. In contrasto con questa convinzione, gli studi epidemiologici degli ultimi anni hanno mostrato percentuali di prevalenza che variano dall'1% in età prepuberale al 4% in adolescenza² e un'incidenza del disturbo in soggetti in età pediatrica compresa tra lo 0,5 e l'1%³, evidenziando che il DOC è da 2 a 20 volte più frequente rispetto a quanto immaginato in passato⁴. In ogni caso, stimare la prevalenza in campioni di bambini ed adolescenti può essere operazione resa difficile dalla natura dei sintomi, tenuti il più delle volte nascosti e non riferiti se non quando già estremamente gravi. In più, le stime riportate non tengono conto delle forme sub-cliniche di DOC, nonostante ci siano evidenze del fatto che gli effetti che producono sullo sviluppo sono simili a quelli delle forme cliniche^{1,5}. D'altra parte il 90% di soggetti di campioni non clinici riferisce immagini, impulsi o pensieri intrusivi e che, sul piano dei contenuti, non sono facilmente distinguibili da quelli presenti in pazienti con DOC⁶. Questo crea un'ulteriore complicazione nella valutazione della prevalenza e nel riconoscimento e, quindi, nel trattamento, del disturbo.

Sul piano fenomenico, le ossessioni che colpiscono bambini ed adolescenti sono pensieri di contaminazione, immagini violente e sensazioni corporee⁷, con circa un quarto dei soggetti che riportano ossessioni a contenuto sessuale, un quarto ossessioni a contenuto religioso ed un quarto ossessioni che coinvolgono numeri, parole o colori speciali⁸. Altre ossessioni comuni sono rappresentate da rituali mentali, come contare e ripetere parole o frasi ed ordinare e sistemare cose ed oggetti. Le compulsioni riferite da bambini ed adolescenti includono rituali di lavaggio, pulizia, checking ed ordine⁹.

Efficacia dei trattamenti nella cura del DOC

Le linee guida internazionali indicano nella terapia farmacoterapia e nella terapia cognitivo-comportamentale (TCC) i trattamenti di dimostrata efficacia e, in particolare, nell'esposizione la tecnica di elezione (*American Psychological Association*). La TCC negli studi di esito appare superiore a qualsiasi altra forma di trattamento psicoterapico, se si considera la riduzione della sintomatologia, la stabilità del cambiamento, gli effetti collaterali, il rapporto costi-benefici, il miglioramento clinico⁹. Fonagy et al.¹⁰, nel passare in rassegna i trattamenti di provata efficacia, rilevano un generale accordo tra i ricercatori nell'indicare

la TCC, e specificatamente la tecnica della esposizione e prevenzione della risposta (E/RP) come trattamento elettivo nella cura del DOC. Nel confronto con la terapia farmacologica il trattamento cognitivo-comportamentale risulta avere un'efficacia confrontabile o superiore a breve e medio termine, ma il vero vantaggio sembra essere nella stabilità del cambiamento (minori tassi di ricaduta) e nei minori effetti collaterali ^{10 11}. Nella Figura 1 sono riportati i risultati di alcuni studi di efficacia sulla TCC. Il più recente ¹¹ si riferisce a un gruppo di pazienti con DOC non selezionati rispetto alla comorbilità, alla gravità del DOC, alle terapie pregresse e al grado di compliance al trattamento, seguiti in un setting ambulatoriale privato.

Le percentuali di guarigione registrate in letteratura variano tra il 50 e l'85%, con effetti positivi che rispetto ad altri approcci terapeutici si caratterizzano per la durata nel tempo, oltre che nel produrre una modificazione sintomatica che non si traduce in uno spostamento del sintomo, ma in un cambiamento stabile, ovvero una riduzione dei sintomi che va da un minimo del 30% fino al 70% a seconda dei criteri di efficacia utilizzati nei diversi studi ¹².

Anche nel trattamento del DOC in età evolutiva la letteratura concorda nell'indicare la TCC come il trattamento di prima scelta, seguita dalla somministrazione degli SSRI ¹³. A partire dagli anni ottanta, diversi studi di efficacia hanno mostrato la E/RP come tecnica fondamentale nei programmi di TCC anche nel DOC in età evolutiva ^{14 15}. La superiorità dell'E/RP rispetto ad altri trattamenti riguarda soprattutto il mantenimento degli esiti. Fonagy afferma che "sebbene i miglioramenti ottenuti con la farmacoterapia richiedano mantenimento con i farmaci, quelli ottenuti con la TCC risultano meglio mantenuti" ¹⁰. È anche quanto stabilito dal *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* ¹⁶ britannico per il trattamento del DOC nei bambini e negli adolescenti. Le linee guida prodotte dal NICE sono state stilate sulla base dei risultati di numerosi studi, trial clinici, casi singoli e prescrivono la somministrazione di TCC che includano

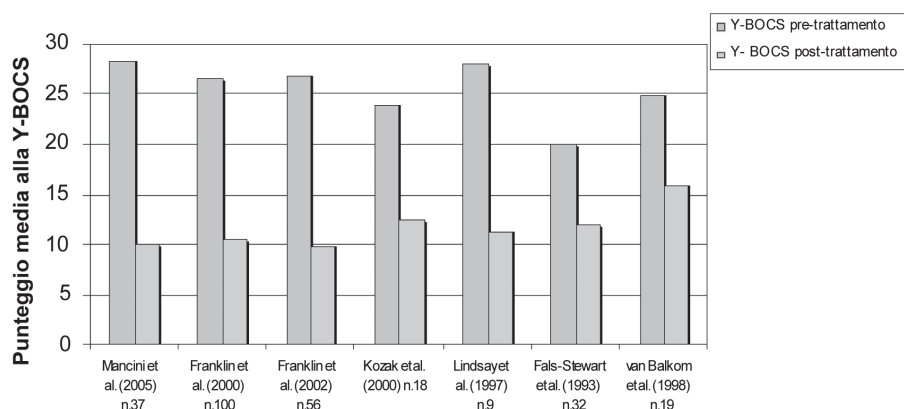


Fig. 1. Punteggi pre- e post-trattamento alla Y-BOCS in diversi studi di esito.

l'E/PR nel trattamento di pazienti con DOC in età evolutiva, raccomandando il coinvolgimento dei genitori per ottenere esiti migliori in questa età. Analoghi risultati emergono dalla metanalisi condotta da Abramowitz et al.¹⁷. Gli autori hanno esaminato 18 studi per valutare gli effetti prodotti dalla somministrazione di SSRI e di E/PR ed in particolar modo l'estensione con la quale questi trattamenti producono miglioramenti clinicamente significativi in pazienti con DOC. Dai risultati è emerso come entrambe le soluzioni producano una riduzione sintomatica, che diventa sensibile quando si prende in considerazione la sola E/PR. In altre parole, la E/PR era associata ad un effect size più ampio, oltre che ad una riduzione sintomatica maggiore rispetto alla somministrazione di soli SSRI. Inoltre, gli autori sottolineano come, se è vero che la letteratura esistente suggerisce che la somministrazione di serotoninergici riduce gli aspetti sintomatici, è vero anche che alla valutazione con la Y-BOCS la media dei bambini trattati con SSRI evidenzia sintomi di moderata gravità. Questo dato è interessante perché il grado di sintomatologia residua che accompagna la somministrazione di soli SSRI, per quanto ridotta, è tuttavia sufficiente per mantenere la diagnosi di DOC. Una metanalisi più recente¹⁸ è stata condotta su 13 studi volti a valutare l'efficacia della TCC sul DOC in età pediatrica, rispetto agli effetti prodotti dalla sola, o combinata con TCC, somministrazione di SSRI. Entrambi i trattamenti erano significativamente superiori al controllo, con la TCC che produceva un effect size più ampio. Tali risultati supporterebbero la conclusione che la TCC è il trattamento di prima scelta del DOC in età evolutiva, seguito dalla farmacoterapia.

Coerente con questa conclusione è anche lo studio multicentrico condotto su 112 pazienti (età compresa tra i 7 ed i 17 anni) dal *Pediatric OCD Treatment Study*¹³, finalizzato a valutare l'efficacia della TCC e della sertralina, da sole o combinate. Dai risultati emerge con chiarezza che i pazienti trattati con TCC nelle due combinazioni (da sola o con farmaco) mostravano un evidente e più ampio miglioramento. Inoltre erano significativamente più numerosi i pazienti in cui si poteva osservare una remissione sintomatica tra coloro che avevano ricevuto solo la TCC, rispetto a coloro che avevano ricevuto solo la terapia farmacologica.

L'efficacia della E/PR è stata, infine, dimostrata anche dagli studi di neuroimaging, laddove analogamente all'azione dei farmaci, la E/PR produceva una riduzione del metabolismo del nucleo caudato, regione che svolge una funzione centrale nella genesi del DOC¹⁹⁻²¹. In questa direzione lo studio di Baxter et al.¹⁴, dai risultati del quale è emerso come sia il trattamento farmacologico con fluoxetina sia la terapia comportamentale siano in grado di produrre una diminuzione significativa del flusso ematico nella testa del nucleo caudato destro. In più, la modifica del metabolismo era riscontrabile solo nei pazienti che rispondevano a questo tipo di terapie e non negli altri. Le linee guida tracciate da March et al. nel 1997 (*Expert Consensus Guidelines*)²² descrivono la E/PR come il trattamento di prima scelta per tutti i bambini in età prepubere che hanno ricevuto per la prima volta diagnosi di DOC e per gli adolescenti con forme lievi o moderate. Anche queste linee guida indicano che il trattamento in molti casi dovrà prevedere il

coinvolgimento di genitori e parenti. Tuttavia, nonostante i risultati apprezzabili raggiunti in termini di efficacia, Lakatos e Reinecker²³ hanno messo in luce come uno dei dati negativi legati alla somministrazione di tale procedura sia rappresentato dalla percentuale di pazienti (12-15%) che si rifiutano di sottoporsi al trattamento o lo interrompono. Una percentuale aggravata sia dai tassi di ricadute che oscillano tra il 20 ed il 30%, sia dall'osservazione che alcuni soggetti non sembrano trarre un vantaggio a lungo termine, oltre che dai limiti di applicabilità nei soggetti con ossessioni pure o con un disturbo depressivo in comorbilità.

I risultati degli studi condotti sugli effetti della D-Cicloserina potrebbero rappresentare una risposta alle difficoltà relative all'efficacia della EPR. Wihlelm et al.²⁴ hanno dimostrato come l'uso della D-Cicloserina, un agonista parziale dei recettori NMDA (N-metil-D-aspartato), aumenti l'efficacia della TCC. In particolare, nel corso di uno studio randomizzato in doppio cieco, i pazienti a cui era stata somministrata D-Cicloserina un'ora prima della partecipazione alla procedura di esposizione mostravano una sensibile riduzione della severità dei sintomi rispetto al gruppo di controllo. Il coinvolgimento dei recettori NMDA nell'estinzione della paura ha prodotto un considerevole numero di ricerche che suggeriscono come gli agonisti dei recettori NMDA, come la D-Cicloserina, possano aumentare gli effetti in termini di estinzione.

L'esposizione e prevenzione della risposta: procedure e meccanismi di azione

La procedura di esposizione con prevenzione della risposta usata nel trattamento del DOC in età evolutiva è quella classica, nelle sue diverse varianti: esposizione graduale o prolungata alle situazioni temute, coniugata alla prevenzione della risposta, ovvero al blocco delle normali risposte messe in atto dal paziente (evitamenti e rituali covert e overt). La procedura può essere applicata per immagini o in vivo. Nello specifico l'esposizione è una tecnica che consiste nel mettere un soggetto in contatto con uno stimolo o situazione che elicit disagio per un lasso di tempo maggiore a quello che il paziente normalmente tollera; ad esempio si chiede ad un soggetto che ha tra i suoi sintomi quello di evitare di toccare le maniglie delle porte, di toccare una maniglia e di mantenere il contatto per 2 minuti. La sperimentazione dell'ansia, o disagio, è negli obiettivi della tecnica, quindi viene facilitata dal terapeuta (al contrario per esempio di quello che avviene nella desensibilizzazione), che evita durante l'esposizione ogni intervento di rassicurazione o comunque teso a ridurre l'intensità dell'ansia. La prevenzione della risposta è una tecnica che consiste nel bloccare l'emissione dei comportamenti sintomatici (normalmente messi in atto dal paziente) dopo il contatto con la situazione ansiogena; riprendendo l'esempio precedente, si chiede al paziente di non lavare le mani dopo aver toccato la maniglia per un ora. Il comportamento sintomatico deve essere bloccato per un tempo maggiore rispetto quello in cui il paziente è "naturalmente" capace di procrastinare la risposta; se ad esempio il paziente è normalmente "capace" di non lavarsi le mani per un

ora dopo aver toccato la maniglia, la prescrizione di non lavarsi per un ora è inutile. Perché la procedura funziona è importante bloccare anche i rituali mentali (covert), come per esempio mantenere durante l'esposizione riserve mentali del tipo "sto toccando la maniglia, ma se il terapeuta me lo fa fare è perché non c'è davvero un rischio".

In ambito comportamentista²⁵, l'efficacia della procedura è spiegata ricorrendo alle leggi dell'apprendimento: la riduzione dell'ansia si realizza per effetto del contatto prolungato con lo stimolo ansiogeno; la prevenzione dei comportamenti abituali è una delle condizioni per creare il contatto con l'ansiosità dello stimolo. La riduzione dell'ansia (e dei conseguenti comportamenti tesi a evitarla o ridurla) è spiegata come effetto dell'abituazione: si è osservato che se un soggetto è esposto sufficientemente a lungo (per durata o frequenza) a uno stimolo ansiogeno, la risposta d'ansia si riduce fino all'assenza di risposta d'ansia²⁵. La prevenzione della risposta è, invece, concettualizzata come una procedura basata sui principi del condizionamento operante: ci si attende l'estinzione di una condotta (il sintomo) ove questo non sia seguito da un rinforzo negativo (la riduzione dell'ansia successiva all'emissione del sintomo). Dunque se si impedisce "sufficientemente a lungo" ad un soggetto di compiere i rituali che prevengono o riducono l'ansia, questi non avranno più ragione di essere emessi, una volta che l'ansia si è estinta per assenza di rinforzo²⁶.

Alla luce delle prove sperimentali, tuttavia, questi processi indicati come i meccanismi d'azione dell'E/RP appaiono non sufficientemente convincenti²⁷. Il principale meccanismo che sottende l'efficacia della procedura è spiegato con il fatto che ripetute esposizioni sono associate ad un calo dell'ansia per effetto di un processo di abituazione; tuttavia, la letteratura relativa all'utilizzo della tecnica con pazienti con fobie specifiche²⁷ chiarisce come la riduzione dei livelli d'ansia nel corso dell'esposizione non è sufficiente ad indicare nell'abituazione il fenomeno che spiega l'efficacia dell'esposizione stessa. Sappiamo, infatti, che l'abituazione ha due caratteristiche che non si riscontrano tra gli effetti dell'esposizione: la breve durata e il problema della ripresentazione dello stimolo. In altre parole, dopo le ripetute esposizioni, i soggetti si abitueranno agli stimoli ma per periodi di tempo particolarmente brevi²⁸, un fenomeno non sovrapponibile agli esiti a lungo termine prodotti grazie al ricorso alla E/PR. Inoltre, anche se nei soggetti sottoposti a trials di abituazione massiva si osservano effetti più duraturi, il tempo di mantenimento degli effetti positivi non supera le tre settimane²⁹. In secondo luogo, alla ripresentazione di un nuovo o più intenso stimolo, consegue disabituazione, ovvero un aumento della forza della risposta e, dunque, una ri-sensibilizzazione, con il ripristino delle risposte difensive e l'inversione degli effetti della abituazione²⁹. In sintesi, se l'E/RP funzionasse per abituazione dovremmo osservare effetti di durata molto limitata e frequenti sensibilizzazioni per contatto con nuovi stimoli fobigeni²⁷.

In risposta a questi problemi di concettualizzazione, in ambito cognitivista la procedura di E/PR viene impiegata con un rationale coerente con i presupposti

della terapia cognitiva: l'effetto atteso è il cambiamento delle convinzioni, delle valutazioni disfunzionali e degli scopi che regolano l'attività ossessiva. L'E/PR consente infatti:

- una sfida alle convinzioni: il soggetto viene esposto alle situazioni che lo spaventano con l'effetto di porre a verifica dei fatti le proprie credenze riguardo la pericolosità degli stimoli e la necessità di attuare i rituali e gli evitamenti stessi;
- il blocco dei meccanismi di mantenimento, come il ragionamento emozionale (se fatto il rituale l'ansia si riduce, il rituale serve a prevenire il pericolo); il mood congruety effect (le emozioni orientano lo stato mentale: se provo ansia, mi vengono in mente prove a favore dell'ipotesi di pericolo, ricordi coerenti ecc.).

Come da noi stessi suggerito²⁷ l'E/RP consente un cambiamento cognitivo nei confronti non solo della specifica situazione temuta, ma facilita anche un cambiamento di attitudine mentale nei confronti della minaccia in sé; in particolare l'E/RP, se il terapeuta la somministra in modo adeguato, facilita nel paziente l'accettazione di un grado più alto di minaccia e della impossibilità di azzerare il rischio (ovvero la rinuncia a privilegiare un atteggiamento iper-prudenziale). Esponendo il paziente al contatto con la situazione temuta (le maniglie delle porte e il conseguente rischio di infettarsi un agente patogeno, per esempio), e bloccando i rituali (lavaggio delle mani, per esempio), non solo gli si fa sperimentare che il contatto con la maniglia non gli causa un danno e che il disagio dopo un po' si riduce, ma anche che è possibile (o almeno inevitabile) accettare l'esposizione a un certo grado di rischio che la minaccia si realizzi (il paziente, se istruito correttamente, sa che nel toccare la maniglia non può escludere al 100% la possibilità che siano presenti agenti patogeni e che, in conseguenza a ciò, si ammali).

Alcune osservazioni cliniche, infatti, suggeriscono che la differenza tra una E/RP efficace ed una inefficace sia ascrivibile a differenti stati mentali ed in particolar modo ai livelli di minaccia che il paziente è disposto ad accettare²⁷. Ad esempio, se un paziente durante la terapia si espone e non mette in atto i rituali, seguendo alla lettera le istruzioni del terapeuta, ma con la riserva mentale che metterà in atto i rituali più tardi, quando tornerà a casa, allora è assai probabile che l'efficacia della E/RP sia vanificata o almeno grandemente ridotta, nonostante la E/RP sia realizzata a regola d'arte. Dunque l'efficacia della E/RP dipende non tanto dalla realizzazione meccanica delle esposizioni e delle astensioni dai rituali quanto piuttosto dallo stato mentale del paziente, che dovrebbe essere di maggiore accettazione del pericolo paventato. Infatti, se il paziente non accetta i pericoli che per lui derivano dall'esporsi senza prendere provvedimenti, ma mantiene l'intenzione di proteggersi, come accade nel caso in cui si espone e procrastina i rituali, allora la procedura sembra essere assai meno efficace.

Il trattamento del DOC in età evolutiva: un protocollo di trattamento cognitivo-comportamentale

Scopo del trattamento del DOC in età evolutiva è, come per l'età adulta, la riduzione dei rituali e degli evitamenti, sia overt che covert, idealmente fino alla loro totale e duratura estinzione. L'aspetto centrale del trattamento è l'E/RP, con una procedura simile a quella usata con gli adulti. Come spesso accade con i pazienti adulti, è previsto il coinvolgimento dei familiari nel trattamento; in alcuni casi il trattamento può essere somministrato attraverso i genitori, che diventano coterapeuti, senza il diretto coinvolgimento del bambino in terapia.

Il programma di trattamento applicato presso il nostro centro è in grande parte sovrapponibile al protocollo di Wagner³⁰, arricchito con alcuni interventi strettamente cognitivi che derivano dalle ricerche sul ruolo del timore di colpa e del disgusto nella genesi e mantenimento del disturbo³¹. Il protocollo messo a punto da Wagner³⁰ consente di affrontare le difficoltà che si incontrano nel trattare pazienti con DOC in età pediatrica ed è stato sviluppato per adattare la E/RP a bambini ed adolescenti, aumentare la disponibilità al trattamento ed aumentare la tolleranza all'ansia. Prevede 4 fasi, si realizza in circa 20 sessioni ed include tecniche sia cognitive, sia comportamentali.

Prima di descrivere il trattamento nel dettaglio vediamo quali sono le peculiarità del trattamento del disturbo in età evolutiva, partendo dal caso di un nostro paziente: Paolo, 9 anni, presenta una sintomatologia ossessiva centrata su rituali tesi all'azzeramento del rischio che "la mamma diventi cattiva" e di "essere odiato" a causa di suoi pensieri (del tipo "adesso va di là e non torna mai più") che seguono ogni avvicinamento o allontanamento della mamma da lui. I rituali consistono principalmente in particolari movimenti ripetuti con la testa e in vocalizzi, emessi in risposta a ogni avvicinamento e allontanamento della mamma, e in richieste di rassicurazione; il bambino vive con colpa i rituali, sapendo che "danno fastidio a mamma" e fa di tutto per nasconderli. La mamma reagisce ai rituali con preoccupazione (teme di aver trasmesso al figlio il "gene della malattia mentale" della sua famiglia di origine), che spesso si trasforma in tentativi rabbiosi di sopprimere i comportamenti sintomatici attraverso aspri rimproveri a Paolo. Queste reazioni esacerbano il disturbo, dal momento che Paolo vede in queste reazioni "l'odio" della mamma, che rende necessari ulteriori rituali. La mamma chiede un consulto per il timore che il figlio sia schizofrenico.

Questo caso secondo noi illumina diversi aspetti importanti del trattamento del DOC in età evolutiva. Innanzitutto il trattamento di un bambino o adolescente è un trattamento multi-setting, dal momento che nella gran parte dei casi parte della terapia avviene con e attraverso uno o più familiari; a volte è necessario coinvolgere anche insegnanti e altre figure significative. Una seconda peculiarità legata alla prima, forse la più importante, riguarda la compliance al trattamento di un bambino o adolescente: è difficile che un bambino o un adolescente chiedano

di essere presi in carico per una terapia. Nella maggior parte dei casi la richiesta e i primi contatti con il terapeuta avvengono attraverso i genitori; di più, spesso i sintomi sono vissuti come un problema dai genitori, più che dai giovani pazienti; questi il più delle volte risulteranno più motivati a migliorare o a sviluppare nuove strategie di evitamento dei timori ossessivi, piuttosto che sottoporsi a procedure che implicino la mobilitazione di un certo grado di tolleranza all'ansia³². Come Paolo spiegò alla mamma "a me non dà fastidio piegare la testa ogni volta che ho certi pensieri; mi dà fastidio il fatto che tu non mi vuoi più bene e diventi cattiva con me quando mi vedi piegare la testa e quindi mi tocca farlo di nascosto". Il sintomo, in altri termini, può non essere vissuto con disagio dal paziente, che invece, spesso, sperimenta disagio per alcune conseguenze interpersonali del disturbo. D'altra parte anche la compliance del genitore spesso è inadeguata, nel senso che è orientata a scopi del genitore, come rassicurarsi sul proprio essere un bravo genitore, piuttosto che alla riduzione del disagio del paziente. Nella prima fase del trattamento, dunque, sarà cruciale per l'efficacia della cura, prima definire, sia con il paziente che con le altre figure coinvolte, gli obiettivi della terapia, poi fare interventi nella direzione della definizione di un contratto e motivazione del giovane paziente e delle altre figure coinvolte. Nel caso di Paolo, per esempio, un passo importante del trattamento è stato motivare la mamma a tollerare senza reagire i sintomi del figlio, oltre che l'associato timore che il figlio fosse pazzo come la sua famiglia, così da interrompere i circoli viziosi attivati dalle sue reazioni aggressive. Al problema della compliance c'è da aggiungere la frequente difficoltà a riferire il contenuto dei sintomi, vissuti con grande segretezza e spesso associati a sentimenti di colpa e vergogna; benché possa riguardare anche gli adulti, si tratta di un fenomeno tipico dell'età pediatrica. La difficoltà a riferire il contenuto dei pensieri e delle preoccupazioni ossessive interferisce non solo con la diagnosi, ma anche con l'assessment del disturbo e con la pianificazione dell'intervento. Un'ulteriore complicazione è legata al fatto che le differenze di sviluppo legate a fattori come l'età, la maturità, le abilità concettuali e lo sviluppo del linguaggio possono interferire con la somministrazione della TCC nei bambini³². Infine, e non di minor importanza, un intervento in tale fascia d'età non può escludere la considerazione del contesto familiare nel quale si sviluppa il disturbo. Con una certa frequenza, infatti, i bambini con DOC tendono a coinvolgere i familiari nelle fasi di esecuzione dei rituali o chiedono ripetutamente rassicurazioni ed assistenza nell'evitamento degli stimoli temuti, con conseguente espressione di aggressività nei casi di rifiuto da parte degli altri membri della famiglia che, frequentemente, attivano cicli interpersonali patologici.

Il trattamento prevede quattro fasi principali: l'assessment, contratto e motivazione, l'E/RP e la prevenzione delle ricadute. La prima è principalmente una fase di assessment che, oltre alla diagnosi, ha come scopo la ricostruzione e condivisione del funzionamento del disturbo, con la diretta collaborazione del paziente, che non solo è la principale fonte d'informazioni, ma è coinvolto in attività di auto-osservazione fuori dalla seduta. Lo scopo che sottende questa

fase è triplice: consente di pianificare razionalmente l'intervento terapeutico e di creare un linguaggio condiviso; consente al paziente di dare un senso al suo disturbo e questo non solo riduce il disagio, ma può produrre un immediato miglioramento sintomatologico; facilita la costruzione dell'alleanza terapeutica in quanto fa sentire il paziente compreso nei suoi timori (il terapeuta è in grado di rendere al paziente direttamente leggibile il proprio comportamento) e direttamente coinvolto nel trattamento. La ricostruzione del disturbo implica non solo la ricostruzione degli stati mentali che regolano la sintomatologia, ma anche la comprensione del ruolo giocato dal disturbo nei differenti contesti (scuola, famiglia, coetanei). Le domande alle quali i clinici sono chiamati a rispondere riguardano la funzione dei rituali nella riduzione dell'ansia e cosa succede se al paziente viene impedita l'emissione del rituale. Le risposte saranno utilizzate dal terapeuta per pianificare un intervento non finalizzato esclusivamente alla riduzione degli aspetti sintomatici, ma indirizzato a modificare tutti quei domini che nel corso del disturbo hanno subito l'influenza della sintomatologia (capacità sociorelazionali, autostima, funzionamento scolastico). Inoltre, il terapeuta dovrà tener conto della frequenza con la quale si riscontrano situazioni come la Depressione in comorbilità, i conflitti familiari, sentimenti di colpa e vergogna sia nei bambini, sia nei genitori che contribuiscono ad aggravare il disturbo. La seconda fase è quella di pianificazione e preparazione all'implementazione del trattamento. Ad essa è necessario dedicare circa 3 sessioni, durante le quali la preparazione al trattamento coinvolge genitori e bambini. Oltre ai problemi di compliance, è importante considerare che le famiglie che si rivolgono al clinico arrivano in prima consultazione in uno stato di crisi, con la necessità e l'urgenza di un sollievo immediato. In più, all'inizio i bambini sono sopraffatti dal disturbo e non hanno mezzi per considerare la TCC come strumento utile al miglioramento del proprio stato. Uno degli errori da non commettere, quindi, è pianificare la terapia senza aver tenuto conto degli stati mentali del paziente e dei genitori, ed esercitare pressioni che potrebbero contribuire soltanto ad incrementare un già presente senso di fallimento; per questo motivo in questa fase è fondamentale definire in modo chiaro gli obiettivi del trattamento sia con i genitori che con il paziente, e sulla base di questi fare il contratto. Un modo per aumentare la collaborazione al trattamento, e in particolare alla parte più difficile ovvero l'esposizione, è fornire informazioni e spiegazioni chiare sul funzionamento del disturbo e sul rationale e procedura dell'esposizione. La terza fase è quella della esposizione e prevenzione della risposta. Nel corso di tale fase, si procede alla somministrazione della E/RP che si articola in 4-15 sessioni a seconda del caso specifico. La procedura è stata denominata Salire e scendere con la bicicletta lungo la "collina del timore-preoccupazione", un espediente sviluppato per spiegare ed implementare la TCC con un linguaggio adeguato all'età³⁰; è un modo per esprimere ai bambini la relazione che intercorre tra l'esposizione e la riduzione dell'ansia, senza il ricorso a condotte di evitamento. Dopo aver costruito una gerarchia delle situazioni a cui esporre il paziente, inizialmente i pazienti sono chiamati a riconoscere i pensieri

ossessivi e, successivamente, ad esporsi gradualmente alle situazioni temute. I successi ottenuti lungo ogni singolo passaggio rappresentano il rinforzo ad esporsi ai passaggi successivi. Le ultime fasi del trattamento sono dedicate ad interventi tesi a ridurre la vulnerabilità al DOC e alla prevenzione delle ricadute. Al fine di prevenire che una episodica e normale ripresentazione dei sintomi sia assunta come il segnale di una propria inguaribilità e attivi meccanismi che facilitano una vera e completa ricaduta nel disturbo, viene prevista e normalizzata la possibile ripresentazione di sintomi e vengono identificati i segnali precoci di rischio di ricaduta e le possibili strategie di fronteggiamento, così da aumentare il senso di efficacia del paziente e la reale capacità di affrontare nuovi episodi sintomatici. In questo modo, anche in presenza di una recrudescenza sintomatica, se preparati, genitori e bambini saranno pronti a fornire a simili eventualità risposte produttive e saranno meno inclini a demoralizzarsi.

Al programma di trattamento descritto si affiancano anche tecniche di cambiamento più strettamente cognitive; in particolare interventi di ristrutturazione cognitiva vengono usati per favorire operazioni di distanziamento dai sintomi, per aumentare la motivazione e favorire la gestione degli intensi stati d'ansia che compaiono nel corso della EPR²⁶. Lungo questa strada, ai pazienti si può insegnare a riconoscere ed identificare emozioni, impulsi e pensieri intrusivi, incoraggiandoli a stimare la probabilità con cui gli eventi temuti potrebbero realizzarsi.

Come anticipato, parte integrante della terapia del bambino con DOC prevede l'intervento con genitori e familiari, o anche altre figure significative come la baby sitter o gli insegnanti. Nel caso di Paolo, per esempio, il trattamento è stato praticato tutto attraverso istruzioni date alla mamma; il paziente è stato visto solo in fase di assessment e di valutazione finale. L'intervento è costruito sulla base di obiettivi specifici: ridurre le condotte che rinforzano le condotte di evitamento del bambino, ridurre l'espressione di ostilità e criticismo relativamente ai sintomi, promuovere il ricorso a strategie di problem solving adeguate, aiutarli a comprendere il ruolo che possono svolgere come modello nell'affrontare le circostanze temute³. In genere, nelle fasi iniziali della presa in carico, i genitori vengono sottoposti ad interventi di psicoeducazione che consistono nel fornire informazioni sul DOC, correggere le attribuzioni erranee sui sintomi, insegnare a discriminare i comportamenti sintomatici da quelli che non lo sono, descrivere nel dettaglio le varie fasi della terapia. Tali interventi hanno come finalità quella di ridurre la rabbia e la colpa, emozioni frequenti nelle famiglie di pazienti con DOC. In questi casi, il terapeuta può presentare il DOC e l'ansia come problemi relativamente comuni, descrivere il valore adattivo dell'ansia e svelare quali caratteristiche abbia la normale risposta d'ansia. Successivamente, il terapeuta spiega il razionale della terapia, con finalità che vanno da una maggiore comprensione del problema al tentativo di massimizzare la compliance. In questa fase, è necessario spiegare che se è vero che l'emissione dei rituali è accompagnata da un crollo dell'ansia, dall'altro tale meccanismo aumenta la forza delle condotte sintomatiche e che l'ansia in realtà decresce anche quando si rinuncia a mettere

in atto comportamenti di neutralizzazione, ma con esiti caratterizzati da una maggiore stabilità e con il risultato di una contemporanea riduzione nel tempo della comparsa dei pensieri intrusivi. L'intervento sui genitori dovrà comprendere una fase ulteriore, durante la quale aiutarli a svincolarsi dalle condotte sintomatiche del figlio, riflettendo sulla necessità di interrompere i circoli viziosi cui potrebbero fornire un inconsapevole contributo. Ad esempio, è facile osservare come allo scopo di ottenere la rassicurazione del bambino, i genitori aderiscano alle sue richieste, comprando più saponi o asciugamani o fornendo rassicurazione ai dubbi di aver contratto malattie dopo aver toccato qualcosa. I genitori, in questi casi, avranno il compito di incoraggiare il bambino a resistere alle ossessioni e ad applicare le tecniche imparate nel corso del trattamento ²⁶. Il problema contrario può presentarsi qualora durante alcune fasi del trattamento i genitori spingano il bambino ad esporsi agli eventi temuti prima che questi sia pronto, aumentando i rischi di resistenza al trattamento.

Prospettive future di intervento

Le teorie cognitive hanno dimostrato come il ruolo di contenuti e processi cognitivi siano centrali nell'eziologia e nel mantenimento del DOC. In particolare, i dati sperimentali suggeriscono che 1) ossessioni e compulsioni siano finalizzate a prevenire colpe e contaminazioni e che 2) tale stato implichi un'attività mentale che tende a mantenere e ad amplificare il timore di colpe e contaminazioni.

Timore di colpa, timore di contaminazioni ed ossessioni: prove empiriche e prove sperimentali

Le prove empiriche hanno confermato il ruolo che la responsabilità riveste nella genesi e nel mantenimento del disturbo, con risultati che evidenziano una correlazione tra responsabilità e comportamenti ossessivo-compulsivi sia in soggetti clinici ³³, sia in campioni non clinici ³⁴. Altre ricerche hanno chiarito il ruolo attribuibile ai fenomeni in esame, dimostrando come il timore di colpa e l'elevato senso di responsabilità siano predittivi della tendenza a sviluppare ossessioni e compulsioni ³⁵⁻³⁷. Alle testimonianze di natura empirica si associa la mole di studi sperimentali che hanno dimostrato come la riduzione della responsabilità in pazienti ossessivi produca una diminuzione della preoccupazione, oltre che dell'urgenza di eseguire rituali di controllo. A questo proposito, ad esempio, Lopatcka e Rachman ³⁸ hanno dimostrato come gli stati d'angoscia e d'urgenza relativi alla necessità di emettere compulsioni diminuisce manipolando la responsabilità percepita nei pazienti. Di maggior interesse i risultati delle ricerche condotte manipolando responsabilità e senso di colpa in campioni non clinici dai quali è emerso come l'incremento del senso di responsabilità ed, in particolare, del timore di colpa produca la comparsa di comportamenti simil-ossessivi, come

esitazioni, controlli ripetuti e prolungati, oltre che reazioni emotive tipiche come il senso di incertezza, l'ansia e la forte dubbiosità³⁹. Altro scopo che regola l'attività ossessiva è il timore di contaminazioni ed, in particolare, di contaminazione da sostanze disgustose, anche se innocue per la salute⁴⁰. In questo senso, i risultati di numerose ricerche convergono nel dimostrare che la sensibilità al disgusto sia caratteristica specifica dei soggetti con ossessioni e compulsioni e non caratteristica esclusiva di sottotipi come i washer⁴¹. A sostegno di quanto detto, le osservazioni cliniche ed i dati sperimentali che suggeriscono come il timore di colpa ed il timore di contaminazione siano entrambi subordinati al timore di diventare oggetto di disprezzo rabbioso da parte di persone significative¹¹. Analizzando i dati di una ricerca condotta da Mancini et al.¹¹, sembra che i pazienti ossessivi siano particolarmente sensibili ad un'espressione facciale riconoscibile e dalle caratteristiche precise. Il significato immediatamente attribuibile a tale espressione è quello del disprezzo rabbioso.

Il timore di colpa e la sovrastima della minaccia

Gli studi condotti su campioni di pazienti o su soggetti normali hanno dimostrato come l'induzione di senso di responsabilità e di forte timore di colpa per irresponsabilità modifichi la percezione del pericolo e le aspettative di danno. Ad esempio, in una ricerca condotta su soggetti non clinici, Menzies et al.³⁴ hanno sperimentalmente dimostrato come l'attribuzione di gravità di un esito negativo cresce se i soggetti si ritengono responsabili dell'esito stesso, una stima che invece diminuisce se attribuiscono la responsabilità ad altri. Inoltre, indurre sperimentalmente la riduzione del senso di responsabilità in pazienti ossessivi implica la diminuzione della stima che l'evento in questione accada³⁸. In definitiva, appare chiaro come la variazione del senso di responsabilità implichi variazioni sia nella stima della probabilità con cui l'esito da prevenire si verifica, sia del valore dell'esito stesso. E ciò è vero sia in soggetti con sintomatologia ossessiva, sia in soggetti appartenenti a campioni non clinici. Queste osservazioni contribuiscono a spiegare perché i pazienti ossessivi tendono a sovrastimare la minaccia⁴², dando credito ad eventualità improbabili, immaginando catastrofi piuttosto che difficoltà. Ma quali sono le attività mentali che compaiono nella mente del timoroso di colpa e quali i processi responsabili del mantenimento di tale stato? Nel rispondere alla domanda, faremo riferimento a tre meccanismi fondamentali: il processo di controllo delle ipotesi, il ragionamento emozionale e la fiducia nella propria memoria. Nel primo caso, studi recenti condotti con soggetti non clinici hanno dimostrato come l'induzione di un forte senso di colpa per irresponsabilità influenzi le modalità di controllo delle ipotesi di sicurezza e di pericolo, in un modo definito prudentiale⁴³. In tale stato, i soggetti tenderanno a focalizzare sull'ipotesi peggiore (ipotesi di

pericolo), a ricercare la conferma dell'ipotesi peggiore e la disconferma di quella favorevole, a proseguire nel processo di controllo se posti di fronte alla disconferma dell'ipotesi peggiore. In definitiva, il caratteristico modo prudentiale di controllare le ipotesi di pericolo spiega il fatto che gli ossessivi danno facilmente credito ad ipotesi inverosimili che nascono da modi di pensare tipici dei pazienti con DOC⁴², come il pensiero magico e la fusione azione-pensiero e pensiero-evento. L'altro fenomeno è conosciuto come ragionamento emozionale, un meccanismo che implica l'inferenza di una condizione di pericolo a partire dal proprio stato affettivo-emozionale negativo, responsabile di ragionamenti del tipo *if I feel anxious, then there must be a danger*⁴⁴. Il ragionamento emozionale sembra attivare un circolo vizioso in cui lo stato emozionale soggettivo (paura, ansia, ecc.) viene utilizzato per validare erroneamente pensieri e credenze relativi alla presenza di pericoli o impedimenti, che a loro volta amplificano l'emozione di partenza, e così via. Analogamente, esperimenti recenti⁴⁵ hanno dimostrato come in soggetti normali, ma che tendono a sentirsi cronicamente in colpa, l'induzione di un senso di colpa attraverso il ricordo di colpe passate, fa sì che i soggetti posti di fronte ad un compito di cui si assumono le responsabilità a) attribuiscono ad un possibile esito negativo una probabilità ed una gravità maggiori di quanto accade se lo stato emotivo di base è positivo; b) innalzano gli standard di valutazione adottati per valutare le proprie performance; c) preferiscano scelte certe. Dunque, i pazienti ossessivi, sentendosi cronicamente in colpa, trattano il fatto di sentirsi in colpa come un'informazione per dedurre che si verificherà l'evento temuto, che questo sarà gravissimo e che la propria performance preventiva è inadeguata rispetto agli standard morali e, quindi, essi rischiano seriamente di essere colpevoli.

Infine, sono molte le prove che testimoniano l'influenza diretta del timore di colpa sui processi di valutazione delle proprie capacità mnestiche sia in soggetti ossessivi, sia in soggetti normali⁴⁶. Grazie alle ricerche in questo settore, è stato possibile dimostrare come se i soggetti sentono aumentare la propria responsabilità, allora manifestano un'evidente diminuzione della fiducia nella propria memoria. Al contrario, se sentono diminuire la responsabilità, recuperano la sicurezza nella capacità di ricordare. Inoltre, il legame tra lo stato affettivo-emozionale caratterizzato da timore di colpa e la sfiducia nella propria memoria è di diversi generi. Infatti, i dati disponibili indicano che:

- l'attivazione ansiosa legata all'emozione negativa di colpa interferisce con la memorizzazione;
- in caso di colpa, l'attenzione del soggetto è indirizzata soprattutto verso la minaccia e verso la propria reazione alla minaccia;
- in condizioni di minaccia, gli standard di nitidezza del ricordo adottati dal soggetto sono molto elevati;
- la ripetizione dei controlli interferisce con la memorizzazione dei risultati dei controlli.

L'intervento

La spiegazione di ossessioni e compulsioni come condotte tese alla prevenzione dei timori di colpa implica che il trattamento si realizzi avendo due principali obiettivi: ridurre il senso di colpa ed il timore di contaminazioni, aiutare il paziente ad accettare livelli di rischio crescenti in modo da ridurre l'investimento prudenziale e limitare gli effetti stabilizzanti dell'attività mentale con cui il paziente cerca di contenere i rischi. Nel primo caso, quindi, si tratterà di procedere con interventi di ristrutturazione cognitiva, da implementare con tecniche come il doppio standard, o procedere ad interventi di natura relazionale. Nel secondo caso, si tratterà di aiutare il paziente ad accettare di non prendere provvedimenti in direzione dell'azzeramento della minaccia e a tollerare sia un certo grado di rischio di colpa o di contaminazione, sia i segnali interni abitualmente assunti dal soggetto come indicatori di una minaccia. L'effetto atteso sarà una riduzione della sintomatologia in conseguenza di un ridotto investimento nelle attività di prevenzione di colpa e disgusto; una riduzione della vulnerabilità ed una stabilizzazione dell'esito della terapia, conseguente ad una minore focalizzazione sulla propria moralità: il paziente accetta un più alto grado di rischio di colpa e contaminazione, accetta la possibilità di essere oggetto di disprezzo e riduce gli investimenti tesi ad ottenere rassicurazioni su che persona sia.

In sintesi, una parte importante dell'intervento dovrà mirare all'accettazione cognitiva della minaccia e dovrà essere finalizzata alla modificazione delle assunzioni del paziente circa il proprio potere, i propri vantaggi, il proprio obbligo a doversi impegnare nella riduzione o nell'azzeramento del rischio. Tra le tecniche utilizzate a questi scopi, quella definita "dal conflitto alla scelta"³¹, grazie alla quale il paziente viene aiutato ad uscire dal conflitto tra il desiderio di annullare il rischio e la critica dei comportamenti messi in atto in tale direzione. La convinzione del paziente di avere il dovere di sottrarsi al rischio di colpa viene contrastata attraverso la modulazione degli standard morali, somministrando ad esempio la tecnica del doppio standard³¹. In una fase successiva, aiuteremo il paziente ad accettare un livello più alto di rischio, attraverso l'esposizione diretta alla minaccia. Procederemo, dunque, con la EPR ed esporremo il soggetto agli stimoli temuti, per un tempo superiore a quello normalmente tollerato, bloccando le abituali risposte di evitamento. In questo caso, se il paziente aumenta il livello di rischio accettato, l'effetto sarà un minore investimento nell'attività preventiva, un minor ricorso ai processi cognitivi prudenziali e, dunque, una minore resistenza al cambiamento delle assunzioni di minaccia. In definitiva, questo tipo di interventi, realizzati con gli obiettivi descritti, aumenta la compliance e la motivazione a prendere parte alla EPR, una procedura che si caratterizza per essere strumento estremamente efficace nel facilitare nel paziente l'accettazione di livelli crescenti di rischio. Inoltre, la strategia appena descritta ed i significati attribuibili all'efficacia della pratica dell'esposizione hanno trovato conferma nei risultati di una ricerca condotta su un gruppo di pazienti adulti seguiti in un set-

ting ambulatoriale privato e non selezionati rispetto alla comorbidità, alla gravità del DOC, alle terapie pregresse e al grado di compliance al trattamento ¹¹.

L'accesso alla cura e il problema della scarsa diffusione della E/RP

Sulla base degli studi che ne hanno sancito l'efficacia, oggi la TCC è considerata trattamento di prima scelta nel DOC in età evolutiva ²². Nonostante gli studi sull'efficacia delle terapie cognitive comportamentali abbiano consentito di definire le procedure migliori nella cura del DOC in età evolutiva, soltanto un numero circoscritto di bambini ed adolescenti può accedere a tali forme di trattamento; sono ancora molti i bambini e gli adolescenti con DOC che non vengono sottoposti ai trattamenti prescritti dalla TCC ¹³. Lo scarso accesso dei pazienti al trattamento è tanto più grave se si considerano, vista la giovane età dei pazienti, da un lato l'efficacia della terapia con E/RP e dall'altra il disagio causato e la probabilità di cronicizzazione del disturbo conseguente al mancato trattamento. Lo scarso accesso a forme di cura efficaci sembra essere in parte legato alla diffusione e alla divulgazione dei trattamenti cognitivi comportamentali, con ostacoli riconducibili fondamentalmente a due tipologie di fattori ⁴⁷. Innanzitutto, le difficoltà sembrano essere ascrivibili alle credenze diffuse tra i clinici relative alla limitata rilevanza nella pratica clinica dei trial clinici randomizzati, all'idea che il terapeuta sia molto più importante di uno specifico protocollo nel determinare gli esiti di un intervento e, infine, le credenze relative all'inutilità della diagnosi o i tentativi di mettere insieme parti di differenti trattamenti attribuendo ad essi valore di protocolli. In più, è credenza diffusa che i protocolli costruiti sulla base di ricerche condotte rigorosamente siano scarsamente applicabili e poco adeguabili ai contesti clinici ³². Il secondo gruppo di ostacoli coinvolge il gap relativo alle conoscenze dei trattamenti cognitivi comportamentali, la loro diffusione, oltre che le modalità con le quali si insegnano. Molti clinici non ricevono nella loro formazione un training per il trattamento con procedure di provata efficacia del DOC in età evolutiva e, quindi, hanno scarsa familiarità con le particolari sfide poste dalla cura di un disturbo così complesso in tale fascia d'età. È stato dimostrato come il miglioramento dell'esito della terapia sia associato alle competenze del terapeuta, laddove la maggior parte dei trial clinici randomizzati che hanno mostrato un *effect size* del trattamento maggiore rispetto ad altri interventi sono stati condotti utilizzando terapeuti sottoposti a training intensivi e che, nel corso dello studio, erano sottoposti a supervisione costante ⁴⁷. Il problema è legato al fatto che i risultati dei trial citati vengono utilizzati per organizzare brevi workshop con la finalità di diffondere quel particolare trattamento, senza che esistano ricerche su quale sia il modo migliore per insegnare le abilità terapeutiche richieste o in quale direzione o che tipo di abilità siano richieste dopo un breve training per poter somministrare quel particolare trattamento. Si hanno, invece, dati circa la funzione della supervisione didattica come momento necessario al

miglioramento delle competenze relative alla somministrazione di trattamenti di TCC⁴⁸ e dei training intensivi come strumento di apprendimento delle competenze di cura del terapeuta⁴⁹.

Conclusioni

In questo articolo si voleva fare il punto sullo stato dell'arte nel trattamento del DOC in età evolutiva. Ci sembra che si possano trarre le seguenti conclusioni: il DOC, a differenza di quanto si credeva un tempo, è un disturbo piuttosto diffuso nella fascia di età prepuberale e nell'adolescenza, dal momento che colpisce tra l'1 e il 4% di questa popolazione; il DOC, a differenza di quanto si credeva un tempo e di quanto forse ancora molti clinici credono è un disturbo non solo curabile, ma curabile in modo efficace, con tassi di successo che oscillano tra il 50 e 85% dei pazienti trattati e con risultati che tendono a essere non solo ampi (fino alla totale remissione dei sintomi) ma, aspetto più importante, duraturi; i risultati migliori e con minori controindicazioni si ottengono con la TCC, in particolare con la tecnica E/RP. Nonostante la gravità del disturbo per la sua tendenza a cronicizzare e il disagio causato, solo una piccola parte dei giovani pazienti accede al trattamento.

Sebbene negli ultimi decenni siano stati fatti grandi passi in avanti nella comprensione e nella cura, questa ultima considerazione suggerisce l'importanza di sviluppare la ricerca al fine di offrire terapie sempre più efficaci e di sensibilizzare i clinici alle procedure di provata efficacia, così da aumentare l'accesso al trattamento con l'E/RP dei giovani pazienti con DOC.

Riassunto

Nel corso degli anni e grazie alle numerose ricerche che ne hanno comprovato l'efficacia, la terapia cognitivo comportamentale (TCC) si è affermata per essere trattamento di scelta del disturbo ossessivo compulsivo nei bambini e negli adolescenti. In particolare, la letteratura empirica e sperimentale concordano nell'attribuire all'esposizione con prevenzione della risposta (EPR) esiti caratterizzati da particolare stabilità e durata, con percentuali relative alla remissione del disturbo che oscillano tra il 50 e l'85%. Inoltre, i meccanismi d'azione su cui poggia tale procedura sembrano riconducibili a processi cognitivi che garantirebbero una crescente accettazione della minaccia, fenomeno che si traduce in una riduzione dell'impegno preventivo e in un incremento della disponibilità ad esporsi a condizioni maggiori di rischio. Tuttavia, nonostante gli studi sull'efficacia delle terapie cognitivo comportamentali abbiano consentito di definire le procedure migliori nella cura del DOC in età evolutiva, soltanto un numero circoscritto di bambini ed adolescenti può accedere a tali forme di trattamento.

Bibliografia

- ¹ Cameron CL, Region CH. *Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents*. J Psychiatr Ment Health Nurs 2007;14:696-704.
- ² Leonard H.L., Ale C.M., Freeman J.B., et al. *Obsessive-compulsive disorder*. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2005;14:727-43.
- ³ Choate-Summers ML, Freeman JB, Garcia AM, Coyne L, Przeworski A, Leonard H. *Clinical considerations when tailoring cognitive behavioral treatment for young children with obsessive compulsive disorder*. Education and Treatment of Children 2008;31:395-416.
- ⁴ Waters TL, Barrett PM. *The role of the family in childhood obsessive-compulsive disorder*. Clin Child Fam Psychol Rev 2000;3:173-84.
- ⁵ Farrell L, Barrett P, Piacentini J. *Obsessive-compulsive disorder across the development trajectory: clinical correlates in children, adolescents and adults*. Behaviour Change 2006;23:103-20.
- ⁶ Farrell L, Barrett P. *Obsessive-compulsive disorder across the development trajectory: cognitive processing of threat in children, adolescents and adults*. Br J Psychol 2006;97:95-114.
- ⁷ Carter AS, Pollock RA. *Obsessive-compulsive disorder in childhood*. Curr Opin Pediatr 2000;12:325-30.
- ⁸ Riddle M. *Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents*. Br J Psychiatry 1998;35:91-6.
- ⁹ March JS, Franklin M, Nelson A, Foa E. *Cognitive-behavioral psychotherapy for pediatric obsessive-compulsive disorder*. J Clin Child Psychol 2001;30:8-18.
- ¹⁰ Fonagy P, Target M, Cottrell D., Phillips J, Kurtz Z. *What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents*. Londra: The Guilford Press 2002.
- ¹¹ Mancini F, Barcaccia B, Capo R, Gangemi A, Gragnani A, Perdighe C, et al. *Trattamento Cognitivo-Comportamentale nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo: risultati di uno studio di esito naturalistico in aperto con follow-up a 6, 12, 24 mesi*. Rivista di Psichiatria 2006;41:94-102.
- ¹² Marks I. *Behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. A decade of progress*. Can J Psychiatry 1997;42:1021-6.
- ¹³ Pediatric OCD Treatment Study Team. *Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the pediatric OCD Treatment Study (POTS) Randomized controlled trial*. JAMA 2004;292:1969-76.
- ¹⁴ Baxter LR, Schwartz JM, Guze BH, Bergman K, Szuba MP. *Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder*. Arch Gen Psychiatry 1992;49:681-9.
- ¹⁵ Kearney CA, Silverman WK. *Treatment of an adolescent with obsessive-compulsive disorder by alternating response prevention and cognitive therapy: an empirical analysis*. J Behav Ther Exp Psychiatry 1990; 21:39-47.
- ¹⁶ National Collaborating Centre for Mental Health. *Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder*. London: Gaskell and the British Psychological Society 2005.
- ¹⁷ Abramowitz SJ, Whiteside SP, Deacon BJ. *The effectiveness of treatment for pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A meta-analysis*. Behav Ther 2005;36:55-63.
- ¹⁸ Watson HJ, Rees CS. *Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder*. J Child Psychol Psychiatry 2008;5:489-98.
- ¹⁹ Baxter LR, jr, Ackermann RF, Swerdlow NR, Brody AL, Saxena S, Schwartz JM, et al. *Specific brain system mediation of obsessive-compulsive disorder responsive to either medication or behavior therapy*. In: Goodman WK, Rudorfer MV, Maser JD, eds. *Obsessive-compulsive disorder. Contemporary issues in treatment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers 2000, pp. 573-609.
- ²⁰ Schwartz JM, Stoessel PW, Baxter LR, Martin KM, Phelps ME. *Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder*. Arch Gen Psychiatry 1996;53:109-13.
- ²¹ Dettore D. *Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo: caratteristiche cliniche e tecniche di intervento*. Milano: McGraw-Hill 2003.
- ²² March JS, Frances A, Carpenter D, Kahn D. *Expert Consensus Guidelines: treatment of obsessive-compulsive disorder*. J Clin Psychol 1997;58:1-72.
- ²³ Lakatos A, Reinecker H. *Terapia cognitivo-comportamentale nel disturbo ossessivo-compulsivo*. Roma: Giovanni Fioriti Editore 2005.

- ²⁴ Wilhelm S, Buhlmann U, Tolin DF, Meunier S, Pearlson GD, Reese HE, et al. *Augmentation of behavior therapy with D-Cycloserine for obsessive-compulsive disorder*. Am J Psychiatry 2008;165:335-41.
- ²⁵ Albano A, March J, Piacentini J. *Cognitive-behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder*. In: Ammerman R, Hersen M, Lasts C, eds. *Handbook of prescriptive treatments for children and adolescents*. Boston: Allyn & Bacon 1999, pp. 193-215.
- ²⁶ Piacentini J, Langley AK. *Cognitive-behavioral therapy for children who have obsessive-compulsive disorder*. J Clinical Psychol 2004;60:1181-94.
- ²⁷ Mancini F, Gragnani A. *Il ruolo dell'Esposizione con Prevenzione della Risposta nel processo di accettazione*. Cognitivismo Clinico 2005;1 38-58.
- ²⁸ Harris JD. *Habitatory response decrement in the intact organism*. Psychol Bull 1943;40:385-422.
- ²⁹ Kandel ER. *Cellular mechanism of learning and the biological basis of individuality*. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM, eds. *Principles of neural science*. Norwalk, CT: Appleton and Lange 1991, pp. 1009-1031.
- ³⁰ Wagner AP. *What to do when your child has obsessive-compulsive disorder: Strategies and solutions*. Rochester, NY: Lighthouse Press 2002.
- ³¹ Mancini F. *Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo*. In: Bara B (a cura di). *Nuovo Manuale di Psicoterapia Cognitiva. Seconda edizione. Il vol.* Torino: Bollati Boringhieri 2005, pp. 93-140.
- ³² Wagner AP. *Cognitive-behavioral therapy for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder*. Brief Treatment and Crisis Intervention 2003;3:291-306.
- ³³ Steketee G, Frost RO, Cohen I. *Beliefs in obsessive-compulsive disorder*. J Anxiety Disord 1998;12:525-37.
- ³⁴ Menzies RG, Harris LM, Cumming SR., Einstein DA. *The relationship between inflated responsibility and exaggerated danger expectancies in obsessive compulsive concerns*. Behav Res Ther 2000;38:1029-37.
- ³⁵ Salkovskis P.M. *Obsessional-compulsive problem: A cognitive-behavioural analysis*. Behav Res Ther 1985;23:571-83.
- ³⁶ Rachman S, Thordarson D, Shafran R, Woody SR. *Perceived responsibility: Structure and significance*. Behav Res Ther 1995;33:779-84.
- ³⁷ Mancini F, D'Olimpio F, D'Ercole S. *Responsability attitude, obsession and compulsion: a further support in a non clinical sample*. Clin Psychol Psychother 2001;8:274-81.
- ³⁸ Lopatcka C., Rachman S. *Perceived responsibility and compulsive checking: an experimental analysis*. Behav Res Ther 1995;33:673-84.
- ³⁹ Mancini F, D'Olimpio F, Cieri L. *Manipulation of responsibility in non-clinical subjects: does expectation of failure exacerbate obsessive-compulsive behaviours?*. Behav Res Ther 2004;42:449-57.
- ⁴⁰ Mancini F. *Il disgusto e il suo ruolo nel disturbo ossessivo-compulsivo*. Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale 1998;4:123-34.
- ⁴¹ Mancini F, Gragnani A. *Disgusto, contagio e cognizione*. Psichiatria e Psicoterapia 2003;22:38-47.
- ⁴² Obsessive-Compulsive Cognition Working Group. *Cognitive assessment of Obsessive-Compulsive Disorder*. Behav Res Ther 1997;35:667-81.
- ⁴³ Mancini F, Gangemi A. *Ragionamento e irrazionalità*. In: Castelfranchi C, Mancini F, Miceli M. (a cura di) *Fondamenti di cognitivismo clinico*. Torino: Bollati Boringhieri 2002, pp. 156-199.
- ⁴⁴ Arntz A, Rauner M, van den Hout M. *If I feel anxious, there must be danger: ex-consequentia reasoning danger in anxiety disorder*. Behav Res Ther 1995;233:917-26.
- ⁴⁵ Gangemi A, Mancini F, van den Hout M. *Feeling guilty as a source of information about threat and performance*. Behav Res Ther 2007;45:2387-96.
- ⁴⁶ Radomsky AS, Rachman S. *Memory bias in Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)*. Behav Res Ther 1999;37:605-18.
- ⁴⁷ Shafran R, Clark DM, Fairburn CG, Arntz A, Barlow DH, Ehlers M, et al. *Mind the Gap: Improving the Dissemination of CBT*. Behav Res Ther 2009, in press.; doi: 10.1016/j.brat.2009.07.003
- ⁴⁸ Sholomskas DE, Syracuse-Siewert G, Rounsaville BJ, Ball SA, Nuro KF, Carroll KM. *We don't train in vain: a dissemination trial of three strategies of training clinicians in cognitive-behavioral therapy*. J Consult Clin Psychol 2005;73:106-15.
- ⁴⁹ Rollins R, Smith B, Steel S, Jolley S, Onwumere J, Freeman D, et al. *Measuring adherence and Competence in CBT for Psychosis: A psychometric analysis of an adherence scale*. Behav Cogn Psychother 2008;36:163-78.