**4.4 Disturbo Ossessivo-compulsivo e distrubi correlati**

 Il raggruppamento dei Disturbi ossessivo-Compulsivo e Correlati è principalmente rappresentato dal Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) caratterizzato dalla presenza di ossessioni e/o compulsione; dove le ossessioni

sono pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti, vissuti come indesiderati, mentre le compulsioni sono comportamenti o azioni mentali ripetitive che un individuo si sente obbligato a compiere in risposta a un’ossessione o secondo regole che devono essere applicate rigidamente.

 Un'altra caratteristica fondante sono le preoccupazioni e i comportamenti ripetitivi o azioni mentali in risposta alle preoccupazioni. Altri disturbi ossessivo-Compulsivo e correlati sono caratterizzati principalmente da ricorrenti comportamenti ripetitivi focalizzati sul corpo (per es., strapparsi i peli, stuzzicarsi la pelle) e ripetuti tentativi di ridurre o interrompere tali comportamenti. Nella Classificazione CD :0-5 , diretta ai bimbi sotto i 6 anni, mantenendo lo stesso inquadramento, Disturbi ossessivo-Compulsivo e Correlati, troviamo delle variazioni come raggruppamenti nosografici viene infatti evidenziata la stretta correlazione del DOC e Disturbi Correlati con la Sindrome di Tourette e il Disturbo da Tic Motori o Vocali.

Questa categoria secondo il DSM 5 comprende:

* Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC),
* Disturbo di Dismorﬁsmo Corporeo,
* Disturbo da Accumulo,
* Tricotillomania (Disturbo da Strappamento Di Peli),
* Disturbo da Escoriazione (Stuzzicamento della Pelle),
* Altri indotti da sostanze/ farmaci, dovuti ad altra condizione medica, e altri senza specificazione

 Nell’analoga categoria del CD 0-5 ritroviamo:

* Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC),
* Sindrome di Tourette,
* Disturbo da Tic Motori o Vocali,
* Tricotillomania,
* Disturbo da Grattamento della Pelle
* Altri

Nella CD 05 ritroviamo la Sindrome di Tourette e Disturbo da Tic Motori o Vocali, che nel DSM 5 ritroviamo nei Disturbi del Neurosviluppo; mentre nel DSM 5 ritroviamo il Disturbo di Dismorﬁsmo Corporeo e Disturbo da Accumulo assenti nel CD 0-5.

 Questo raggruppamento è più studiato e maggiormente diffuso nei bambini più grandi e negli adulti, ma dalla clinica rileviamo che in alcuni casi possano presentarsi anche nell'infanzia. Si rilevano inolte in tutto il raggruppamento alti livelli di familiarità e la tendenza ad associarsi a disturbi d'ansia.

Nei bambini più piccoli la sﬁda più grande è quella di distinguere tra le differenze individuali e temperamentali dello sviluppo tipico e i comportamenti sintomatici. Ad esempio, rituali e paure normali devono essere distinti da vere e proprie ossessioni e compulsioni. Molti bambini allineano i giocattoli, hanno rituali per andare a letto, insistono per ascoltare ripetutamente la stessa storia o lo stesso ﬁlm; tuttavia, questi comportamenti non rappresentano il tipo di paure invalidanti o di rituali compulsivi che caratterizzano un Disturbo Ossessivo Compulsivo. Infatti sebbene i comportamenti ritualizzati e ripetitivi, che assomigliano ai sintomi del DOC, siano comuni nei bambini, con un picco intorno ai 3 anni, solitamente non influiscono sul funzionamento e non appaiono anormali in modo disturbante. Comportamenti potenzialmente normali diventano problematici solo quando le ossessioni/ compulsioni sono così rigide, pervasive e disagevoli da influenzare negativamente lo sviluppo del bambino.

**Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC)**

Nel DOC risulta evidente la coopresenza di piùfattori patogenetici: psicologici, genetici, biologici. Gli studi familiari indicano un’elevata concordanza fra gemelli omozigoti e una più elevata incidenza del disturbo fra ascendenti e collaterali, con promettenti dati derivati dalla genetica molecolare che hanno evidenziato alcuni possibili “marcatori” genetici del disturbo. Studi sui neurotrasmettitori hanno evidenziato una disfunzione serotoninergica, confermata dagli studi psicofarmacologici e dall’efficacia di farmaci inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SRRI) a livello sinaptico. La multifattorialità di questo disturbo, che confina e si sovrappone con il disturbo da tic, hanno configurato *uno spettro DOC,* a cui, almeno nella CD:0-5 appartiene anche la sindrome di Gilles de la Tourette, in quanto è l’unico disturbo per cui esistano comprovati dati sperimentali e di studi familiari di comorbilità.

Il DOC è un disturbo caratterizzato dalla presenza di *ossessioni*, che corrispondono all’eccessiva ruminazione di pensieri, impulsi o immagini ricorrenti, indesiderati e spesso intollerabili (ossessioni, da obsidere: assediare), di cui il soggetto non riesce a liberarsi, e da una componente agita, le *compulsioni*, costituita da comportamenti ritualistici, ripetitivi che, se in parte alleviano l’angoscia inerente le tematiche ossessive (compulsione a lavarsi a fronte dell’ossessione dello sporco), comportano una notevole angoscia per l’impossibilità di sottrarsi all’elemento coercitivo compulsivo che rende ineludibile l’atto. E’ questo senso di costrizione che distingue le modalità ritualizzate egosintoniche, che consentono a un bambino di sentire di controllare una situazione potenzialmente ansiogena (rituali del dormire, rituali di verifica come nella preparazione della cartella) dalle compulsioni vere e proprie, sentite come imposizioni “esterne” rispetto alla volontà del soggetto. Gli *stati affettivi* associati implicano un’ansia pervasiva. Nei bambini rabbia e paure di perdita di controllo possono essere alla base dell’ansia. Si possono sviluppare anche *sintomi somatici* come per i disturbi fobici, (che spesso precedono anche cronologicamente il quadro conclamato del DOC) ma il pensiero ossessivo può focalizzarsi su malesseri quali il mal di testa o di stomaco inducendo importanti stati di allerta e preoccupazione. La pervasività di questo disturbo può interferire con le relazioni e l’adattamento quotidiano. Si nota in questi bambini il continuo, strenuo controllo nel tentativo di mantenere l’ansia a livelli tollerabili. Le relazioni possono essere rigide, caratterizzate da una tendenza al controllo e alla dipendenza, mantenendosi capacità di relazioni intime in cui sono capaci di molto calore.

 Le stime di prevalenza per il DOC (in adulti, bambini più grandi e bambini piccoli) vanno dall'l al 3%. (con una media del 1,1-1,8%). Negli Stati Uniti l'età media di esordio del DOC è di 19,5 anni, e nel 25 % dei casi l’esordio avviene entro i 14 anni. L'esordio dopo i 35 anni è insolito, ma si verifica. I maschi hanno un'età di esordio più precoce rispetto alle femmine: quasi il 25 % dei maschi ha un esordio prima dei 10 anni. L’insorgenza dei sintomi è solitamente graduale, tuttavia è stato riportato anche l'esordio acuto.

Se il DOC non viene trattato, il decorso è solitamente cronico, spesso con oscillazioni della sintomatologia. Alcuni individui mostrano un decorso episodico, e una minoranza ha un decorso che tende a peggiorare. Senza un trattamento, i tassi di remissione negli adulti sono bassi (per es., 20% per gli individui valutati nuovamente a 40 anni di distanza). L’esordio in età infantile o in adolescenza può comportare la presenza del DOC per tutta la vita. Si osserva una comparsa precoce con picco verso i 7 anni e un secondo picco di frequenza a 10-12 anni, con una prevalenza prima dei 20 anni del 1,9%.

 Tuttavia, il 40% degli individui con esordio del DOC in età infantile o in adolescenza può avere una remissione nella prima età adulta. La prevalenza d'insorgenza nell'infanzia non è nota, anche se la prevalenza in bambini più grandi viene riportata allo 0,25%.

Fino al 30% degli individui con DOC ha un disturbo da tic per tutta la vita. Ciò è più comune nei maschi con insorgenza del DOC in età pediatrica. Questi individui tendono a differire da quelli senza una storia di disturbi da tic in termini di sintomi del DOC, comorbilità, decorso e pattern di trasmissione familiare.

 Il decorso del DOC è spesso complicato dalla co-presenza di altri disturbi.

Nei bambini le compulsioni vengono diagnosticate più facilmente rispetto alle ossessioni, in quanto le compulsioni sono osservabili. Comunque, la maggior parte dei bambini ha sia ossessioni sia compulsioni (così come accade per la maggior parte degli adulti). Il pattern sintomatologico negli adulti può essere stabile nel tempo, mentre nei bambini è più variabile. Alcune differenze nel contenuto delle ossessioni e delle compulsioni sono state riportate in campioni di bambini e adolescenti quando sono stati confrontati con campioni di adulti. Queste differenze riflettono probabilmente il contenuto appropriato alle differenti fasi di sviluppo (per es., tassi più alti di ossessioni sessuali e religiose negli adolescenti rispetto ai bambini; tassi più alti di ossessioni di danno [per es., timori di eventi catastrofici, come la morte o malattia propria o di una persona cara, nei bambini e negli adolescenti rispetto agli adulti).

**Criteri diagnostici secondo il DSM 5**

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) o causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

C. I sintomi ossessivo-compulsivi non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una droga, un farmaco) o a un'altra condizione medica.

D. Il disturbo non è meglio giustificato dai sintomi di un altro disturbo mentale.

Specificare se: .

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

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

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

Specificare se:

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

Nella CD 0-5, che mantiene i criteri sopraelencati del DSM 5, troviamo in aggiunta:

D. Le ossessioni o le compulsioni non sono associate a un’esperienza traumatica.

E. I sintomi del disturbo, o l'adattamento dei caregiver ai sintomi, compromettono significativamente il funzionamento del bambino e della famiglia in uno o più dei seguenti modi:

1. causano disagio al bambino;

2. interferiscono nelle relazioni del bambino;

3. limitano la partecipazione del bambino alle attività o alle routine adeguate al suo sviluppo;

4. limitano la partecipazione della famiglia alle attività o alle routine quotidiane;

5. limitano la capacità del bambino di imparare e sviluppare nuove abilità o interferiscono con i progressi dello sviluppo;

6. provocano l'inosservanza delle traiettorie di crescita adeguate all'età.

Età: il bambino deve avere un'età di almeno 36 mesi.

Durata: i sintomi devono essere presenti da almeno 3 mesi.

Speciﬁcare: se sono presenti tic.

Nota: un'insorgenza improvvisa dei sintomi del DOC, una presentazione grave, un decorso a episodi con periodi di remissione tra l'uno e l'altro, un'infezione antecedente o concomitante con streptococco o con altri

agenti infettivi, dovrebbe richiedere una valutazione neurologica e immunologica globale.

Molti individui con disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) hanno convinzioni disfunzionali. Queste convinzioni possono includere un esagerato senso di responsabilità e la tendenza a sovrastimare la minaccia; perfezionismo e intolleranza all’incertezza; e assegnazione di un'eccessiva importanza ai pensieri (per es., credere che avere un pensiero proibito sia grave tanto quanto agirlo) e al bisogno di controllarli.

Gli individui con DOC variano nel grado di insight che possiedono relativamente alla correttezza delle convinzioni che sottostanno ai loro sintomi ossessivo-compulsivi. Molti individui hanno un ínsight buono o sufficiente (per es., l’individuo crede che la casa sicuramente, o probabilmente, non brucerà, oppure può o non può bruciare se la stufa non viene controllata 30 volte). Alcuni hanno un íntight scarso (per es., l’individuo crede che probabilmente la casa brucerà se la stufa non viene controllata 30 volte) e pochi (4% o meno) hanno un ínsight assente/convinzioni deliranti (per es., l'individuo è convinto che la casa brucerà se la stufa non viene controllata 30 volte). L'insight può variare in un individuo durante il corso della malattia. Un insight più scarso è stato collegato a un peggiore esito a lungo termine.

 I bambini con DOC solitamente presentano due o più ossessioni, che possono includere timori di contaminazione, ossessioni aggressive o catastroﬁche, ossessioni religiose/di scrupolosità e ossessioni somatiche. Le ossessioni possono presentarsi come pensieri intrusivi che il bambino esprime attraverso domande ripetitive. Per definizione, le ossessioni causano disagio e spesso importanti difficoltà a livello sociale. La grande maggioranza dei bambini con DOC presenta inoltre compulsioni multiple. Le compulsioni più comuni sono lavare, controllare, ripetere, rituali che includono altre persone, riordinare/organizzare, compulsioni simili a tic, contare, picchiettare e strofinare. Le compulsioni sono solitamente collegate ai pensieri ossessivi e sono messe in atto con lo scopo di ridurre ansia e disagio. I bambini possono affermare di aver bisogno di completare le compulsioni ﬁnché non si sentono “abbastanza bene” da alleviare il proprio disagio. In altri casi la compulsione è messa in atto per evitare danni immaginati. Tuttavia, i bambini spesso non hanno le capacità verbali per esprimere i propri stati interni o per descrivere perché mettano in atto le specifiche compulsioni. Altre volte invece il bambino può sentirsi frustrato nel non poter controllare le compulsioni per cui può cercare di nasconderle: questo può comportare a un significativo allungamento temporale tra l`insorgenza del disturbo la diagnosi e il trattamento.

#  La distribuzione prevalente del contenuto delle ossessioni e dei comportamenti compulsivi in età evolutiva è riassunto nello schema

## ***ossessioni più comuni in età infantile e adolescenziale compulsioni più frequenti***

## *paura di contaminazione/paura di gravi malattie pulirsi/lavarsi*

## *fissazione su numeri fortunati/sfortunati toccare*

## *paura di intrusione contare/ripetere*

## *paura di causare danni/paura di sbagliare sistemare/organizzare*

##  *verificare/domandare ripetitivamente*

##  *collezionare*

##  *bisogno di simmetria e ordine*

##  *eccesso di dubbio*

La sofferenza soggettiva è molto intensa, non solo per l’ansia, ma per l’intrusività delle ossessioni nell’attività mentale; spesso le modalità di controllo, corrispondenti alle condotte agite ritualizzate dei cerimoniali, non consentono di porre un argine all’angoscia che invade i processi di pensiero, paralizzandoli. Tentazioni inaccettabili, anche al solo affiorare nel pensiero, prendono d’assalto la mente, sia con pensieri che con immagini, e scatenano il terrore di passare all’atto, in una sorta di continuità che annulla la differenza fra ciò che è mentale e condotta; raramente d'altronde ciò accade, a conferma del mantenersi della distinzione fra esperienza soggettiva e realtà esterna (terrore di bestemmiare per una ragazza credente entrando in chiesa, mantenendo però pensieri, parole e immagini a livello di rappresentazione mentale). La capacità di pensiero e di decisione viene ad essere limitata dal pensiero ruminante e dal dubbio, che determinano una sospensione della possibilità di individuare una scelta che renda possibile l’azione; ne risulta una lentezza che caratterizza le attività quotidiane (lavarsi, prepararsi, studiare). Si manifestano comportamenti motori ripetitivi e apparentemente senza senso, che corrispondono spesso a un pensiero apotropaico e magico (tirarsi la maglietta 10 volte prima di ogni prestazione, contare fino a un certo numero, altrimenti si determinerà il fallimento della prova). Nei casi precoci spesso si associano fobie.

## *episodi di dubbio e ruminazione*

## *crisi di tentazioni orribili*

## *attività di pensiero che indeboliscono il pensiero stesso*

## *cerimoniali*

## *atti motori; ripetizioni distorte di gesti quotidiani, ma anche gesti apparentemente senza senso (scongiuro)*

## *raro il passaggio all’atto*

La variabilità individuale è comunque tale da rendere impossibile l’elenco di tutte le ossessioni o compulsioni che si incontrano nella clinica; per lo più queste vengono raggruppate in riferimento al contenuto che le caratterizza; vengono riconosciuti quattro gruppi:

1. rituali di controllo (*pazienti “checkers*)
2. rituali di pulizia (*pazienti “washers*”)
3. lentezza ossessiva primaria
4. idee ossessive pure (*pazienti “pure obsessives*”),

4 bis. ossessioni di rituali e simmetria + rituali di ordine e numerici

Spesso in questi ragazzi, ritroviamo una difficoltà a vivere l’ambivalenza affettiva, con una tendenza a “scattivare” gli aspetti emozionali considerati poco accettabili, prevalentemente legati all’area dell’aggressività e della sessualità (scissione), incrementando una tendenza perfezionistica che dovrebbe preservare dai sentimenti di fallimento e colpa (formazione reattiva), ma che alimenta, in una estenuante rincorsa, sentimenti di inadeguatezza e di perdita di controllo. L’adolescenza, per le spinte legate alla sessualità, che comportano l’erotizzazione del pensiero, e con la conquista del pensiero astratto che determina una complessizzazione del pensiero stesso, incrina l’efficacia del controllo effettuato tramite la razionalizzazione e può portare ad un vero e proprio scompenso.

## **La terapia del Disturbo Ossessivo Compulsivo**

Le linee guida internazionali mostrano che, in media, circa il 70% dei pazienti affetti da **Disturbo Ossessivo Compulsivo** trae beneficio dagli psicofarmaci o dalla terapia cognitivo-comportamentale. Tali trattamenti sono dimostrati al momento come i più efficaci e, in particolare, nella procedura di esposizione con prevenzione della risposta (ERP) il trattamento psicoterapico d’elezione per il **Disturbo Ossessivo Compulsivo**. La terapia psicofarmacolgica del **Disturbo Ossessivo Compulsivo** si basa essenzialmente sugli antidepressivi SSRI, ma in alternative si possono usare anche la venlafaxina e soprattutto la clomipramina; talvolta si aggiungono alla terapia anche altri farmaci, come per esempio gli antipsicotici atipici per la loro azione sul sistema dopaminergico implicato nel disturbo. I pazienti che rispondono agli psicofarmaci di solito mostrano una riduzione dei sintomi del **Disturbo Ossessivo Compulsivo** dal 40% al 60%, mentre in quelli che rispondono alla terapia cognitivo-comportamentale la riduzione dei sintomi varia tra il 60% e l’80%.

Attualmente il trattamento psicoterapeutico base e di elezione per la cura del **Disturbo Ossessivo Compulsivo** è quello cognitivo-comportamentale che sostanzialmente si divide in più fasi:

1° fase: assessment. Durante l’assessment si ha l’obiettivo di comprendere la natura del problema presentato dal paziente e di giungere a un’ipotesi diagnostica e a un progetto terapeutico personalizzato.

2° fase: restituzione e contratto. Dopo la fase di assessment e di consegna al paziente ci si sofferma sui fattori di vulnerabilità legati alla sua storia di vita, sui fattori di scompenso, sul problema attuale e sui meccanismi che lo mantengono e lo alimentano, e infine sul suo funzionamento interpersonale, in modo che il terapeuta e il paziente condividano i medesimi obiettivi terapeutici, che dovranno essere decisi e poi fissati nel contratto terapeutico.

3° fase: riduzione della sintomatologia. Ridurre i **comportamenti compulsivi**, interrompere i fattori di mantenimento e i rinforzi negativi per ottenere un’estinzione o un’attenuazione dell’ansia.

4° fase: ristrutturazione delle credenze e delle metacredenze disfunzionali.

5° fase: imparare a tollerare l’idea che taluni eventi pensati o immaginati possono anche accadere, vale a dire che non è possibile prevenirli a ogni costo.

6° fase: prevenzione delle ricadute. Consiste nell’aiutare il paziente a cercare di valutare tutte le possibili difficoltà che potrebbe incontrare in futuro affrontandole con le tecniche apprese durante il percorso terapeutico.

Le tecniche utilizzate durante il percorso terapeutico cognitivo-comportamentale sono :

##### **Psicoeducazione**

Fornisce informazioni dettagliate sul **Disturbo Ossessivo Compulsivo**, sulla natura dei pensieri ossessivi, dei comportamenti compulsivi, sulla possibile eziologia del **Disturbo Ossessivo Compulsivo** e sui trattamenti di provata efficacia.

##### **ERP**

La ERP (Abramowitz, Taylor e McKay 2009) è la tecnica comportamentale più importante nella terapia del **Disturbo Ossessivo Compulsivo**. Per vincere l’ansia associata agli stimoli ossessivi è necessario esporre gradualmente l’individuo agli stimoli in assenza di rituali comportamentali. Nella terapia cognitiva l’esposizione a pensieri e situazioni “contaminanti” ha l’intento di mettere in discussione le credenze sulle conseguenze catastrofiche che il contatto con questi stimoli comporta. La prevenzione delle risposte (o l’eliminazione delle strategie protettive comportamentali) diviene una specie di “manovra di falsificazione”, capace di dimostrare che nessun evento catastrofico segue alla falsità delle credenze originali.

##### **Ristrutturazione cognitiva**

Come abbiamo fin qui descritto, il funzionamento del **Disturbo Ossessivo Compulsivo** è mantenuto da alcune specifiche credenze cognitive (intolleranza dell’incertezza; pensiero catastrofico; pericolosità e inaccettabilità dell’ansia provocata dai pensieri, responsabilità) la cui ristrutturazione rappresenterà uno degli obiettivi della terapia.

##  **Altri approcci terapeutici nella cura del Disturbo Ossessivo Compulsivo**

## Oltre ai protocolli ben consolidati qui esposti, faremo adesso una panoramica di alcune delle tecniche in progress, quali la terapia metacognitiva, la mindfulness, l’Acceptanceand Commitment Therapy (ACT) e l’Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

##### **Terapia metacognitiva**

Wells (2008) ha proposto un modello di terapia del **Disturbo Ossessivo Compulsivo** definito “metacognitivo”. Esso, come quello cognitivo, sottolinea l’importanza della comparsa dei pensieri intrusivi nella mente del paziente a seguito o meno di un evento attivante. L’elemento originale e centrale in questo modello consiste nel fatto che le intrusioni attivano alcune credenze metacognitive, cioè pensieri relativi al significato e all’importanza della comparsa nella mente delle ossessioni. Queste credenze metacognitive sono disfunzionali e alla base del disturbo. Secondo Wells, il problema non è avere dei pensieri intrusivi in mente – una cosa abbastanza frequente e comune anche nei soggetti sani –, ma il fatto  che per i pazienti con **Disturbo Ossessivo Compulsivo** ciò diventi intollerabile, preoccupante, fonte di rimuginio, minaccioso. Gli obiettivi della terapia metacognitiva sono quindi di 2 tipi:

1. modificare la maniera in cui il paziente vive i propri pensieri e vi si rapporta;
2. modificare le convinzioni che il paziente ha rispetto ai propri pensieri ossessivi.

Wells e Matthews (1994) nel protocollo di terapia metacognitiva del **Disturbo Ossessivo Compulsivo** hanno introdotto una procedura, definita “detached mindfulness”, in cui i pazienti vengono incoraggiati ad adottare un “atteggiamento di distacco”, non indugiandosi sulle intrusioni con rimuginazioni o strategie di neutralizzazione, ma lasciandole passivamente andare, pur ammettendone la presenza.

##### **Mindfulness**

Gli individui affetti da **Disturbo Ossessivo Compulsivo** non riescono ad accettare esperienze mentali, considerate dai più normali e non minacciose. Gli interventi basati sulla mindfulness (Didonna 2009) intervengono proprio per modificare e migliorare la relazione di questi pazienti con la loro esperienza interna e aiutarli conseguentemente a fronteggiare in modo efficace la loro capacità di distacco dai propri pensieri, di comprensione della loro natura rappresentazionale e di accettazione del contenuto. Lo scopo di tali interventi è di osservare i pensieri senza reagire ad essi con rituali manifesti o mentali, considerandoli semplicemente come eventi mentali, prevenendo o interrompendo qualsiasi valutazione, giudizio, interpretazione o neutralizzazione.

##### **ACT**

L’ACT è un approccio che integra aspetti teorici e tecniche provenienti da diverse terapie tradizionali, quali mindfulness e terapia dialettica-comportamentale. È una terapia che si basa sui concetti di accettazione e impegno, e risulta utile per molti tipi di problemi psicologici. L’ACT aiuta le persone a tollerare meglio e ad accettare il disagio procurato dai loro pensieri intrusivi. Offre un’alternativa importante soprattutto per coloro che sono riluttanti a entrare in contatto con gli stimoli nelle consuete tecniche di ERP. I concetti alla base di tale approccio possono essere riassunti in un principio fondamentale: parole (e pensieri formati con le parole) hanno un significato individuale e unico. Il loro significato dipende dalla persona e dal contesto in cui l’apprendimento ha avuto luogo. In altre parole, i pensieri non hanno alcun significato o verità diversa da quella che assegniamo loro. La premessa generale dell’ACT è dunque che il significato e l’importanza che assegniamo ai nostri pensieri perpetuano la nostra sofferenza emotiva. Inoltre, visto che siamo noi ad assegnare un determinato significato, possiamo altrettanto facilmente assegnare un significato diverso, che ci  provochi minore disagio e minore sofferenza emotiva.

##### **EMDR**

L’approccio EMDR si focalizza sul ricordo delle esperienze disturbanti traumatiche, particolarmente stressanti dal punto di vista emotivo, che possono aver contribuito al disturbo e che conducono le persone in terapia. Tale metodica, sviluppata in questi ultimi anni, si è dimostrata efficace in tempi brevi col **Disturbo Ossessivo Compulsivo** (Pozza e Mazzoni 2014). Tale approccio ha anche un utilizzo in età evolutiva (Simonetta E. 2010 ). Nel **Disturbo Ossessivo Compulsivo** il trattamento con EMDR prevede, secondo un protocollo riveduto di recente (Mazzoni et al. submitted), le seguenti fasi:

1. Ricostruzione della storia di vita del paziente, identificandone gli episodi traumatici che negli anni possono aver contribuito all’insorgere del disturbo.
2. Dopo avere identificato la storia del disturbo, il passare a lavorare sui ricordi traumatici isolati, attraverso il protocollo EMDR standard.
3. Lavoro sulla storia del disturbo, soffermandosi sulle volte in cui sono comparsi i pensieri e le idee ossessive nonché le compulsioni e i rituali.
4. Passare a elaborare le attuali situazioni attivanti (triggers) mediante diari giornalieri, schede di automonitoraggio e analisi funzionale comportamentale. I triggers possono riattivare l’elaborazione di uno degli scenari intollerabili per il soggetto, alla base delle ossessioni (comunemente dette “fissazioni”) e dei possibili episodi emotivamente attivanti, individuati nella storia di vita del paziente. Questa procedura terapeutica risulta efficace nel preparare il soggetto a sperimentare nella realtà le situazioni temute.
5. L’ultima fase del trattamento EMDR del **Disturbo Ossessivo Compulsivo** prevede la Prevenzione della Risposta, con la quale si lavora sugli scenari intollerabili per il soggetto senza la messa in atto di compulsioni, rituali e/o rassicurazioni. Tale tecnica, infatti, consente di ridurre i livelli delle compulsioni.

Esperienze traumatiche di vita in età evolutiva. Emdr come terapia. a cura di Simonetta E. 2010 ed Franco Angeli.

**Disturbo di dismorfismo corporeo** DSM5

E’ un quadro clinico particolarmente rilevante nel contesto culturale occidentale e nei paesi industrializzati, (Disturbo Culture-bond) e sicuramente ad oggi sotto stimato (prevalenze dal 1,7% al 2,5% della popolazione generale). Di difficile inquadramento in età adolescenziale, specie in fase prepuberale e puberale, dove è più la norma che un Disturbo conclamato, anche se i livelli di sofferenza del soggetto, specie femmine, può molto variare e quando intenso mantenersi, con varie modificazioni e compensi anche nelle età successive. Si segnala un alto rischio suicidario sia come ideazione che come tentati suicidio ( particolarmente alto in adolescenza) L’altro aspetto di rilievo di questo quadro è l’alto livello di comorbilità in particolare per Distrubi d’ansia, Depressione e Disturbi Alimentari.

Criteri diagnostici

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 dismorfia muscolare: L'individuo è preoccupato dall'idea che la sua costituzione corporea sia troppo piccola o insufficientemente muscolosa.

 Indicare il grado di insight riguardo alle convinzioni del disturbo di dismorfismo corporeo: buono o sufficiente; scarso; assente/convinzioni deliranti.

Gli individui con disturbo di dismorfismo corporeo (in precedenza noto come dísmorfofobía) sono preoccupati per uno o più difetti o imperfezioni percepiti nel loro aspetto ﬁsico, che ritengono essere brutto, non attraente, anormale o deforme. Le imperfezioni percepite non sono osservabili o appaiono agli altri individui solo in modo lieve. Le preoccupazioni variano dall`apparire “non attraente” o “non giusto/a” all”apparire “orribile” o “come un mostro”. Le preoccupazioni possono essere focalizzate su una o molte aree corporee, più comunemente la pelle (per es., percepire acne, cicatrici, rughe, grinze, pallore), i capelli o i peli (per es., “diradamento” dei capelli o eccessiva peluria corporea o facciale) o il naso (per es., la grandezza o la forma). Tuttavia, qualsiasi parte del corpo può essere al centro della preoccupazione. Le preoccupazioni sono intrusive, indesiderate, consumano tempo (verificandosi, in media, per 3-8 ore al giorno), ed è di solito difficile resistervi o controllarle.

In risposta alle preoccupazioni vengono messi in atto eccessivi comportamenti ripetitivi o azioni mentali (per es., confrontare). L’individuo si sente spinto a mettere in atto questi comportamenti, che non sono piacevoli e possono aumentare l'ansia e la disforia. Essi portano tipicamente a consumo di tempo e a difﬁcoltà nel resistervi o nel controllarli. I comportamenti più comuni sono: confrontare il proprio aspetto con quello degli altri; controllare ripetutamente allo specchio o su altre superfici riflettenti i difetti percepiti, oppure esaminarli direttamente; dedicarsi eccessivamente alla cura di sé (per es., pettinarsi, truccarsi, rasarsi, depilarsi o strapparsi peli); camuffarsi (per es., applicarsi ripetutamente il trucco o coprire le aree non gradite con cose come un cappello, abiti, trucco o i capelli); ricercare rassicurazione riguardo a come appaiono le imperfezioni percepite; toccarsi le aree non gradite per controllarle; fare eccessivo esercizio fisico o sollevamento pesi; ricercare trattamenti estetici. Il disturbo di dismorfismo corporeo deve essere distinto da un disturbo alimentare, anche se si riscontrano alti livelli di comorbilità con inziale esordio di un Disturbo da Dismorfismo.

Il dísmorﬁsmo muscolare, una forma del disturbo di dismorfismo corporeo che si verifica quasi esclusivamente nei maschi, consiste nella preoccupazione riguardo all'idea che il proprio corpo sia troppo piccolo o insufficientemente snello o muscoloso. Gli individui con questa forma di disturbo hanno in realtà un corpo normale o sono anche molto muscolosi. Essi possono anche essere preoccupati per altre aree corporee, come la pelle o i capelli. In maggioranza (ma non tutti) seguono una dieta, fanno esercizio fisico e/ o sollevamento pesi in modo eccessivo, talvolta causando danni corporei. Alcuni fanno uso di steroidi androgeni-anabolizzanti e altre sostanze potenzialmente pericolose per cercare di rendere il proprio corpo più grosso e più muscoloso.

L'insight relativo alle convinzioni del disturbo di dismorfismo corporeo può variare da buono ad assente/ delirante (cioè convinzioni deliranti che consistono nella piena convinzione che la visione del proprio aspetto sia corretta e non distorta). In media, l'insight è scarso; allo stato attuale, un terzo o più degli individui ha convinzioni deliranti legate al disturbo di dismorﬁsmo corporeo. Gli individui con disturbo di dismorﬁsmo corporeo delirante tendono ad avere una maggiore morbilità in alcune aree (per es., tendenza al suicidio), ma questo appare giustiﬁcato dalla loro tendenza ad avere una sintomatologia del disturbo di dismorﬁsmo corporeo più grave.

**Disturbo da accumulo** DSM 5

Criteri diagnostici

A - Persistente difficoltà di gettare via o separarsi dai propri 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.

F - L'accumulo non è meglio giustificato dai sintomi di un altro disturbo mentale

Specificare se:

Con acquisizione eccessiva: Se la difficoltà di gettare via i beni è accompagnata da eccessiva acquisizione di oggetti che non sono necessari o per i quali non vi è sufficiente spazio.

Indicare il grado di insight riguardo alle convinzioni del disturbo di dismorfismo corporeo: buono o sufficiente; scarso; assente/convinzioni deliranti.

 Circa l'80-90% degli individui con disturbo da accumulo mostra un`eccessiva acquisizione. Il furto è meno comune. Gli individui con disturbo da accumulo solitamente avvertono disagio quando non possono o viene loro impedito di acquisire oggetti.

 La caratteristica essenziale del disturbo da accumulo è la persistente difficoltà (difficoltà di lunga data ) di gettare via o separarsi dai propri beni, a prescindere dal loro valore reale. Le principali ragioni addotte per giustiﬁcare questa difficoltà sono l'utilità percepita o il valore estetico degli oggetti oppure il forte legame affettivo con i beni. Il timore di perdere informazioni importanti è altrettanto comune. Gli oggetti più comunemente conservati sono giornali, riviste, vestiti vecchi, borse, libri, posta e documenti, ma potenzialmente qualsiasi oggetto può essere conservato.

Gli individui con disturbo da accumulo conservano di proposito i propri beni e sperimentano un disagio di fronte alla prospettiva di gettarli via. Questo criterio sottolinea che la conservazione dei beni è intenzionale, il che differenzia il disturbo da accumulo da altre forme di psicopatologia.

Gli individui accumulano grandi quantità di oggetti che riempiono e ingombrano gli spazi vitali al punto che l'uso previsto non è più possibile. L’ingombro viene definito come un ampio gruppo di oggetti, di

solito non collegati tra loro o collegati solo marginalmente, che vengono ammucchiati in modo disorganizzato in spazi progettati per altri scopi. Il disturbo da accumulo contrasta con il normale collezionismo, che risulta organizzato e sistematico e non produce l’ingombro, il disagio o la compromissione tipici del disturbo da accumulo. In alcuni casi, in particolare quando vi è scarso insight, l’individuo può non riferire disagio, e la compromissione può essere evidente solo alle persone vicine all'individuo. Tuttavia, qualsiasi tentativo di terze parti di disfarsi o di gettare via o riordinare i beni provoca alti livelli di disagio.

**Tricotillomania [Disturbo da strappamento di peli] DSM5 e DC 0-5**

Criteri diagnostici

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 dal sintomi di un altro disturbo mentale (per es., tentativi di migliorare un percepito difetto o imperfezione nel di- sturbo di dismorfismo corporeo).

La manifestazione fondamentale della tricotillomania (disturbo da strappamento di peli) è lo strapparsi in modo ricorrente capelli o peli. Lo strappamento può verificarsi in qualsiasi area del corpo in cui crescono peli; le zone più comuni sono il cuoio capelluto, le sopracciglia e le ciglia, mentre le zone meno comuni sono le aree ascellari, facciali, pubiche e perianali. Le zone di strappamento possono variare nel tempo. Lo strappamento può avvenire in brevi episodi sparsi durante la giornata oppure in momenti più rari ma più prolungati, che possono continuare per ore, e tale strappamento può perdurare per mesi o anni. La modalità usata può tale da tentare di nascondere o camuffare la perdita di capelli o peli, come sedi o come comportamenti di copertura. Gli individui con tricotillomania hanno compiuto ripetuti tentativi di ridurre o interrompere lo strapparsi capelli o peli, questo a conferma del disagio clinicamente significativo, come imbarazzo, vergogna e la sensazione di perdita di controllo, a cui segue la compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, in parte a causa dell’evitamento delle situazioni pubbliche.

Lo strapparsi capelli o peli può essere accompagnato da una gamma di comportamenti o rituali che li coinvolgono, inolte può anche essere preceduto o accompagnato da vari stati emotivi; esso può essere innescato da sentimenti di ansia o noia, può essere preceduto da un aumentato senso di tensione oppure può

portare a gratificazione, piacere o a un senso di sollievo quando il capello o il pelo viene strappato. Sono vari gradi di consapevolezza, da un attenzione focalizzata ad un comportamento più automatico

Nella popolazione generale, la prevalenza annuale stimata per la tricotillomania in adulti e adolescenti è dell’l-2%. Il disturbo è più frequente nelle femmine rispetto ai maschi (10:1), mente nei bambini è equamente rappresentato.

Anche se la Tricotillomania ha una lunga storia, sono poche le ricerche pubblicate sull'abitudine di strapparsi i capelli nell`infanzia. Alle volte è stata considerata un'abitudine benevola auto-limitante. Tuttavia, diversi studi sui casi suggeriscono che l'abitudine persistente di strapparsi i capelli nell'infanzia possa richiedere un'attenzione clinica.

La CD 0-5 varia nel Criterio B dove troviamo che “La perdita di capelli non è attribuibile a una condizione medica o dermatologica.” e non all’aver attuato Ripetuti tentativi di ridurre o interrompere lo strapparsi capelli o peli; inolte nel criterio C troviamo che “I sintomi del disturbo, o l'adattamento dei caregiver ai sintomi, compromettono significativamente il funzionamento del bambino e della famiglia in uno 0 più dei seguenti modi:

l. causano disagio al bambino;

2. interferiscono nelle relazioni del bambino;

3. limitano la partecipazione del bambino alle attività o alle routine adeguate al suo sviluppo;

4. limitano la partecipazione della famiglia alle attività o alle routine quotidiane;

5. limitano la capacità del bambino di imparare e sviluppare nuove

abilità o interferiscono con i progressi dello sviluppo.

Nella Tricotillomania dell'infanzia, lo scalpo sembra essere la zona più comune in cui i capelli vengono strappati. Chiazze di alopecia sono spesso osservabili. Più raramente, i bambini possono strapparsi sopracciglia e ciglia. Ricerche recenti hanno cominciato a identificare due distinte modalità di strapparsi i capelli: “automatica” e “focalizzata”. Nella modalità automatica, il bambino non sembra essere consapevole di strapparsi i capelli. Al contrario, i bambini che mettono in atto la modalità focalizzata sembrano completamente consapevoli del proprio comportamento e può essere presente una componente di frustrazione. La presenza di capelli sul seggiolone del bambino può essere un segnale del fatto che i capelli non sono solo strappati ma anche ingeriti (tricoƒagia).

**Disturbo da escoriazione (**stuzzicamento della pelle) DSM 5, analogo quadro nell’ CD 05 definito Disturbo da Grattamento della Pelle dell’infanzia.

Criteri diagnostici

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 o di un'altra condizione medica

E. Lo stuzzicamento della pelle non è meglio giustificato dai sintomi di un altro disturbo mentale

La caratteristica fondamentale del disturbo da escoriazione (stuzzicamento della pelle) è il ricorrente stuzzicamento della propria pelle. Le aree più comunemente stuzzicare sono il volto, le braccia e le mani, ma molti individui possono stuzzicare aree corporee multiple. Gli individui possono stuzzicare la pelle sana, le irregolarità cutanee minori, come brufoli o calli, oppure le croste dovute a stuzzicamento precedente. La maggior parte degli individui si stuzzica con le unghie, anche se molti usano pinzette, spilli o altri oggetti. Oltre allo stuzzicamento della pelle, può esservi sfregamento, spremitura, punture e morsicatura della pelle. Gli individui con disturbo da escoriazione trascorrono spesso una notevole quantità di tempo mettendo in atto il loro comportamento di stuzzicamento, a volte diverse ore al giorno, e tale stuzzicamento della pelle può durare per mesi o anni. Si rilevano nella storia clinica ripetuti tentativi di ridurre o interrompere lo

stuzzicamento della pelle. Il comportamento causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, in parte a causa dell'evitamento di situazioni sociali.

Nei Bambini sotto i 6 anni, come ritroviamo nella CD 0-5 viene descritto il Disturbo Da Grattamento Della Pelle dell’Infanzia . Questo comportamento non è inusuale nell'infanzia, ma grattarsi la pelle fino al punto di causarsi ferite durature è piuttosto inconsueto. Infatti nella maggior parte dei casi questo disturbo si presenta in adolescenza. La caratteristica essenziale del Disturbo da Grattamento della Pelle è un grattamento della pelle che provoca lesioni durature.

 Anche per i bambini la modalità è analoga a quella precedentemente descritta come pizzicare le crosticine, le piccole imperfezioni della pelle o parti di pelle integre; oltre al grattamento della pelle, alcuni bambini possono danneggiare la propria pelle stroﬁnandola, graffiandola o stringendola. Come per gli adulti il comportamento disfunzionante può avvenire sia in risposta all'ansia, che in modo automatico.

Algoritmo diagnostico

Tutti i seguenti criteri devono essere presenti.

A. Il bambino gratta costantemente la propria pelle, le croste, o altre piccole imperfezioni provocandosi ferite durature (ad esempio, tagli, lesioni, lacerazioni).

B. Il grattamento della pelle non è controllato dal bambino.

C. La mancanza di guarigione non è attribuibile a una condizione medica o dermatologica.

D. I sintomi del disturbo, o l'adattamento dei caregiver ai sintomi, compromettono significativamente il funzionamento del bambino e della famiglia in uno o più dei seguenti modi:

1. causano disagio al bambino;

2. interferiscono nelle relazioni del bambino;

3. limitano la partecipazione del bambino alle attività o alle routine adeguate al suo sviluppo;

4. limitano la partecipazione della famiglia alle attività o alle routine quotidiane; o

5. limitano la capacità del bambino di imparare e sviluppare nuove abilità o interferiscono con i progressi dello sviluppo.

**SINDROME di TOURETTE CD 05**

La Sindrome di Tourette è un disturbo da tic che richiede la presenza sia di tic motori che vocali. Un tic è rappresentato da un movimento motorio o da una produzione vocale involontaria, ripetuta, rapida, non ritmica, che avviene improvvisamente e non sembra essere finalizzata al raggiungimento di nessun obiettivo. I tic possono essere movimenti o suoni semplici e abbastanza brevi, o possono essere movimenti o suoni complessi di più lunga durata. I tic complessi possono includere una serie di movimenti e possono apparire come intenzionali, come la ripetizione di una parola oscena (coprolalia), o di gesti (coproprassia). I tic possono anche includere movimenti imitativi (ecoprassia), ripetizione di parole (ecolalia) o ripetizione di suoni (palilalia). I tic nel tempo tendono ad aumentare e a diminuire d’intensità, e possono trascorrere ore, giorni o settimane in cui il bambino non presenta tic.

 Il bambino può presentare tic diversi nel corso del tempo, ma questi tendono a ripetersi in modo simile con specifiche caratteristiche e tempistiche. Con la crescita, il bambino divenendone consapevole può imparare a reprimere i tic per diversi lassi di tempo. La persistenza si stabilisce in un periodo di 12 mesi, considerando alcuni intervalli senza manifestazioni di tic.

 La prevalenza di questa malattia è valutata attorno al 0,05%, con un rapporto fra maschi e femmine di 3 a 1. Vi è familiarità rispetto al maggior rischio, per figli di madri affette dalla malattia, di presentarla a loro volta. Si osserva anche un`associazione significativa fra la malattia e il disturbo da iperattività e col disturbo ossessivo-compulsivo, tanto che la S. di Tourette viene considerata un disturbo appartenente allo spettro del disturbo ossessivo-compulsivo, in quanto esistono attualmente studi familiari ed evidenze sperimentali che dimostrano una elevata comorbilità. L’ipotesi è che si tratti di manifestazioni cliniche differenti di una disregolazione dello stesso substrato biologico.

La malattia, relativamente rara, può risultare invalidante per la gravità e molteplicità della sintomatologia ticcosa.

L’età d’insorgenza fra i due e i dieci anni e la sintomatologia prodromica ‑ difficoltà di concentrazione, irritabilità, scarsa tolleranza alle frustrazioni‑ fanno spesso porre diagnosi di disturbo da deficit dell’attenzione con iperattività; l’intervento farmacologico con stimolanti del sistema nervoso, può allora accelerare la comparsa dei tic.

Inizialmente si tratta di tic semplici (ammiccamento, movimenti del capo), seguiti successivamente da tic complessi; la coprolalia compare di solito nell’adolescenza in circa 1/3 dei casi. L’intensità dei tic può portare in alcuni casi a traumi fisici come un distacco di retina.

In questa malattia si ritrovano tratti ossessivi e compulsivi del carattere con impulsività, difficoltà di concentrazione e facilità di passaggio all’atto.

Il decorso è abitualmente cronico con remissioni ed esacerbazioni transitorie. In diversi soggetti si sviluppano aspetti depressivi anche secondariamente alle difficoltà di autoaffermazione sociale conseguenti al disturbo. Si osservano però casi in cui bambini affetti dalla malattia mostrano buone capacità, discreto adattamento e stabiliscono legami soddisfacenti sia all’interno della famiglia che coi coetanei.

Algoritmo diagnostico

Tutti i seguenti criteri devono essere presenti

A. Il bambino manifesta almeno un tic motorio semplice o complesso e almeno un tic vocale che aumenta e diminuisce d’intensità.

B. I tic non sono dovuti ad altra condizione medica generale.

C. I sintomi del disturbo, o l'adattamento dei caregiver ai sintomi, compromettono significativamente il funzionamento del bambino e della famiglia in uno o più dei seguenti modi:

1. causano disagio al bambino;

2. interferiscono nelle relazioni del bambino;

3. limitano la partecipazione del bambino alle attività o alle routine adeguate al suo sviluppo;

4. limitano la partecipazione della famiglia alle attività o alle routine quotidiane;

5. limitano la capacità del bambino di imparare e sviluppare nuove abilità o interferiscono con i progressi dello sviluppo.

Età: la diagnosi dovrebbe essere effettuata con cautela in bambini con età inferiore ai 18 mesi.

Durata: i sintomi devono essere presenti da almeno 12 mesi.

Nota: se è presente un'insorgenza improvvisa, considerare un'associazione con infezione da streptococco.

Il trattamento farmacologico dà risultati significativi. Si sono ottenuti discreti risultati sia con l’Aloperidolo (inibitore dopaminergico) a dosi piuttosto basse in circa l`80% dei casi, anche in associazione con il Trazodone, sia colla Clonidina (antagonista noradrenergico) in circa il 40, 70% dei casi . Nei casi in cui vi sia una comorbilità col D.O.C. è indicata la Pimozide.

A livello della famiglia è necessario contenere l`ansia per permettere ai genitori di avere atteggiamenti che non costituiscano un rinforzo alla sintomatologia (rimproveri, castighi, repressione). La psicoterapia individuale è indicata sia quando siano presenti tratti psicopatologici, sia in supporto all’ansia primaria e secondaria.

**Disturbo da tic motori o vocali secondo la CD 05**

Questo disturbo comprende o tic motori o tic vocali ma non entrambi, come nel caso della sindrome di G. de la Tourette; il disturbo è definito dall’elemento temporale ‑cronico‑ che lo distingue dal disturbo transitorio, vista la analogia sintomatologica.

L`intensità dei sintomi è minore che nella Sindrome di G. de la Tourette e va posta una accurata diagnosi differenziale con movimenti involontari determinati da patologia ed esiti di patologia del sistema nervoso centrale (forme extrapiramidali, paralisi cerebrali infantili, corea di Huntington).

Evoluzione: è più frequente la presenza di tic motori che vocali; quando la sintomatologia ticcosa insorge fra i 6 e gli 8 anni, si osserva una prognosi migliore, con scomparsa dei tic nella prima adolescenza. Sembra che la prognosi sia più severa quando i tic motori coinvolgono gli arti piuttosto che nei casi con tic unicamente facciali.

Algoritmo diagnostico

Tutti i seguenti criteri devono essere presenti.

A. Devono essere presenti per almeno 12 mesi tic motori singoli o multipli, semplici o complessi o tic vocali singoli o multipli, semplici o complessi

B.I tic possono intensiﬁcarsi o diminuire nel corso dei giorni e delle settimane, ma devono essere presenti - anche se con intermittenza- da 12 mesi dal momento in cui si è osservato il primo tic motorio o vocale.

C.I tic motori o vocali non sono spiegati dall`esposizione a un medicinale o da altra condizione.

D. Il bambino non soddisfa i criteri per la Sindrome di Tourette (che richiede la presenza di tic sia motori che vocali).

E. I sintomi del disturbo, o l`adattamento dei caregiver ai sintomi, compromettono significativamente il funzionamento del bambino e della famiglia in uno o più dei seguenti modi:

l. causano disagio al bambino;

2. interferiscono nelle relazioni del bambino;

3. limitano la partecipazione del bambino alle attività o alle routine adeguate al suo sviluppo;

4. limitano la partecipazione della famiglia alle attività o alle routine quotidiane; o

5. limitano la capacità del bambino di imparare e sviluppare nuove abilità o interferiscono con i progressi dello sviluppo.

Età: il bambino deve avere un'età di almeno 36 mesi.

Durata: i sintomi devono essere presenti da almeno 12 mesi.

Speciﬁcare: se solo con tic motori o solo con tic vocali.

La terapia farmacologica deve essere accuratamente valutata, caso per caso, visti gli effetti secondari dell`Aloperidolo, mentre i benzodiazepinici non hanno effetto significativo.

La psicoterapia è utile sia per focalizzare aspetti di disagio psicologico che incide nella comparsa della sintomatologia, sia per affrontare gli aspetti, di disagio e ansiogeni, di tipo secondario che il sintomo determina nei rapporti e nelle attività quotidiane. Andranno comunque affrontate con la coppia genitoriale le dinamiche relazionali ed è necessario un intervento di contenimento dell’ansia e delle condotte secondarie (rimproveri, inibizione) alle manifestazioni sintomatologiche.