

Il disturbo ossessivo-compulsivo nel DSM-V

Obsessive-compulsive disorder in the DSM-V

Il 2 maggio 2012 è stata resa pubblica l'ultima versione del testo proposto dai membri del *Work-Group e della Task-Force* per la quinta edizione del DSM¹. Non si tratta ancora della versione definitiva: la proposta infatti deve ora essere sottomessa al *Board of Trustees* dell'American Psychological Association (APA) per la revisione e l'approvazione.

Per quanto riguarda il disturbo ossessivo-compulsivo, le variazioni apportate rispetto alla precedente versione del manuale (DSM-IV-TR)² si collocano sostanzialmente in quattro ambiti: a) la categoria di appartenenza del disturbo, b) i criteri diagnostici, c) la specificazione di sottotipi clinici del disturbo, d) la valutazione della gravità.

Una nuova categoria: “*obsessive-compulsive and related disorders*”

Rappresenta il cambiamento maggiormente significativo: il disturbo ossessivo-compulsivo non si colloca più tra i disturbi d'ansia, ma viene individuato come entità nosologica autonoma insieme ad altri disturbi ad esso correlati. Si tratta di una scelta suggerita negli ultimi anni da molti autori e particolarmente auspicata proprio dalle Scuole italiane: la prima edizione del Trattato Italiano di Psichiatria (1992)³ già considerava il disturbo ossessivo-compulsivo in un capitolo separato da quello dei disturbi d'ansia; come Scuola torinese, sin dall'inizio dei nostri studi sul disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), abbiamo ribadito la necessità di considerare il disturbo separatamente dai disturbi d'ansia^{4 5}.

Nasce pertanto nel DSM-V una nuova categoria diagnostica nominata *obsessive-compulsive and related disorders*. Questa categoria risulta composta da otto disturbi: *obsessive-compulsive disorder*, *body dysmorphic disorder*, *hoarding disorder*, *hair pulling disorder*, *skin picking disorder*, *substance-induced obsessive-compulsive or related disorders*, *obsessive-compulsive or related disorder attributable to another medical condition*, *obsessive-compulsive or related disorder not elsewhere classified*. All'interno di questa categoria di nuova definizione, al DOC vengono ridisegnati e parzialmente ridotti i confini nosografici: i quadri clinici caratterizzati essenzialmente da sintomi di accumulo non fanno più parte del disturbo ossessivo-compulsivo perché acquisiscono dignità nosologica autonoma, l'*hoarding disorder*, correlato al DOC ma distinto da esso. Tra gli *obsessive-compulsive related disorders* vengono inoltre compresi disturbi che il DSM-

IV-TR pone attualmente in altre categorie diagnostiche: il *body dysmorphic disorder* (ora classificato tra i disturbi somatoformi), l'*hair pulling disorder* (tricotillomania) e lo *skin picking disorder* (collocati tra i disturbi da discontrollo degli impulsi).

Per quanto riguarda i *substance-induced obsessive-compulsive or related disorders* e l'*obsessive-compulsive or related disorder attributable to another medical condition*, questi compaiono già nel DSM-IV-TR all'interno delle categorie “disturbo d'ansia indotto da sostanze” e “disturbo d'ansia dovuto a una condizione medica generale”. La novità prevista dal DSM-V è l'estensione anche ai disturbi DOC-correlati: anch'essi possono essere diagnosticati come secondari a disturbi indotti da sostanze o dovuti a una condizione medica generale.

Viene infine proposto di inserire l'*olfactory reference syndrome* all'interno dell'*obsessive-compulsive or related disorder not elsewhere classified*. Nel DSM-IV-TR, il disturbo è invece diagnosticabile come disturbo delirante, tipo somatico. La nuova collocazione proposta dal DSM-V per l'*olfactory reference syndrome* è ancora in fase di valutazione: gli autori suggeriscono infatti di inserire questo disturbo anche nella sezione del DSM-V dedicata ai disturbi che necessitano di altri studi per una migliore definizione diagnostica.

I criteri diagnostici per il disturbo ossessivo-compulsivo

Considerando i criteri diagnostici proposti per il disturbo ossessivo-compulsivo dai membri del *Work-Group e della Task-Force* per la quinta edizione del DSM, emergono alcune variazioni rispetto alla precedente edizione del Manuale.

Per quanto concerne il criterio A, si osservano alcune variazioni semantiche riguardanti la definizione dei sintomi ossessivi, mentre non cambiano i criteri diagnostici per le compulsioni. Si tratta certamente di modifiche minori, ma che assumono comunque un importante significato psicopatologico. Con il razionale di fare riferimento a un nucleo psicopatologico diverso da quello dei disturbi da discontrollo degli impulsi e per rendere più agevole la diagnosi differenziale del DOC da questi disturbi, il termine *impulse* è sostituito da *urge* (traducibile più come “stimolo” o “spinta” piuttosto che impulso). Un'altra variazione semantica consiste nella sostituzione del termine *inappropriate* con *unwanted*, così da fare riferimento in

maniera più netta all'egodistonicità dei contenuti ossessivi e liberando il campo dal giudizio inerente l'appropriatezza o meno del contenuto di pensiero in questione. Si accentua in tal modo l'importanza della manifestazione formale del sintomo che è indipendente dalle specifiche variabili culturali cui può invece ispirarsi il contenuto. Nel criterio diagnostico per le ossessioni che propone il DSM-V si osserva ancora una variazione: il sintomo ossessivo provoca ansia/disagio *in most individuals*. Non più in tutti gli individui, come deve essere per il DSM-IV-TR. Secondo la nuova proposta, sarà dunque possibile includere nella diagnosi di DOC anche pazienti nei quali le ossessioni non sono fonte di ansia/disagio. Questo punto è interessante ma discutibile. Senza dubbio anche in questo modo si sottolinea l'autonomia psicopatologica dell'ossessività dall'ansia, ma si apre un quesito fondamentale: può un sintomo ossessivo essere vissuto senza partecipazione emotiva o addirittura con partecipazione emotiva positiva? Per tutta la psicopatologia – dinamica, fenomenologica e cognitivista – il sintomo ossessivo è per definizione sofferto, vissuto con senso di assedio mentale insopportabile o che genera paura ... Sul piano clinico-pratico ne deriverebbero delle immediate conseguenze: come distinguere le ideazioni ossessive vissute senza ansia e senza disagio, magari con sintonia e partecipazione emotiva, dalle idee prevalenti? Nel caso di ossessioni con partecipazione emotiva positiva che generano compulsioni di risposta, come distinguerle dagli impulsi agiti per soddisfare dei piaceri o delle pulsioni maladattive? A mio giudizio, questa variazione è molto innovativa sul piano psicopatologico e proprio per questo meriterebbe di essere ulteriormente discussa e valutata.

Sempre all'interno della definizione dei sintomi ossessivi vengono infine proposte altre due modifiche: il criterio diagnostico secondo cui "le ossessioni non sono semplicemente preoccupazioni ossessive per problemi della vita quotidiana" (item 2) e quello secondo cui il paziente "riconosce che i sintomi ossessivi sono un prodotto della propria mente e non imposti dall'esterno" (item 4) vengono concettualmente mantenuti, ma non sono più collocati tra gli item per la definizione di ossessioni, bensì all'interno del criterio riguardante la diagnosi differenziale (criterio D).

Il criterio B del DSM-IV-TR, cioè quello che stabilisce che in qualche momento durante il decorso di malattia il paziente ha riconosciuto che le ossessioni o le compulsioni sono eccessive o irragionevoli verrà rimosso nel DSM-V: il rationale di tale modifica viene giustificato dal fatto che le parole *excessive* e *unreasonable* non sono interpretabili in modo univoco. Pertanto, come vedremo in seguito, il grado di consapevolezza di malattia verrà definito in modo più appropriato tramite l'aggiunta di un item specifico per la descrizione dell'insight.

Il criterio C del DSM-IV-TR indica che le ossessioni o

le compulsioni devono avere la durata complessiva di almeno un'ora nell'arco dell'intera giornata. Nella proposta per il DSM-V questo criterio (che diventa il B) viene reso meno rigido, indicando in modo più generico che le ossessioni e le compulsioni occupano tempo, *ad esempio* per più di un'ora al giorno.

Infine, come già precedentemente accennato, il criterio riguardante la diagnosi differenziale (criterio D) viene ampliato con l'aggiunta dell'indicazione a porre diagnosi differenziale con: *generalized anxiety disorder* (prima descritta tramite l'item 2), *skin picking disorder*, *stereotypic movement disorder*, *hoarding disorder*, *gambling, psychotic disorder* e *autism related disorder*.

I sottotipi clinici del disturbo ossessivo-compulsivo

Il terzo ambito in cui la proposta del DSM-V introduce delle modifiche concerne la determinazione di specificazioni (*specifiers*) che individuano dei sottotipi clinici del disturbo ossessivo-compulsivo.

La specificazione di *insight*, già presente nel DSM-IV-TR, fa riferimento al grado di consapevolezza di malattia rilevabile nel momento in cui viene condotta la valutazione del paziente. A differenza però della precedente versione del Manuale, in cui è possibile solo specificare l'eventuale "scarso insight", la proposta del DSM-V prevede che per ogni paziente sia indicato il livello di consapevolezza del disturbo: buon insight, scarso insight, insight assente. La possibilità di includere nella diagnosi di DOC pazienti che non presentano alcuna consapevolezza di malattia (insight assente) si discosta da quanto è indicato nel DSM-IV-TR, dove per questi pazienti viene suggerito di porre una diagnosi addizionale di disturbo delirante o di disturbo psicotico. Gli autori sottolineano come tale modifica riguardante l'insight trovi il suo rationale da un lato nel potenziale vantaggio di riunire in un unico criterio l'ampia variabilità in termini di consapevolezza di malattia che contraddistingue il DOC lungo il suo decorso, dall'altro nel fatto che i tre diversi livelli di insight rispecchiano i criteri già utilizzati nelle scale validate per la valutazione della gravità del disturbo (ad esempio nella *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*).

Nel DSM-V viene inoltre proposto una nuova specificazione. Si tratta della sottocategoria di disturbo ossessivo-compulsivo associato a disturbo da tic (*tic-related OCD*). L'individuazione di questo sottotipo clinico è ampiamente supportata dai dati presenti in letteratura. È ormai documentata e riconosciuta infatti l'esistenza di una variante del disturbo ossessivo-compulsivo che si associa a disturbi da tic; si tratta di quadri clinici diffusi con maggiore prevalenza nella popolazione maschile, che presentano tassi di familiarità più elevata e che esordiscono più precocemente. Il dato clinico di maggiore importanza che

giustifica l'individuazione di questo sottotipo è quello relativo al trattamento: i sintomi ossessivo-compulsivi di questi pazienti beneficiano significativamente dell'aggiunta di alcuni antipsicotici a basso dosaggio (aloperidolo, risperidone) alla terapia antiossessiva standard.

La valutazione della gravità

Un'ultima modifica riguarda poi la severità del disturbo. Nell'ottica di un assessment dimensionale infatti, la proposta per il DSM-V fornisce per ogni categoria diagnostica dei criteri di riferimento per la valutazione della gravità del disturbo. Per quanto riguarda il DOC le scale suggerite sono: *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS)⁶ e *Florida Obsessive-Compulsive Inventory* (FOCI)⁷. Una terza scala verrà forse aggiunta, ma è tuttora in fase di valutazione.

Anche per quanto riguarda la valutazione dell'insight viene suggerito l'uso di una scala psicometrica: la *Brown Assessment and Beliefs Scale* (BABS)⁸, suggerita anche per *hoarding disorder*, *body dysmorphic disorder* e *olfactory reference syndrome*.

Conclusioni

In conclusione, la proposta formulata dai membri del *Work-Group e della Task-Force* per la quinta edizione del DSM pone il disturbo ossessivo-compulsivo in una posizione di maggiore rilievo nell'ambito della psicopatologia e della psichiatria clinica. In primo luogo, il disturbo acquisisce una collocazione nosografica autonoma e viene posto al centro di un gruppo di altri disturbi ad esso correlati. In secondo luogo, la fenomenica dell'ideazione ossessiva viene ulteriormente precisata sia rispetto al discontrollo degli impulsi che rispetto alla sintomatologia ansiosa. Un unico punto discutibile è la possibilità di considerare come idea ossessiva una rappresentazione mentale vissuta senza ansia e senza disagio: esiste il ri-

schio di includere nel disturbo anche le idee prevalenti ovvero le spinte pulsionali maladattive.

Sul piano clinico, la migliore precisazione del livello di insight e del livello generale di gravità del disturbo costituisce un utile completamento alla descrizione del paziente. Sono dati che favoriscono sia la comunicazione tra specialisti che il monitoraggio nel tempo del paziente in cura. Infine, la specificazione del sottotipo con disturbi da tic individua per la prima volta una variante clinica di disturbo ossessivo-compulsivo per cui è indicato un trattamento specifico e parzialmente differenziato.

Giuseppe Maina

Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Bibliografia

- 1 www.dsm5.org
- 2 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth editing. Text Revision.* Washington, DC, 2000.
- 3 *Trattato Italiano di Psichiatria*. I edizione. Milano: Masson 1992.
- 4 Ravizza L, Barzega G, Bellino S, et al. *Aspetti clinici e nosografici del disturbo ossessivo-compulsivo: analisi critica della letteratura*. Rivista di Psichiatria 1995;31:53-60.
- 5 Maina G, Barzega G, Bogetto F, et al. *Questioni nosografiche*. In: Ravizza L, Bogetto F, Maina G, a cura di. *Il disturbo ossessivo-compulsivo*. Milano: Masson 1997, pp. 44-8.
- 6 Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al. *The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. 2. Validity*. Arch Gen Psychiatry 1989;46:1012-6.
- 7 Storch EA, Kaufman DA, Bagner D, et al. *Florida Obsessive-Compulsive Inventory: development, reliability, and validity*. J Clin Psychol 2007;63:851-9.
- 8 Eisen JL, Phillips KA, Baer L, et al. *The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity*. Am J Psychiatry 1998;155:102-8.