
Disturbo Ossessivo Compulsivo post-traumatico: un caso clinico

Posttraumatic obsessive-compulsive disorder: a case study

PIERLUIGI SCARCIGLIA

III Clinica Psichiatrica, Università di Roma, La Sapienza

RIASSUNTO. Introduzione. Negli ultimi anni vari studi hanno suggerito che un evento traumatico possa avere un ruolo nella eziopatogenesi del DOC e che possa esistere, in altri casi, un legame fra il DOC ed il disturbo post-traumatico da stress. Questo ha fatto sì che, in tali casi, si sia potuta ipotizzare la presenza di casi di DOC post-traumatico. **Il caso.** Viene qui presentato un caso, di particolare chiarezza, osservato nell'ambulatorio della III Clinica Psichiatrica dell'Università "La Sapienza" di Roma, che conferma l'esistenza di tale nesso e le dinamiche con le quali si è sviluppato e ci suggerisce alcuni possibili meccanismi. **Discussione.** In molti casi la sintomatologia ossessiva coesiste insieme a quella post-traumatica, in altri invece si innesta solo in un secondo momento, probabilmente alimentata da un forte aumento dell'*arousal*. Dall'osservazione di questo caso clinico abbiamo potuto desumere come alcune volte sia possibile ipotizzare un rapporto di dinamica connessione fra una sintomatologia post-traumatica e una sintomatologia ossessiva. Tuttavia non è ancora possibile stabilire quale sia il reale punto di contatto fra queste. Probabilmente i fattori da considerare sono più di uno: personalità di base, natura del trauma, vulnerabilità psichica ad un evento traumatico, tratti temperamentali, ecc. Tali ipotesi suggerirebbero l'opportunità di ulteriori ricerche, volte a chiarire meglio quale sia il più corretto inquadramento nosologico del DOC post-traumatico.

PAROLE CHIAVE: disturbo ossessivo compulsivo, disturbo post-traumatico da stress, caso singolo.

SUMMARY. Introduction. During the last years, OCD studies suggested that trauma may play an etiological role in the genesis of some cases of this kind of syndrome and that a link may exist between OCD and post-traumatic stress disorder (PTSD). For this reason, in many cases, it was possible to suppose the presence of a post-traumatic-OCD. **The case.** We present a clinical case, observed in the ambulatory of the III Clinica Psichiatrica of the University "La Sapienza" of Rome which shows a particularly clear development and it seems to confirm many of the postulates of a "post-traumatic-OCD". **Discussion.** In some cases the obsessional symptomatology coexists together with the post-traumatic symptomatology. In other cases instead, it appears later, probably because of the high increase of the arousal. By the observation of this clinical case, we desumed that sometimes it is possible to hypothesize a dynamic connection between a post-traumatic symptomatology and an obsessive one. Nevertheless, it is not yet possible to find a real link between the two symptomatology. Probably we should consider more than one element: basic personality, nature of the trauma, psychic vulnerability regarding traumatic events, temperamental traits, etc. Further studies are necessary in order to make clear whether the nosological classification of post traumatic-OCD is appropriate.

KEY WORDS: obsessive-compulsive disorder, post-traumatic stress disorder, single case.

Attualmente gli studi di comorbidità riferiti al PTSD hanno potuto constatare quanto alta sia la associazione fra questo disturbo e altri disturbi dell'area dell'Ansia. Da lavori approfonditi, svolti su popolazioni di soggetti sottoposti a forti stimoli stressogeni o ad eventi catastrofici veri e propri, è emersa un'associazione

significativa fra PTSD e DOC (1). È stato inoltre notato, in uno studio epidemiologico effettuato sulla popolazione generale, come il rischio di sviluppare un DOC sia dieci volte più elevato in coloro che abbiano già risposto ad una diagnosi di PTSD, rispetto al resto della popolazione (2). Questo lascerebbe ipotizzare la

E-mail: pscarciglia@hotmail.com

possibile esistenza di fattori che, in individui non ancora esposti ad eventi traumatici, sottendono ad una tendenza a sviluppare una sintomatologia ossessiva, in grado di giustificare l'alta prevalenza di "DOC post-traumatico". Janet, nei primi anni del secolo scorso, fu il primo a riconoscere casi di DOC causati da forti shock emozionali (3).

Il ruolo dell'evento stressante come antecedente di idee intrusive e quindi di vere ossessioni, è stato poi confermato da studi successivi (4-5).

L'ultimo decennio ha visto un crescente numero di lavori su questo argomento e sempre maggiori evidenze vedono in un evento traumatico uno fra i presumibili fattori patogenetici in grado di dar luogo ad una sintomatologia ossessiva.

Il DOC rappresenta un paradosso degli attuali sistemi classificativi utilizzati in psichiatria poiché, al perfetto e riconoscibilissimo corteo sintomatologico che lo caratterizza, non trova riscontro un'equivalente descrizione del percorso etiologico e fenomenologico che ad esso fa capo.

Pancheri (6) lo definisce come una delle "sindromi forti" all'interno delle attuali classificazioni psichiatriche, per la sua precisa identità nosografica in grado di facilitarne l'identificazione, la diagnosi e la terapia. Anche i dati riguardanti gli studi morfo-funzionali di brain imaging definirebbero precise alterazioni nei circuiti cerebrali che sottendono a questo disturbo. Tali circuiti, però, avrebbero un ruolo chiave non tanto nel determinare la malattia ossessiva quanto soprattutto nel mantenerla.

Il punto fino ad oggi oscuro, rimane quindi quale sia il *primum movens* del DOC e se esista o meno un reale rapporto fra questo disturbo e un evento traumatico. Alcune teorie (7) riconoscono all'evento traumatico la possibilità di attivare, attraverso la via classica del condizionamento, uno stato di esaltata risposta agli stimoli esterni. Tale livello di *arousal* metterebbe in atto una serie di "comportamenti di difesa" che, mantenuti e rafforzati nel tempo, darebbero vita a vere compulsioni.

Questi comportamenti compulsivi sarebbero mantenuti a causa del loro positivo effetto nel ridurre l'ansia (8). Pochi sarebbero però, allo stato attuale, i dati in grado di dimostrare una incontrovertibile reazione causale fra esperienza traumatica e DOC (9-10). Nonostante ciò, esiste un cospicuo numero di casi descritti in letteratura di DOC post-traumatico ed è ipotizzabile che un evento stressogeno acuto possa slantizzare un DOC di vecchia data portando ad una ricaduta della sintomatologia ossessiva (11).

In un articolo comparso sulla rivista *Psychiatry* nel 1999, Dinn e Harris (12) postulano l'esistenza di DOC

post-traumatico, giustificandolo attraverso un modello a tre fattori (uno di carattere cognitivo, uno comportamentale, uno biologico) che combinandosi nel tempo andrebbero a generare una sintomatologia ossessiva. L'esposizione prolungata a stress potrebbe, infatti, sviluppare uno stato di profonda insicurezza e ansia cronica. Tale stato sarebbe la causa di un DOC-sottosoglia, presente già durante l'infanzia. In risposta a questa condizione, il soggetto tenderebbe ad acquisire un nuovo stile cognitivo caratterizzato da un'esagerata valutazione delle minacce esterne. A questo andrebbe ad aggiungersi una disregolazione nei sistemi serotoninergici cerebrali (soprattutto nella corteccia orbito-frontale). In particolare il DOC è associato ad una up-regulation dei recettori serotoninergici (13-14). Col passare del tempo questa iper-responsività agli stimoli esterni tenderebbe ad abbassare sempre più la soglia di reazione del soggetto e tale stato creerebbe una varietà di strategie di compenso, atte a ridurre gli effetti dell'ansia. Queste strategie costituirebbero il *core* della sintomatologia ossessiva.

Resta da esplorare l'ipotesi che su una predisposizione temperamentale, forse connessa ad un accresciuto metabolismo orbito-frontale (15) serotoninergico, un forte stimolo stressogeno, possa generare delle strategie di compenso tali da dare vita alla sequenza ossessivo-compulsiva.

Alla luce di questi studi, abbiamo pensato di presentare un caso clinico, osservato nell'ambulatorio del servizio di Psicofarmacologia e Medicina Psicosomatica dell'Università "La Sapienza" di Roma.

Tale caso si è dimostrato, a nostro parere, di particolare chiarezza nelle dinamiche con le quali si è sviluppato e ci è parso confermare molti dei postulati sul DOC post-traumatico.

IL CASO

C. D. è un uomo di 25 anni, caucasico di cittadinanza italiana, giunto alla nostra osservazione in compagnia di uno dei suoi cinque fratelli maggiori. Attraverso una prima osservazione egli sembra pervaso da un marcato stato di irrequietezza e anche dall'eloquio, poco fluido e irregolare nel ritmo, sembra trasparire un certo stato di nervosismo e di agitazione.

Nel mese di luglio 2001, il signor C. è stato vittima di un gravissimo incidente stradale in seguito al quale ha subito la rottura dell'aorta addominale e lo spappolamento della milza, mettendo in serio pericolo la propria vita.

Prontamente trasportato nell'ospedale più vicino, in stato di shock, è stato mantenuto in coma farmacologi-

co per 25 giorni. Dopo due settimane ha sviluppato una grave pancreatite post-traumatica che ha reso necessario un immediato drenaggio addominale. Le condizioni generali, già compromesse dal forte shock seguito all'incidente e dal delicato intervento di arteroplastica aortica, sono state ulteriormente gravate dalla pancreatite che ha causato, a sua volta, un ulteriore scadimento della perfusione renale e della ventilazione polmonare. Questo aggravarsi delle condizioni generali ha reso necessario il trattamento in regime di terapia intensiva per alcuni giorni.

Dopo aver superato questi problemi ed aver riacquisito dei parametri vitali soddisfacenti, il signor C. è stato dimesso il 7 agosto con la formula di "dimissione protetta" ed è stato avviato ad un percorso riabilitativo di fisioterapia al fine di riacquisire una normale postura e ad una corretta deambulazione.

Il violento trauma addominale e le molteplici fratture e lacerazioni, presenti sul suo corpo, hanno generato numerosi esiti cicatriziali, evidenti soprattutto nella parte alta del torace e sull'addome.

Dopo appena una settimana dalla dimissione, il signor C. ha iniziato a presentare una sintomatologia caratterizzata da intensa paura, incubi notturni (alcuni dei quali riguardanti direttamente l'incidente), continui flashback inerenti all'avvenimento accaduto, condotte di evitamento relative all'uso di mezzi di trasporto e difficoltà a concentrarsi su qualsiasi attività.

A questi sintomi, a detta del fratello, andavano ad aggiungersi una marcata riduzione dell'interesse e della partecipazione alle normali attività della famiglia, una affettività ridotta insieme ad una sensazione di distacco e di estraniamento dagli altri.

Durante il colloquio era inoltre emerso un tono dell'umore moderatamente orientato verso il polo negativo associato a profondi vissuti di inadeguatezza per la propria condizione. Il signor C. è giunto nel nostro ambulatorio in seguito al persistere della sintomatologia, protrattasi per i successivi otto mesi dalla dimissione, nonostante egli assumesse giornalmente benzodiazepine (bromazepam, 4,5mg).

Ulteriori fattori in grado di giustificare la diagnosi di PTSD erano la sua riferita ipervigilanza ed il suo forte stato di irritabilità, pronto a sfociare in incontrollati e ingiustificati accessi di rabbia, anche per motivi banali. I punteggi ottenuti dalla somministrazione delle scale per l'ansia e per la depressione sono risultati (Hamilton-A e Hamilton-D), rispettivamente 33 e 29. Tali scale hanno dimostrato elevati punteggi negli item relativi alla sfera dell'ansia, della paura e dell'insonnia (Ham-A) e in quelli riguardanti il lavoro e gli interessi (Ham-D). Complessivamente, il nostro giudizio clinico sullo stato del signor C. (valutato attraverso il protocollo C.G.I.) si è attestato su un punteggio di 5. La VGF (Valutazione Globale del Funzionamento), attestata su un punteggio compreso tra 50 e 55, ha confermato la gravità del quadro.

Il signor C. si descrive come una persona "attenta ai particolari" e testarda. Sarebbe stato (fino all'incidente) una persona piena di interessi, con una vita sociale molto ricca e movimentata; tuttavia egli non ricorda di aver mai intrapreso delle amicizie particolarmente profonde e durature ma piuttosto tante conoscenze, rimaste sempre su un livello particolarmente superficiale. Anche le sue relazioni sentimentali sarebbero state di scarsa importanza fino all'età di 23 anni, periodo in cui avrebbe conosciuto la sua attuale compagna.

Il suo temperamento sembra essere marcatamente emotivo. La personalità tendente alla riservatezza e alla non verbalizzazione dei propri vissuti dimostra un atteggiamento di fondo impulsivo che emergerebbe di fronte a conflittualità particolarmente intense.

È presente inoltre nella sua storia clinica una certa predisposizione all'ansia e alla somatizzazione dei propri vissuti intrapsichici.

Riguardo una possibile familiarità psichiatrica, il signor C. riferisce la presenza di un forte stato ansioso della madre, spesso non focalizzabile su un problema specifico. La sorella (terzogenita), inoltre, avrebbe presentato due episodi depressivi di non ben precisata natura.

Dal punto di vista lavorativo, il signor C. ha dimostrato una certa discontinuità: egli infatti, dopo aver lasciato gli studi di Ragioneria durante il corso dell'ultimo anno, senza conseguire il diploma, ha saltuariamente lavorato come "banconista" nell'attività commerciale di famiglia, senza però alcun entusiasmo. Alcuni giorni prima dell'incidente era seriamente intenzionato a cercarsi un nuovo lavoro.

Sintomi ossessivi

La sintomatologia ossessiva, emersa solo nella seconda parte del colloquio clinico, sembra essere insorta subito dopo il ritorno a casa, ad alcuni giorni dalla dimissione.

Mentre il signor C., infatti, prova a descrivere i frammentari ricordi di quei giorni trascorsi in ospedale, riferisce di aver provato un particolare stato di disagio nel dover essere giornalmente accudito e pulito dal personale ospedaliero e tale senso di disagio continua ad avvertirlo anche fra le proprie mura domestiche. Egli avverte la continua sensazione di sporcizia e sente un bisogno irrefrenabile di doversi rilavare, con un numero crescente di volte, durante la stessa giornata. Da quando è tornato a casa, egli afferma di provare una grossa difficoltà nei rapporti interpersonali a causa del continuo timore di avere un contatto fisico con gli altri, cosa che accrescerebbe ulteriormente il suo senso di sporcizia.

A causa di questo problema egli avrebbe cominciato ad evitare i luoghi affollati (autobus, cinema, bar, negozi...) e avrebbe interrotto qualsiasi tipo di rapporto interpersonale per il disagio procurato anche dalla sola

semplice stretta di mano. Riferisce inoltre difficoltà nell'attuazione della libido poiché frenato da questo senso di impurezza che lo accompagna e in relazione alle sequele fisiche dovute all'incidente, che, a detta del signor C., gli renderebbero difficile l'idea di doversi mostrare nudo davanti alla propria compagna.

In questa triste condizione, trascorre la giornata in quasi totale solitudine, continuando a rilavarsi le mani o i denti e rivivendo spesso con flashback i terribili momenti dell'incidente, accrescendo sempre di più il suo profondo stato di angoscia e di inadeguatezza. Per valutare in maniera più specifica la gravità della sintomatologia ossessivo-compulsiva, abbiamo somministrato la scala Y-BOCS, dalla quale è emerso un punteggio totale di 29 (14 per i sintomi ossessivi e 15 per quelli compulsivi).

Discussione

Il caso trattato pone l'attenzione sulla sottile linea che a volte separa i sintomi di carattere post-traumatico da quelli ossessivi. Il legame fra queste due categorie è spesso di difficile interpretazione.

In molti casi la sintomatologia ossessiva coesiste e compare insieme a quella post-traumatica, in altri invece si innesta solo in un secondo momento, probabilmente alimentata da un forte aumento dell'*arousal*.

Riguardo al contenuto delle ossessioni e quindi delle compulsioni, è chiaro che la maggior parte di esse traggano origine e forma dalla stessa natura dell'evento traumatico a monte (ad un abuso sessuale segue spesso una sensazione di contaminazione e quindi un rituale di *washing*, ad una rapina segue l'idea di essere indifesi e violati cui segue e un rituale di *checking* ecc.), ma non sempre è possibile desumere un chiaro rapporto di derivazione.

Alcune teorie riconoscono alle idee ossessive delle risposte latenti attivate da vari fattori fra cui un forte stress (16), altre invece attribuiscono i sintomi ossessivi ad errate elaborazioni di un evento traumatico (17).

Nel caso presentatosi alla nostra osservazione, i rituali di *washing*, insorti subito dopo la comparsa dei sintomi post-traumatici, sembrerebbero non avere alcuna correlazione con l'evento traumatico (l'incidente stradale). A questo punto verrebbe da chiedersi se l'evento in questione non sia stato solo il fattore scatenante di un DOC che già tendenzialmente era presente, in forma latente, nel soggetto osservato.

In letteratura è possibile osservare come spesso siano presenti delle risposte comportamentali stereotipate, non correlabili all'evento che le ha stimulate oppure originate da stimoli non specifici (18-19).

Un altro punto di estremo interesse, a nostro parere essenziale, per lo sviluppo di un possibile DOC, post-traumatico, è la personalità di fondo che caratterizza la vita del soggetto prima del trauma. Nel caso preso in esame, i dati a nostra disposizione non permettono di sostenere la tesi di una personalità ossessiva premorboza, tuttavia il signor C. ci sembrerebbe comunque essere racchiudibile nel medesimo *cluster* di tale disturbo.

Altro fattore da prendere in considerazione, poi, è la maggiore o minore vulnerabilità psicologica che fa da substrato ad un evento traumatico. Su tale argomento, Rachman (8) ha postulato l'esistenza di quattro diversi fattori di vulnerabilità, nella genesi di una successiva ossessione: elevato standard morale (comprendente una spiccata tendenza al perfezionismo), particolari stili cognitivi (contemporaneità pensiero-azione e senso di responsabilità), tendenza ad un umore depresso e propensione all'ansia. Se rapportassimo questi fattori al caso del signor C., osserveremmo senza dubbio degli spunti degni di essere sottolineati: eccessiva precisione, propensione all'ansia, ecc.

Dal caso osservato si desume come alcune volte sia possibile supporre un rapporto di dinamica connessione fra una sintomatologia post-traumatica e una sintomatologia ossessiva; tuttavia non è ancora possibile stabilire quale sia il reale punto di contatto fra queste. Oggi, inoltre, non siamo in grado di spiegare come mai soltanto alcuni PTSD attivino un DOC. Probabilmente i fattori da considerare sono più di uno: personalità di base, natura del trauma, maggiore vulnerabilità psichica ad un evento traumatico, tratti caratteriali, ecc.

Sarebbe molto interessante chiarire questi dubbi con ulteriori e più approfonditi studi, per capire quale sia il vero percorso che dal trauma porta all'ossessione e magari comprendere se, trattando il primo disturbo con efficacia, sia possibile prevenire o rimuovere anche il secondo. Questi ed altri interrogativi un giorno potrebbero trovare un riscontro e forse potrebbero portare all'aggiunta di nuovi sottogruppi del DOC nei futuri sistemi classificativi delle malattie mentali.

BIBLIOGRAFIA

1. De Silva P, Marks M: The role of traumatic experience in the genesis of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 1999, 37, 941-951.
2. Helzer JE, Robins LN, Mc Evoy L: Posttraumatic stress disorder in the general population: findings of the Epidemiologic Catchment Area Survey. *New England Journal of Medicine* 1987, 317, 1630-1634.

3. Janet P: Les obsessions et la psychestemie. Paris, Alcan, 1903.
4. Rachman S, Hodgson R: Obsession and Compulsion. Hillsdale, NJ, Prentice-Hall, 1980.
5. De Silva P, Rachman S: Obsessive compulsive disorder: the facts, revised edition Oxford University Press, 1998.
6. Pancheri P: La patofisiologia del DOC ovvero la sindrome del serpente. All'interno della collana "Il punto su", Il disturbo ossessivo compulsivo: la cura, Scientific Press, Firenze, 1998, IV, 1-44.
7. Eysenck HJ, Rachman S: The cause and cures of neuroses. London, Routledge & Kegan Paul, 1965.
8. Rachman S: A cognitive theory of obsessions. Behaviour Research and Therapy, 1997, 35, 793-802.
9. Pollit J: Obsessional state, British Journal of Hospital Medicine, 1969, 2, 1146-1150.
10. Jones M.K, Menzies RG: The relevance of associative learning pathways in the development of obsessive compulsive washing. Behaviour Research and Therapy, 1998, 36, 273-283.
11. Marks I.M: Fears, phobias and rituals, Oxford: Oxford University Press, 1987.
12. Dinn WM, Harris CL, Raynard RC: Posttraumatic obsessive-compulsive disorder: a three-factoral model, Psychiatry, 1999, 62, 313-323.
13. Insel TR, Winslow JT: Neurobiology of obsessive compulsive disorder. In: Jenike M.A, Baer L, Minichiello W.E (Ed): Obsessive compulsive disorders: theory and management. Chicago, Year Book Medical Publishers, 1990.
14. Petty F, Davis LL, Kabel D, Kramer GL: Serotonin dysfunction disorders: a behavioral neurochemistry perspective. Journal of Clinical Psychiatry, 1996, 57, (Suppl 8), 11-16.
15. Shin LM, et al.: Regional cerebral blood flow during script-driven imagery in childhood sexual-abuse related PTSD: A PET investigation. American Journal of Psychiatry, 1999, 166, 676-684.
16. Pitman R.K: Historical considerations. In Y. Zohar, S. Rasmussen, & T. Insel (Eds.), Psychobiology of obsessive-compulsive disorder. New York, Springer, 1991.
17. Rheaume J, Freeston MH, Leger E, Ladouceur R: Bad luck: an underestimated factor in the development of obsessive-compulsive disorder. Clinical Psychology and Psychotherapy, 1998, 5, 1-12.
18. Pitman RK: Pierre Janet on obsessive-compulsive disorder (1903): review and commentary. Archives of General Psychiatry. 1991, 44, 226-232.
19. De Silva P: Obsessive-compulsive disorder. In M. Power, & L. Champion (Eds.), Adult psychological problems: an introduction. London, Falmer Press, 1992.