

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità (DOCP)

in inglese Obsessive-Compulsive Personality Disorder, OCPD) è un disturbo appartenente al Cluster C, caratterizzato da una **preoccupazione per l'ordine**, il **perfezionismo** e il **controllo**, a scapito della flessibilità, della spontaneità e dell'efficacia. Questa rigidità influisce significativamente sul funzionamento relazionale, sociale e lavorativo.

I tratti distintivi includono perfezionismo eccessivo, meticolosità, indecisione cronica, ostinazione, tendenza alla procrastinazione e difficoltà a delegare. Le persone con DOCP si sentono a proprio agio solo quando possono esercitare un **controllo elevato sull'ambiente e su sé stesse**, tollerando poco l'imprevisto e l'incertezza. Questa modalità disfunzionale può condurre a distress clinicamente significativo, pur essendo spesso confusa con tratti di **diligenza o affidabilità**.

Il disturbo è relativamente comune nella popolazione generale, con stime di prevalenza comprese tra il 2% e l'8%, ed è frequentemente sottodiagnosticato. È più comune negli uomini e si associa frequentemente a disturbi dell'umore, d'ansia e ad altri disturbi di personalità.

DOCP e lo spettro ossessivo-compulsivo

La letteratura più recente colloca il DOCP all'interno dello **spettro ossessivo-compulsivo**, insieme al Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) e ad altri disturbi correlati. Sebbene il DOCP non includa ossessioni e compulsioni vere e proprie, la vicinanza concettuale con il DOC è supportata da **sovrapposizioni sintomatologiche**, presenza simultanea di patologie e meccanismi neurobiologici comuni.

L'intolleranza all'incertezza e il bisogno di controllo sono processi centrali in entrambi i disturbi. Inoltre, la presenza di tratti ossessivo-compulsivi di personalità può aggravare il decorso del DOC, compromettendo la risposta al trattamento e il funzionamento globale.

Incidenza e fattori intersezionali

Il DOCP è un **disturbo cronico e prevalente**, con una diffusione nella popolazione generale compresa tra il 2% e l'8%. È più frequentemente diagnosticato negli uomini, verosimilmente a causa di fattori socioculturali che promuovono nei maschi ideali di perfezione, autocontrollo e affidabilità.

Le manifestazioni cliniche possono variare in base allo stile di attaccamento, alla resilienza individuale e alle condizioni socioeconomiche. Uno stile di attaccamento sicuro è protettivo, mentre uno stile evitante è associato a maggiore rigidità, ansia e depressione. Inoltre, instabilità lavorativa, basso status socioeconomico e conflitti relazionali contribuiscono all'aggravamento del quadro clinico.

Durante la pandemia da COVID-19, i soggetti con **tratti di ipercontrollo** hanno mostrato un peggioramento dei sintomi, in particolare in relazione all'ansia per la salute e alla perdita di prevedibilità ambientale.

Cause

Il DOCP non nasce da una sola causa, ma piuttosto dall'interazione complessa tra **fattori biologici, ambientali e psicologici**. Comprendere questa molteplicità di influenze aiuta a cogliere la profondità del disturbo e a strutturare interventi terapeutici più efficaci.

Una predisposizione genetica

Diversi studi su gemelli e famiglie hanno mostrato che i tratti ossessivo-compulsivi tendono a **ripetersi all'interno dello stesso nucleo familiare**, suggerendo una componente ereditaria. In particolare, è stato individuato un legame con alcune varianti genetiche, come il **polimorfismo del gene 5-HTTLPR**, coinvolto nella regolazione della serotonina, un neurotrasmettitore chiave per la gestione dell'umore, dell'impulsività e dell'ansia. Questo legame genetico è stato osservato anche nel DOC, a conferma della vicinanza tra i due disturbi.

Il ruolo del cervello

La ricerca neuroscientifica ha individuato alcune **aree del cervello che funzionano in modo diverso** nelle persone con DOCP. In particolare, i circuiti che collegano la corteccia prefrontale (coinvolta nella pianificazione e nel controllo) con i gangli della base (coinvolti nella selezione delle azioni e nell'autoregolazione) sembrano essere **iperattivi o mal regolati**. Queste anomalie possono tradursi in una maggiore rigidità cognitiva e nella tendenza a controllare ogni dettaglio. Anche il **sistema serotoninergico**, cioè la rete cerebrale che utilizza la serotonina, appare spesso disfunzionale, contribuendo a un'eccessiva sensibilità all'errore e all'incertezza.

Le influenze dell'ambiente

L'ambiente familiare e relazionale gioca un ruolo fondamentale nello sviluppo del disturbo, specialmente nei primi anni di vita. Tra i fattori più rilevanti vi sono:

- **Stili educativi rigidi**, con genitori molto esigenti e poco accoglienti rispetto all'espressione emotiva
- **Critiche frequenti** o atteggiamenti che premiano soltanto il successo e la conformità alle regole
- **Affetto condizionato**, ovvero situazioni in cui il bambino si sente amato solo se si comporta in modo "perfetto"

Questi modelli relazionali possono portare allo sviluppo di un **attaccamento insicuro**, spesso evitante, e spingere il bambino a costruire un'immagine di sé basata sul controllo, sull'efficienza e sulla paura del fallimento.

I pensieri che rinforzano il disturbo

Secondo il modello cognitivo, il DOCP è mantenuto nel tempo da **schemi di pensiero rigidi e disfunzionali**. Tra i più comuni troviamo:

- La convinzione di dover essere sempre impeccabili e responsabili
- L'intolleranza per ogni forma di incertezza o ambiguità
- Regole morali o etiche vissute come assolute e inderogabili
- Una tendenza a giudicarsi (e a giudicare gli altri) con grande severità

Questi pensieri alimentano **ansia, ruminazione e isolamento**, e spingono la persona a comportamenti perfezionistici e controllanti, che spesso finiscono per compromettere il benessere emotivo e le relazioni affettive.

Disturbi associati

Il DOCP mostra un'alta comorbidità con:

- Disturbo d'Ansia Generalizzato (GAD)
- Disturbo Depressivo Maggiore (MDD)
- DOC
- Altri disturbi del cluster C

La sovrapposizione sintomatica richiede un **assessment diagnostico accurato**, poiché la rigidità cognitiva può mascherare disturbi dell'umore o d'ansia.

Trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo

Il trattamento del DOCP è spesso impegnativo, in quanto le stesse caratteristiche centrali del disturbo possono ostacolare la flessibilità necessaria al cambiamento terapeutico. È quindi fondamentale adottare un approccio **integrato, personalizzato e multimodale**, che tenga conto del funzionamento di personalità, delle comorbidità e delle risorse individuali.

Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT)

La **CBT** rappresenta il trattamento di prima linea. Gli obiettivi principali comprendono:

- Ridurre il perfezionismo clinico e la ruminazione
- Ristrutturare le credenze disfunzionali (es. "devo essere perfetto per valere")
- Promuovere la flessibilità cognitiva e comportamentale
- Favorire l'accettazione dell'incertezza e l'esposizione all'imperfezione

Tra le tecniche più efficaci:

- **Ristrutturazione cognitiva** delle credenze disfunzionali
- **Esposizione con prevenzione della risposta (ERP)**, soprattutto nei casi in comorbidità con DOC (Franklin & Foa, 2011)
- **Gestione della ruminazione e worry perfezionistico**
- **Tecniche di mindfulness** e training di accettazione emotiva

Tuttavia, fino al **50% dei pazienti** con tratti ossessivo-compulsivi può risultare **parzialmente o totalmente resistente** alla CBT tradizionale. In questi casi, l'efficacia può essere potenziata mediante la combinazione con **farmacoterapia** o l'adattamento dell'intervento al profilo di personalità.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

L'**ACT** si è rivelata particolarmente utile nel trattamento del DOCP. Mira a:

- Sviluppare la defusione dai pensieri perfezionistici
- Aumentare la flessibilità psicologica
- Promuovere l'azione guidata dai valori, anziché da regole rigide o dall'evitamento emotivo

Diversi studi indicano che l'ACT riduce significativamente l'ansia legata all'incertezza e migliora la qualità della vita nei pazienti con tratti ossessivo-compulsivi.

Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI)

La **TMI** è indicata soprattutto nei pazienti con difficoltà relazionali marcate. Essa mira a:

- Identificare e modificare i cicli interpersonali disfunzionali

- Migliorare la comprensione delle proprie emozioni e di quelle altrui
- Favorire l'integrazione delle diverse rappresentazioni del Sé
- Aumentare la tolleranza per la vulnerabilità emotiva

Questa modalità terapeutica è particolarmente efficace nel ridurre la sofferenza interpersonale e i comportamenti di evitamento rigido.

Trattamento farmacologico e neuromodulazione

La farmacoterapia può essere utile nei casi con **comorbidità ansioso-depressiva significativa** o con **componenti ossessivo-compulsive marcate**. Le principali opzioni includono:

- **SSRI** (inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina), trattamento di prima scelta
- **Antipsicotici atipici**, nei casi di DOC severo o resistenza agli SSRI
- **Stimolazione Magnetica Transcranica (TMS)** per i pazienti parzialmente responsivi
- **Stimolazione Cerebrale Profonda (DBS)** nei casi più gravi e resistenti, con tassi di risposta del 50–60%

Considerazioni cliniche

- La **comorbidità con disturbi d'ansia, depressione e altri disturbi di personalità** è elevata e deve essere trattata in parallelo
- La **coscienziosità elevata** del DOCP può favorire l'aderenza al trattamento, ma la rigidità e il timore di fallire possono ostacolare l'esplorazione di nuove strategie comportamentali
- La **valutazione dello stile di attaccamento e della resilienza** è cruciale per adattare il percorso terapeutico alle caratteristiche del paziente
-