

Didonna F. (2001). *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*; 8 (4), 62-84.

Il Disturbo Ossessivo-compulsivo: quali fattori ne ostacolano il trattamento e come fronteggiarli?

(Obsessive-compulsive disorder: what are the obstacles to the treatment and how can we deal with them?)

Didonna Fabrizio

Psicologo e Psicoterapeuta

**Servizio per i Disturbi d'Ansia e dell'Umore
Divisione di Psichiatria - Casa di Cura "Villa Margherita"
Via Costacolonna, 20 - 36075 Arcugnano (Vicenza)
Tel: 0444-997611 Fax: 0444-997989
e-mail: vmpsych@tin.it
fabdidon@libero.it**

Abstract

Nonostante l'ormai dimostrata efficacia della psicoterapia cognitivo-comportamentale nei confronti del Disturbo Ossessivo-compulsivo (DOC), che raggiunge in media il 50% dei casi trattati, una questione ovvia, ma importante da analizzare è perché il cinquanta per cento dei pazienti affetti da tale disturbo non migliora, non entra in trattamento ovvero si ritira precocemente da questo. L'esperienza clinica e diversi studi hanno mostrato come si possono evidenziare con chiarezza determinati fattori che tendono ad ostacolare l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale con questo tipo di patologia: la comorbidità con la depressione maggiore o con la psicosi, la gravità e la cronicità del problema, la presenza di rigide convinzioni religiose e di collusioni familiari col disturbo sono solo alcuni dei suddetti fattori. Lo scopo del presente lavoro è quello di illustrare le principali cause, finora evidenziate dagli studi più recenti, di non rispondenza al trattamento del DOC e di delineare, infine, le possibili strategie per fronteggiare tali ostacoli.

Abstract

Even though the effectiveness of cognitive-behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder (OCD) has been demonstrated, reaching an average of 50% of all treated cases, an obvious, but important issue to analyze is why the 50% of patients affected by the disorder doesn't improve, doesn't ask for treatment or drops-out very early. Clinical experience and several studies have shown how it is possible to clearly underline some factors which tend to interfere with the effectiveness of cognitive-behavioural therapy with this kind of disease: comorbidity with severe depression or psychosis, the chronicity and severity of the problem, the presence of rigid religious beliefs and family collusions with the disorder are only some of these factors. The aim of the present study is at first to illustrate the main causes, pointed out to date from the most recent studies, of no response to the treatment of OCD and then to outline the possible strategies for dealing with those obstacles.

Key words: *obsessive-compulsive disorder, comorbidity, obstacles, cognitive-behavioural treatment.*

Introduzione

La prevalenza del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) nella popolazione generale è del 2-3%. Tale dato risulta essere rilevante se consideriamo che fino a non molto tempo fa il DOC era considerato una patologia relativamente rara. Sappiamo che solo una minoranza di questi pazienti si sottopone ad un trattamento psicoterapico e di questi una percentuale ancora piuttosto bassa richiede un intervento di tipo cognitivo-comportamentale, al quale inoltre il paziente si sottopone molto spesso dopo un lungo periodo dall'esordio (7-12 anni in media). Di coloro che alla fine usufruiscono di quest'ultimo tipo di trattamento si ritiene che forse meno del 50% ottiene miglioramenti significativi che vengono mantenuti al *follow-up*. Molti studi di origine anglosassone ci riportano valori notevolmente superiori in relazione all'esito (70-80% di pazienti *migliorati* o *molto migliorati* al *follow-up*), ma tale dato va probabilmente ridimensionato se teniamo conto che tali studi sono riferiti per la maggior parte ad interventi effettuati in centri specializzati da parte di terapeuti molto esperti e questo forse non è rappresentativo del livello medio d'intervento cognitivo-comportamentale che viene offerto oggi. Inoltre spesso in tali lavori non vengono considerati gli interventi effettuati con pazienti ossessivi in cui è presente una comorbidità di varia gravità. Del restante 50% di pazienti che richiede un intervento cognitivo-comportamentale si ritiene che una certa percentuale rifiuti il trattamento nel momento in cui viene illustrato, quando esso è basato principalmente su tecniche di esposizione e prevenzione della risposta, un'altra proporzione si ritira precocemente dalla terapia senza l'accordo col terapeuta (*drop-out*), un'ulteriore percentuale di pazienti non ottiene miglioramenti significativi al termine dell'intervento e infine una parte di essi ricade ad un controllo al *follow-up*.

Attraverso il presente studio, sulla base dei dati della letteratura e dell'esperienza clinica, si è cercato di capire quali fattori ci possono predire un possibile fallimento della terapia cognitivo-comportamentale o possono comunque rappresentare un ostacolo al trattamento di questo grave tipo di patologia.

Comorbidità

Il fenomeno della *comorbidità* prevede per definizione, utilizzando un'ottica di classificazione dei disturbi di tipo categoriale (es. DSM IV), la compresenza nello stesso soggetto di entità nosografiche tra loro indipendenti. Quando invece le entità descritte hanno tra loro un rapporto di interdipendenza e possiedono delle dimensioni psicologiche comuni che "tengono insieme" i disturbi è più corretto parlare di *covariazione*. Nel caso del DOC appare difficile in certi casi parlare di vera e propria comorbidità (es. nella compresenza di DOC e disturbi di personalità) poiché spesso si evidenzia, soprattutto nei pazienti più gravi, la compresenza di variabili psicopatologiche solo apparentemente distinte, ma che appartengono in realtà ad uno stesso continuum. Questo può essere rilevante ai fini del trattamento poiché il rischio può essere quello di intervenire per "compartimenti stagni" sulle singole entità evidenziate, cosa non sempre utile e/o possibile. Il tener conto dell'aspetto dimensionale di certe variabili psicopatologiche evidenziate nello stesso paziente può essere centrale in relazione alla formulazione del problema e dell'intervento terapeutico (es. il *continuum* impulsività/compulsività nel disturbo *borderline* di personalità con aspetti ossessivo-compulsivi).

Utilizzando comunque una prospettiva di tipo categoriale si può affermare che la compresenza di altri disturbi nel DOC può essere considerata la regola più che l'eccezione (Rasmussen & Eisen, 1992). La comorbidità con un disturbo in asse I o in asse II, se si prende come riferimento il DSM IV, può rendere difficile la formulazione del problema del paziente e ostacolare l'esito della terapia a diversi livelli.

La depressione è sicuramente la più comune forma di comorbidità nel DOC (Swedo & Rapoport, 1989; Rasmussen & Eisen, 1992). Nella maggior parte dei casi è una depressione secondaria al disturbo ossessivo, in circa l'11% dei casi invece precede l'esordio del DOC (Welner, Reich, Robins, Fishman, Van Doren, 1976) e nel 28-38% dei casi è presente una Depressione Maggiore (Rasmussen & Tsuang, 1986; Karno, Golding, Sorenson & Burnham, 1988; Barlow, Di Nardo & Vermilyea, 1986). La depressione secondaria compare frequentemente quando il DOC ha acquisito un carattere di cronicità (un numero considerevole di pazienti richiede una psicoterapia dopo molti anni dall'esordio o dopo diversi trattamenti fallimentari) ovvero come risultato di uno scenario da "impotenza appresa" (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978). Da un punto di vista cognitivo, la sintomatologia depressiva tende a compromettere il trattamento del DOC (Foa, 1979) poiché ha l'effetto di incrementare i pensieri intrusivi e le valutazioni negative relativi a

inefficienza, incompetenza e responsabilità per eventi negativi, che il paziente già esperisce nella problematica ossessiva; inoltre in questi casi si evidenzia spesso una notevole difficoltà del paziente ad impegnarsi ad utilizzare le procedure cognitivo-comportamentali prescritte in terapia (es. esercizi di esposizione e prevenzione della risposta) e anche in casi di esposizione prolungata il fenomeno dell'abituazione fisiologica allo stimolo temuto non avviene. Infine si riscontrano spesso notevoli difficoltà a elaborare le informazioni derivate dall'esperienza. La depressione rappresenta quindi un fattore di mantenimento (e/o di aggravamento) importante nella sindrome ossessiva. Per questo motivo la pratica clinica ci mostra come è utile in questi casi focalizzarsi in psicoterapia prima sul problema depressivo e nel momento in cui si assiste ad una risoluzione o diminuzione di tale sintomatologia iniziare un lavoro sugli aspetti ossessivi (Salkovskis, comunicazione personale, 1999).

Quando al DOC è associato un **disturbo d'ansia generalizzato** (GAD), o più correttamente un disturbo d'ansia generalizzata, presente in circa l'8-20% dei pazienti ossessivi (Barlow et.al, 1986), la complicazione è data dal fatto che ai pensieri intrusivi del DOC ego-distonici si uniscono pensieri intrusivi di tipo ego-sintonico del GAD basati su un'eccessiva preoccupazione relativa a rischi reali che il paziente potrebbe incontrare nella vita quotidiana (es. avere un incidente). La combinazione tra GAD e DOC è problematica perché forma nella persona un *set* cognitivo in cui vengono generati con elevata frequenza pensieri riguardanti potenziali catastrofi e in cui la selettività attentiva e di ragionamento causa una percezione estrema di rischio; questo poi porta il paziente a mettere in atto vari comportamenti di neutralizzazione (Salkovskis, Forrester, Richards, & Morrison, 1998). Inoltre tale tipo di comorbilità è spesso associato con un maggiore senso di responsabilità patologico e maggiore indecisione nel paziente (Abramowitz & Foa, 1998).

Anche l'associazione con il **disturbo di panico** (6-14% dei casi, Rasmussen & Tsuang, 1986; Karno et. al, 1988; Rasmussen & Eisen, 1992), soprattutto se con agorafobia, può rendere più difficile il trattamento cognitivo-comportamentale del DOC, poiché la presenza di attacchi di panico durante gli esercizi di esposizione possono spingere il paziente a rifiutare ulteriori esposizioni e ad evitare le situazioni collegate alle ossessioni per paura di un attacco. In questi casi le catastrofiche misinterpretazioni che mantengono il panico riguardano la paura di impazzire o di perdere il controllo della mente o del comportamento e sono almeno parzialmente basati sulla errata valutazione della comparsa di pensieri intrusivi o di comportamenti compulsivi (Salkovskis *et al*, 1998). Effettuare un intervento

cognitivo-comportamentale e psicoeducativo focalizzato sui circoli viziosi dell'ansia può permettere di lavorare meglio successivamente sulla problematica ossessiva con i relativi esercizi di esposizione.

Per quanto concerne la comorbidità con i **disturbi psicotici**, l'insorgenza di un **disturbo schizofrenico** successiva all'esordio del DOC, è una condizione rarissima (da 0.0 a 3.3%, Black, 1974), ma se presente rende estremamente difficile il trattamento. Più frequente risulta essere invece la presenza di sintomi ossessivi in pazienti schizofrenici. Anche il **disturbo delirante** non è frequentemente associato al DOC, se si considera che in realtà molto spesso ciò che viene definito come delirio nel disturbo ossessivo rappresenta più propriamente un'*ideazione sopravvalutata* (OVI) che non ha le caratteristiche di bizzarria e di discrepanza dall'esame di realtà tipiche del fenomeno delirante (Kozak & Foa, 1994). Alcuni studi (Salkovskis & Warwick, 1985; Pinto, La Pia, Mennella, Giorgio, De Simone, 1999; Morrison, Haddock, & Tarrier, 1995) ci mostrano comunque come oggi sia possibile intervenire efficacemente attraverso la terapia cognitiva anche nei confronti di problematiche considerate fino a poco tempo fa intrattabili con la psicoterapia, come il delirio o l'OVI.

La compresenza nel DOC di un **disturbo di dismorfismo corporeo** (7%, Wilhelm, Otto, Zucker, Pollack, 1997) può costituire un problema a causa della natura ego-sintonica delle ruminazioni e dell'*ideazione sopravvalutata* (OVI) relative all'immagine corporea. Inoltre a questa condizione sono spesso associati sintomi depressivi e tratti di personalità ossessivo-compulsivi che complicano ulteriormente il quadro.

Anche l'**abuso di sostanze** non è frequente nel DOC (8-24%, Rasmussen & Eisen, 1989; Karno et. al. 1988), ma la prevalenza è comunque sostanzialmente più elevata di quella attesa nella popolazione generale. Se è presente rischia di inficiare il trattamento poiché può compromettere seriamente le capacità del paziente di implementare le strategie terapeutiche proposte e interferisce, come i farmaci ansiolitici, con il processo di abituação dell'ansia atteso in seguito all'effettuazione di procedure di esposizione e prevenzione dei rituali; per tali motivi quando queste vengono utilizzate è necessario che l'uso di alcol e droghe sia sospeso o ridotto al minimo.

L'associazione del DOC con un **disturbo dissociativo** non è rara (20% Goff, Olin, Jenike et al., 1992) e può rappresentare un ostacolo alla terapia a diversi livelli, a causa dell'interazione complessa esistente tra queste due entità nosografiche. L'utilizzo di un modello epistemologico che possa offrire una comprensione chiara e coerente di un'associazione così complessa (Liotti, in corso di stampa, 2001) può permettere di evitare

di incorrere in importanti errori diagnostici e conseguenti scelte terapeutiche iatrogene (Bartlett e Drummond, 1990). Lo studio di Goff et al. (1992), suffragato dall'esperienza clinica, ci mostra come in tale forma di comorbilità i disturbi dissociativi tendono a coesistere principalmente con rituali di controllo piuttosto che di lavaggio (Liotti, in corso di stampa, 2001). Questo può essere spiegato dal fatto che in tali pazienti, disorganizzati nella costruzione di significati relativi alle interazioni interpersonali, il rituale esprime il bisogno di trovare un ordine nella realtà affettiva. Quando alla precoce disorganizzazione dell'attaccamento si associano *disgustose* esperienze incestuose o di abuso sessuale (Dinn, Harris, Raynard, 1999), frequenti nelle sindromi dissociative, potranno presentarsi ideazioni ossessive di contaminazione e rituali di lavaggio e disinfezione, collegati anche a una distorsione dell'immagine corporea che può sconfinare in esperienze di depersonalizzazione (Liotti, in corso di stampa, 2001).

Come rileva Liotti (in corso di stampa, 2001) i pazienti *ossessivo-dissociativi*, rispetto ai DOC "puri", hanno le seguenti peculiarità: temono spesso conseguenze *immediatamente* tragiche (morte o suicidio) in seguito all'omessa esecuzione dei rituali; le compulsioni vengono attuate prevalentemente, se non esclusivamente, nell'abitazione e non si estendono ad altri luoghi di soggiorno occasionale; nell'esecuzione dei rituali, soprattutto se di pulizia, non è presente, o è molto vago, un collegamento logico con una rappresentazione mentale di pericolo o minaccia; infine, si rilevano in quasi tutti i pazienti con rituali di controllo esperienze familiari tragiche in cui gravi esperienze di perdita avevano colpito le madri quando i pazienti non avevano ancora compiuto i tre anni di età. La precoce disorganizzazione dell'attaccamento, che appare una costante in questo gruppo, appare indipendente o precedente a eventuali esperienze di violenza o abuso.

La comorbilità del DOC con un **disturbo di personalità** (DP) è una condizione estremamente frequente (53-75%, Rodrigues, Del Porto, 1995; Matsunaga, Kiriike, Miyata, Iwasaki, Matsui, Nagata, Takei and Yamagami, 1998; Bejerot, Ekselius, von Knorring, 1998) e può costituire un fattore ostacolante il trattamento a seconda del disturbo presente. I pazienti affetti da DOC con disturbo di personalità evidenziano in genere maggiore disadattamento sociale, più gravi sintomi d'ansia e depressivi (Matsunaga, Kiriike, Miyata, Iwasaki, Matsui, Nagata, Takei and Yamagami, 1998), maggiore rischio di abbandono prematuro della terapia, richiedono più facilmente un trattamento ospedalizzato e sono più resistenti al trattamento psichiatrico (AuBuchon, Malatesta, 1994), rispetto ai pazienti con DOC senza DP. Alcuni studi mostrano come particolari diagnosi di personalità associate al DOC sono state predittrici di insuccesso alla terapia

cognitivo-comportamentale. I pazienti ossessivi con un **disturbo *borderline* di personalità** (5-24%; Fals-Stewart, Lucente, 1993; Hayashi, 1996) possono riportare una scarsa rispondenza alla terapia comportamentale, basata principalmente su esposizione e prevenzione della risposta (Hermesh, Shahar, & Munitz, 1987). Solitamente tali pazienti mostrano scarso *insight*, resistenza all'intervento (Hayashi, 1996) e consistente ego-sintonia rispetto al DOC. In certi casi questi pazienti possono mostrare una riduzione dei sintomi al post-trattamento, ma non mantengono tali risultati al *follow-up* (Fals-Stewart, Lucente, 1993). In effetti spesso si può assistere a dei repentini miglioramenti o a una risoluzione della sintomatologia ossessivo-compulsiva, quando essi vengono assistiti nell'esposizione e prevenzione della risposta. Non appena termina l'aiuto, si ripresenta la problematica ossessiva, che comunque ha sempre mantenuto un carattere ego-sintonico. La sensazione è che in questi casi l'estinzione dei sintomi sembra quasi avere il significato di un "dono" del paziente nei confronti della persona che si sta prendendo cura di lui. La cessazione di tale assistenza, vissuta come *accudimento*, può assumere il significato di un atto abbandonico, riattivando tutte le problematiche relative all'attaccamento tipiche di questi pazienti. Inoltre il sintomo ossessivo nel paziente *borderline* appare essere, a differenza che nel DOC "puro", una manifestazione patologica appartenente ad uno degli estremi di una dimensione psicologica di *impulsività-compulsività*, dove l'attuazione di una condotta all'interno del *continuum* dipenderà dalle dinamiche attive nel paziente in un particolare momento. Risulta inoltre importante tenere presente che l'intensa ansia provocata dalle procedure di esposizione può esacerbare i sintomi impulsivi di questi pazienti, caratterizzati da condotte autolesive, assunzione di sostanze, atti parasuicidari, etc., di conseguenza si renderà necessario un attento monitoraggio e l'effettuazione di esposizioni meno intense (Steketee, 1993a).

Sono abbastanza discordanti i dati in letteratura relativi alla compresenza nel DOC di un **disturbo ossessivo-compulsivo di personalità** (OCPD) (27-88%, Rasmussen & Tsuang, 1986; Steketee, 1993a). L'osservazione clinica (Turner & Beidel, 1988) mostra comunque che anche laddove non vengano soddisfatti tutti i criteri formali dell'OCPD, la maggior parte dei pazienti evidenzia tali caratteristiche di personalità, preesistenti al disturbo, con livelli di gravità variabili. In certi casi è stato rilevato (Berg, Rapoport, Whitaker, Davies, Leonard, Swedo, Braiman e Lenane, 1989) che il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità può insorgere successivamente all'esordio del DOC, rappresentando una strategia adattiva del paziente nei confronti dei cambiamenti comportamentali e nello stile di vita causati dal disturbo (Baer, Jenike, 1992), soprattutto

quando questo ha assunto un carattere di cronicità. In ogni caso i sintomi dell'OCPD essendo ego-sintonici (un tipo particolare di ideazione sopravvalutata) sono particolarmente difficili da evitare per il paziente (Steketee, 1993a). Questo può porre delle difficoltà al trattamento perché il paziente potrebbe non impegnarsi in terapia per timore di eliminare dei comportamenti che considera necessari (es. perfezionismo).

La comorbidità con un **disturbo schizotipico di personalità** (5-17%, Jenike, Baer, Minichiello, Schwartz & Carey, 1986; Baer, Jenike, Ricciardi, Holland, Seymour, Minichiello & Buttolph, 1990) rappresenta una delle condizioni maggiormente predittive di non rispondenza al trattamento sia psicologico che farmacologico (Baer, Jenike, 1992). Questi pazienti spesso manifestano convinzioni molto rigide sulla necessità dei loro rituali al fine di prevenire un evento temuto (OVI), e rivelano consistenti difficoltà ad adeguarsi al programma terapeutico e a svolgere le relative esercitazioni terapeutiche (Dettore, 1998). La presenza di un **disturbo evitante e/o dipendente di personalità** (14-52%, Joffe, Swinson & Regan, 1988; Rodrigues, Del Porto, 1995) non è associata a una scarsa rispondenza al trattamento, ma può ostacolarlo in qualche misura. Alcuni sintomi che possono costituire un problema per il trattamento possono essere una tendenza generale ad evitare il rischio, un'estrema sensibilità alla critica percepita da parte del terapeuta (anche quando la critica non è presente) e un'eccessiva dipendenza dal terapeuta o da un familiare (soprattutto coniuge) nel prendere decisioni che il paziente dovrebbe imparare a prendere autonomamente (Steketee, 1993a).

Cronicità e gravità del disturbo

Non tutti gli studi sono concordi nell'affermare che la durata e la gravità dei sintomi predicono un esito negativo del trattamento (Boulougouris, 1977; Drummond, 1993; Steketee, 1993a). Certamente sappiamo però che la cronicità spesso porta a far diventare il disturbo in qualche misura ego-sintonico e tale aspetto può rappresentare un ostacolo all'intervento. Per quanto riguarda la gravità del disturbo, si osserva spesso nella pratica clinica che in molti casi l'intensità delle crisi ossessive impedisce al paziente di venire in seduta, o comunque, nel caso riesca a presentarsi, di concentrarsi sul dialogo psicoterapico, con conseguente compromissione del trattamento. Inoltre i pazienti più gravi e cronici sono spesso rassegnati e sfiduciati rispetto alle possibilità di cambiamento

e più di altri vanno incontro a depressione e tale condizione, come visto prima, risulta essere un fattore che complica l'intervento.

Bassa motivazione e non collaborazione al trattamento, qualità della relazione terapeutica

Sono dei fattori aspecifici del trattamento che influenzano l'esito dell'intervento e prima ancora la conduzione della terapia (Keijsers, Hoogduin, Schaap, 1994). I pazienti più gravi spesso sviluppano una sorta di rassegnazione o una perdita di speranza (*hopelessness*) nei confronti delle possibilità di cambiamento, soprattutto dopo anni di tentativi di terapia fallimentari. Diventa spesso difficile perciò modificare in seduta certe condotte di non collaborazione cronicizzate e spesso rinforzate nel tempo da atteggiamenti di scoraggiamento e di sfiducia da parte dell'ambiente familiare del paziente. Un atteggiamento caratterizzato da scetticismo e pessimismo del terapeuta a certi comportamenti non collaboranti, o di fronte alle difficoltà che il paziente potrà manifestare nell'utilizzare le varie procedure d'intervento proposte, possono essere vissute da questo come un'ulteriore *invalidazione*, oltre a quelle già trasmesse al paziente dall'ambiente, e come conferma alla sua incapacità di far fronte alle problematiche di cui soffre. Tutto questo potrebbe portare verosimilmente alla compromissione della relazione terapeutica con un'inevitabile fallimento del trattamento.

Sarà perciò utile capire fin dall'inizio quali fattori tendono a demotivare il paziente verso l'intervento e/o a compromettere l'alleanza terapeutica, verificando inoltre quanto essi sono realisticamente suscettibili di cambiamento.

Ideazione sopravvalutata (OVI)

L'ideazione sopravvalutata (*overvalued ideation*) corrisponde ad una rigida ed errata convinzione, presente nella persona, sulla *reale* pericolosità delle situazioni collegate alle ossessioni. Il paziente cioè considera assolutamente ragionevoli le sue preoccupazioni riguardo agli eventi temuti e necessari i suoi rituali compulsivi al fine di prevenire un danno. Questo è in contrasto con l'aspetto ego-distonico dei sintomi ossessivi previsto come criterio diagnostico del DOC dal DSM IV. L'OVI è un tipo di ideazione che si pone in

una posizione intermedia nel *continuum* tra ideazione ossessiva egodistonica e il delirio, ma non possiede le caratteristiche di bizzarria e di discrepanza nell'esame di realtà tipiche del fenomeno delirante (Kozak & Foa, 1994). L'elemento importante nell'OVI non è il *contenuto* dell'ideazione, ma la *convinzione* del soggetto sulla validità e sensatezza della sua paura. Sappiamo che i pazienti con DOC mostrano diversi gradi di certezza sulla razionalità o irrazionalità delle loro cognizioni ossessive e uno stesso paziente può manifestare livelli diversi di convinzione verso le sue ossessioni a seconda del contesto, dello stato emotivo o di fattori ambientali o relazionali. I pazienti con OVI, definiti anche con "scarso insight", non devono essere confusi con i molti soggetti ossessivi che in condizioni di stress elevato o di stati d'ansia intensi si sentono confusi rispetto al grado di realtà delle loro paure. Se però il paziente mantiene costantemente questo tipo di ideazione tale condizione può rappresentare un serio ostacolo al trattamento. Alcuni studi ci mostrano come la presenza di una marcata OVI sia associata con una non rispondenza al trattamento comportamentale (Foa, 1979) e alla terapia farmacologica antidepressiva (Perse, 1988), sebbene i più recenti progressi nel campo della terapia cognitiva si sono rivelati promettenti nel trattare con efficacia anche questo tipo di problematiche (Salkovskis & Warwick, 1985).

Rigide convinzioni morali e/o religiose

I pazienti che hanno rigide ossessioni focalizzate su tematiche religiose possono mostrare una minore compliance e rispondenza al trattamento (Greenberg e Witzum, 1991; Salkovskis *et al.*, 1998, Steketee, 1993a). Può essere presente infatti nella persona la ferma convinzione che la prevenzione dei rituali, richiesta dalle procedure terapeutiche (es. evitare di neutralizzare i suoi pensieri blasfemi), andrebbe contro le regole e i principi della sua religione e/o determinare conseguenze terribili imponderabili e incontrollabili (es. andare all'inferno dopo la morte). È interessante notare come tali convinzioni rigide e pervasive si ritrovano molto più frequentemente in persone di fede cattolica rispetto a quanto si riscontri in credenti di altre religioni (Dettore, 1998).

Familiari collusivi o ipercritici

Nei pazienti più gravi o con una lunga storia di malattia si rileva molto spesso la presenza di familiari che sono collusivi o che mettono in atto comportamenti di complicità (più o meno consapevoli) con il disturbo del paziente, in cui quest'ultimo viene aiutato attivamente nell'esecuzione dei rituali ovvero ottiene continue rassicurazioni che tendono a rinforzare le problematiche ossessive (Steketee, 1993a). Questo atteggiamento da parte dei familiari rappresenta spesso una forma di adattamento passivo all'insostenibile problema del paziente. In altri casi invece i familiari del paziente con DOC possono essere ipercritici e svalutanti (Steketee, 1993a). L'effetto che sortisce tale atteggiamento è quello di incrementare i sensi di colpa in pazienti in cui, come è noto, tale emozione assume spesso un ruolo centrale (Mancini, in stampa, 2001). Tali dinamiche determinano un mantenimento del disturbo e sono spesso difficili da modificare, soprattutto quando si constata che il sintomo del paziente è funzionale al mantenimento di un equilibrio delle dinamiche familiari (omeostasi familiare). Purtroppo spesso l'alternativa a queste condizioni patogene a cui è soggetto il paziente con DOC è l'abbandono da parte del coniuge o dei familiari ormai esasperati dall'ormai insostenibile coinvolgimento in tali problematiche.

Problema dell' "empty life" (vuoto esistenziale)

Soprattutto nei pazienti con una lunga storia di malattia, i rituali hanno a volte permeato in modo tale la loro vita da fornire a essa senso e ordine e rappresentare in qualche caso uno scopo essenziale nella loro esistenza. L'eliminazione con la terapia di quei rituali che hanno riempito per anni le giornate di queste persone può creare un vuoto esistenziale che può esitare in stati depressivi importanti. Sarà perciò cruciale che durante la terapia il paziente venga aiutato, in concomitanza con i miglioramenti sintomatici, a riempire progressivamente gli spazi lasciati liberi dai rituali con nuove attività o con il recupero di interessi e scopi del passato che erano stati compromessi e abbandonati in seguito all'insorgenza del disturbo (Salkovskis *et al.*, 1998).

Errata diagnosi

Spesso il DOC tende a essere confuso in sede di valutazione diagnostica con altri quadri psicopatologici che possono presentare caratteristiche e sintomatologia ad esso simili, come ad esempio l'ipocondria, il disturbo tourette, il GAD, un disturbo indotto da sostanze, un trauma cranico, etc. Risulta evidente che in questi casi il paziente potrebbe ricevere un trattamento psicologico e/o farmacologico inadeguati con conseguente fallimento dell'intervento terapeutico. Ancora una volta una chiara formulazione del problema, un assessment esaustivo e una conoscenza approfondita delle specificità del DOC possono permettere di evitare di incorrere in tale esito.

Età

Alcuni studi (Cox, Merkel, and Pollard, 1987; Steketee, 1993a) mostrano che gli adolescenti tenderebbero a beneficiare meno della psicoterapia rispetto agli adulti, soprattutto se essa prevede prevalentemente l'uso di strategie di esposizione e prevenzione della risposta. Questo può essere dovuto ad una scarsa tolleranza alle frustrazioni e alle restrizioni, imposte dall'uso di tali procedure terapeutiche, presente nei pazienti più giovani, indipendentemente dal genere.

Come fronteggiare gli ostacoli?

La letteratura, i progressi degli ultimi anni nel campo della terapia cognitiva e l'esperienza clinica ci mostrano come in realtà anche quando ci troviamo di fronte a pazienti con DOC *difficili*, che presentano uno o più dei fattori di cui sopra, si può attuare una serie di strategie e di interventi che possono permettere di fronteggiare le difficoltà che questo tipo di pazienti ci portano nella conduzione, il mantenimento e il risultato della terapia.

L'assessment

L'effettuazione all'inizio dell'intervento di un assessment psicodiagnostico chiaro ed esaustivo, utilizzando strumenti di valutazione validi e sensibili (Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Delgado, Heninger, Charney, 1989a; Sanavio, 1988) permette

certamente di diminuire il rischio di incorrere in errori diagnostici e di individuare subito la presenza di eventuali comorbidità che possono ostacolare il trattamento.

Si è visto utile inoltre, soprattutto con i pazienti più gravi, cercare fin dall'inizio di raggiungere insieme al paziente una chiara e condivisa *formulazione del problema* (Salkovskis et al., 1998; Didonna, in corso di stampa, 2001), che permetta di capire quali fattori hanno originato il problema ossessivo (fattori predisponenti) e quali fattori attualmente lo mantengono. Questo aiuta a determinare un processo di *normalizzazione* del problema ossessivo fondamentale per ridimensionare la connotazione iperpatologizzata che questi pazienti spesso attribuiscono alla loro esperienza e che spesso suscita un senso di impotenza che favorisce l'insorgenza di depressione maggiore. Importante risulta definire fin dalle prime sedute una serie di obiettivi realistici e raggiungibili a breve, medio e lungo termine e trasmettere fiducia nelle procedure terapeutiche utilizzate facendo capire al paziente che un miglioramento è sempre possibile.

La relazione terapeutica

Cercare di stabilire da subito una buona relazione terapeutica risulta spesso essere lo strumento terapeutico vincente con i pazienti più gravi. La relazione è quel fattore che permetterà al paziente di allearsi col terapeuta anche nei momenti più difficili, in alternativa all'abbandono della terapia di fronte al primo ostacolo (il *drop-out* è abbastanza frequente nel DOC) e di accettare le difficoltà insite nell'utilizzo delle procedure terapeutiche, spesso estremamente ansiogene per il paziente (es. esposizione e prevenzione della risposta). Appare inoltre importante valutare, fin dalla prima seduta, la motivazione con cui il paziente giunge al trattamento. A volte egli si può presentare in seduta sollecitato contro la sua volontà dai familiari, esausti dal coinvolgimento nella patologia, ovvero può arrivare con delle richieste incongrue rispetto al cambiamento desiderato (es. diminuzione solo di alcuni rituali). Fondamentale sarà quindi effettuare un intervento motivazionale che porti il paziente ad aumentare la comprensione del suo disturbo e l'idea che il cambiamento è un obiettivo perseguibile. Per valutare la motivazione potrà essere utile illustrare in modo sufficientemente dettagliato le procedure d'intervento che verranno utilizzate, spiegando al paziente che non gli verrà mai proposto nulla che non sia realmente in grado di fare e che ogni procedura potrà essere implementata in modo graduale (Dettore, 1998). Se la bassa

motivazione al trattamento risulterà non suscettibile di cambiamento, l'impegno consistente richiesto dall'intervento cognitivo-comportamentale potrà portare facilmente ad un *drop-out* del paziente o comunque al fallimento della terapia.

Cercare l'aiuto delle persone significative

Come accennato in precedenza, il comportamento dei familiari e delle persone vicine al paziente può avere un ruolo determinante nel mantenimento della patologia. Individuare la presenza di persone significative (parenti, amici, tutori), che possono essere di reale aiuto per il paziente nel sostenerlo nei momenti difficili e nell'esecuzione delle procedure terapeutiche, coinvolgendoli attivamente nella terapia, può risultare una strategia a volte essenziale, soprattutto con i pazienti più gravi. Questi ultimi infatti, a causa dei fattori sopra illustrati, manifestano spesso grosse difficoltà ad utilizzare fuori dallo studio del terapeuta gli strumenti che invece mostrano di aver acquisito durante le sedute. È molto frequente infatti che tali pazienti durante i colloqui non evidenzino alcun sintomo ossessivo anche a causa dell'effetto rassicurante del *setting* terapeutico. Le persone significative da coinvolgere nel trattamento vanno scelte accuratamente e andrebbero preferibilmente esclusi tutti coloro che sono eccessivamente invischiati nella patologia o collusivi con essa, soprattutto quando tali modalità non sono suscettibili di cambiamento. Le persone che invece possono fungere da co-terapeuti possono essere coinvolti in alcuni colloqui insieme al paziente durante i quali verrà illustrato loro il *rationale* del trattamento, il programma previsto e il ruolo che essi potrebbero avere in esso. Verranno quindi addestrati all'utilizzo delle procedure terapeutiche e potranno inoltre essere invitati al riascolto delle audioregistrazioni delle sedute (Salkovskis, comunicazione personale, 1999), compito in certi casi difficile per il paziente grave perché a volte esse stesse possono diventare fonte di sintomi ossessivi. La presenza di un familiare o amico durante il riascolto del nastro potrà aiutare il paziente a restare concentrato sui contenuti del colloquio (senza *ossessivizzarsi*) e a comprenderli meglio, oltre a permettere ai primi di apprendere le strategie e gli aspetti significativi trattati in seduta.

Interventi cognitivo-comportamentali *in vivo*

Una delle caratteristiche del paziente ossessivo è quella di attivare i sintomi prevalentemente, se non in certi casi esclusivamente, nelle situazioni in cui egli può percepire più facilmente un senso di responsabilità verso un possibile danno verso di sé o altre persone (abitazione, lavoro, etc.). Tale condizione è raramente presente nel *setting* terapeutico e per tale motivo il livello di acquisizione dei contenuti e delle tecniche e le capacità di utilizzarli durante la seduta sono spesso molto diversi da quelli mostrati dal paziente nelle situazioni esterne. Per ovviare a tale difficoltà si è rivelato particolarmente utile con i pazienti gravi l'effettuazione di interventi cognitivo-comportamentali *in vivo*, in cui il terapeuta (o un suo assistente) aiuta direttamente il paziente nelle situazioni più difficili ad utilizzare le procedure terapeutiche illustrate in seduta. Importante sarà evitare durante tali interventi di fornire messaggi rassicuranti al paziente (controproducenti nel DOC perché deresponsabilizzano il paziente), cercando invece di sostenere, incentivare e persuadere il paziente a fidarsi delle sue capacità di resistere alle compulsioni, fornendo rinforzi ogniqualvolta è possibile. Questo aiuterà a contrastare la tendenza che hanno i pazienti ossessivi a svalutare o sottostimare la loro capacità di fronteggiare adeguatamente le situazioni minacciose. Tendenza che conduce a sensazioni di dubbio e incertezza pervasivi, sconforto e senso d'impotenza (Guidano e Liotti, 1983).

Ampliare il *setting* terapeutico

L'esperienza clinica ci mostra come nei casi più gravi di disturbo ossessivo-compulsivo l'utilizzo di una *co-terapia* (Liotti, Intreccialagli, 1998), con il coinvolgimento simultaneo nell'intervento di più figure professionali (es. psicoterapeuta e psichiatra o terapeuta di gruppo), può diventare una strategia terapeutica indispensabile. Tali figure rappresenterebbero per il paziente delle *basi sicure* (Bowlby, 1988) che possono svolgere una funzione riparativa nei confronti del disturbo dell'attaccamento presente di regola nei pazienti più gravi, in particolare in coloro che hanno sviluppato un sistema di attaccamento insicuro di tipo disorganizzato. Tale strategia è utile anche per la riduzione del rischio di *drop-out* poiché la compromissione della relazione con un terapeuta viene compensata e se possibile recuperata dalla presenza delle altre figure coinvolte nell'intervento. Nei casi di pazienti con DOC e disturbo *borderline* di personalità, l'associazione dell'intervento cognitivo-comportamentale con un protocollo di terapia dialettico-comportamentale (Linehan, 1993), nel quale sono previste più figure terapeutiche, può essere d'aiuto nel

gestire le gravi fluttuazioni dell'umore e i comportamenti auto-lesionistici e parasuicidari tipici di questi pazienti.

Utilizzo di un supporto farmacologico

Nei casi di DOC di gravità lieve e senza comorbidità è parere dell'autore che non è necessario e forse in certi casi non opportuno l'ausilio di psicofarmaci, se il paziente è sottoposto a una terapia cognitivo-comportamentale. Nel caso invece di pazienti gravi, con elevato livello di cronicità o in crisi acuta, l'utilizzo di un sostegno farmacologico può essere di grande aiuto per permettere al paziente di sottoporsi ad un intervento psicoterapeutico che verrebbe altrimenti facilmente compromesso, a vari livelli, dalla gravità della sintomatologia ossessiva. Non è raro infatti, come accennato prima, che il paziente grave in crisi acuta non si presenti alle sedute, o se presente sia impossibilitato a concentrarsi sui contenuti del colloquio e a utilizzarli a suo beneficio. Essenziale sarà comunque la modalità relazionale con cui lo psichiatra somministrerà il farmaco e il significato che risulterà importante dare all'integrazione di questo con la psicoterapia (Liotti, 2000c).

Terapia cognitiva di gruppo

Alcuni studi ci mostrano come l'utilizzo di una terapia cognitivo-comportamentale di gruppo può rivelarsi uno strumento terapeutico efficace con il DOC (Krone, Himle & Nesse, 1991; Epsie C. A., 1986; Fals-Stewart, Lucente, 1994), in particolare utilizzato in concomitanza con la psicoterapia individuale (necessaria con i pazienti più gravi) o successivamente a questa, per favorire il mantenimento e il consolidamento dei risultati. Laddove la terapia individuale è importante in una prima fase per determinare, in tempi relativamente brevi, una riduzione sintomatologica, la terapia di gruppo si rivela un intervento particolarmente efficace per affrontare, in una seconda fase del trattamento, quelle problematiche spesso presenti soprattutto nei pazienti con DOC gravi, quali la bassa auto-stima e la bassa auto-efficacia, il deficit nelle abilità sociali e l'anassertività, che il disturbo aveva precedentemente nascosto. Tali aspetti, che spesso precedono l'esordio del DOC, ma a volte sono una conseguenza stessa del disturbo, compromettono il funzionamento del

paziente a vari livelli e se non vengono affrontati in modo efficace successivamente al miglioramento sintomatologico, rischiano di diventare dei fattori predisponenti la ricaduta.

Ospedalizzazione in centri specializzati

Ci sono alcune condizioni in cui un trattamento residenziale del paziente con DOC in un centro specializzato e attrezzato per questo tipo di disturbo può rendersi necessario:

- ❑ paziente con DOC particolarmente grave o cronico, con un invalidante e insostenibile livello di compromissione del funzionamento in varie aree;
- ❑ il paziente è gravemente depresso e a rischio di suicidio;
- ❑ paziente resistente alla psicoterapia e al trattamento farmacologico in un *setting* ambulatoriale;
- ❑ se si rende necessaria una disintossicazione dai farmaci (Turner e Beidel, 1988);
- ❑ paziente che risiede lontano dal luogo in cui può sottoporsi ad un trattamento ed è impossibilitato a viaggiare per sottoporsi a sedute frequenti;
- ❑ sono presenti reali difficoltà ad implementare le tecniche cognitivo-comportamentali nell'ambiente del paziente (il paziente è incapace di seguire le istruzioni o i membri della famiglia non riescono ad assisterlo);
- ❑ le condizioni mediche del paziente richiedono un intervento in ambiente controllato (Turner e Beidel, 1988).

L'intervento ospedalizzato è solitamente di tipo intensivo, preferibilmente breve (2-4 settimane), in un'unità dotata di personale addestrato ad affrontare questo tipo di problematiche e capace di offrire un'assistenza continua al paziente, soprattutto nella prevenzione dei rituali. Il programma prevede solitamente un'integrazione tra interventi psicoterapeutici individuali e di gruppo e la terapia farmacologica. Il ricovero dovrebbe avere la durata necessaria per diminuire la fase acuta del disturbo, non appena si giunge ad una significativa riduzione sintomatica è opportuno inviare il paziente ad un trattamento ambulatoriale, possibilmente cercando la collaborazione di una o più persone significative. La riduzione dei sintomi avvenuta durante l'ospedalizzazione rappresenta la prova che un cambiamento è possibile e diventa sovente un fattore motivazionale importante per il paziente e i suoi familiari nella prosecuzione del trattamento.

Conclusioni

Nel passare in rassegna la letteratura riguardante i fattori predittivi di non rispondenza al trattamento del DOC si osserva che vi è una prevalenza di studi in cui il tipo di terapia presa come riferimento per valutare l'esito della stessa è molto spesso di tipo comportamentale standard (esposizione e prevenzione della risposta) (Foa, 1979). Di conseguenza tali ricerche, nel considerare quali fattori potevano essere considerati predittivi di insuccesso terapeutico, non tengono spesso conto dell'efficacia che ha dimostrato nei confronti di molti di tali fattori l'integrazione con una prospettiva di tipo più cognitivista (Salkovskis & Warwick, 1986; Salkovskis *et al.*, 1998; Freeston, Ladoucer, Gagnon, Thibodeau, Rhéaume, Letarte e Bujold, 1997a) e cognitivo-evoluzionista (Liotti, in stampa 2001) al problema ossessivo-compulsivo. Negli ultimi anni infatti l'evoluzione delle teorie cognitiviste (Salkovskis, 1985; Salkovskis *et al.*, 1998; Liotti *et al.*, 1998; Liotti, in stampa 2001) ha portato a degli sviluppi importanti sia nella comprensione e concettualizzazione del disturbo ossessivo, che nelle procedure d'intervento, rivelatesi efficaci anche nei confronti di problematiche associate al DOC prima considerate intrattabili con metodologie esclusivamente comportamentali (ad es. pazienti ossessivi senza compulsioni manifeste, ideazione sopravvalutata, disturbi della coscienza, etc.).

È auspicabile che in futuro la ricerca clinica possa orientarsi maggiormente verso lo sviluppo di protocolli d'intervento che permettano, anche attraverso l'integrazione tra strumenti, protocolli e modelli già esistenti, di dare una risposta terapeutica sempre più efficace nei confronti delle problematiche associate al DOC sopra descritte, che attualmente rappresentano ancora una sfida impegnativa per il terapeuta.

Bibliografia

- Abramowitz, J. S. & Foa, E. B. (1998). Worries and obsessions in individuals with obsessive-compulsive disorder with and without comorbid generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 36, (7-8), 695-700.
- Baer, L., Jenike, M. A., Ricciardi, J. N., Holland, A. D., Seymour, R. J., Minichiello, W. E. & Buttolph, M. L. (1990). Standardized assessment of personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 47, 826-830.
- Baer, L., Jenike, M. A. (1992). Personality disorders in obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 803-812.
- Barlow, D. H., Di Nardo, P. A., & Vermilyea, B. B. (1986). Comorbidity and depression among the anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 63-72.
- Bartlett, A.E., Drummond L.M. (1990). Hysterical conversion and dissociation arising as a complication of behavioural psychotherapy treatment of obsessive-compulsive neurosis. *British Journal of Medical Psychology*, 63, pp. 109-115.
- Berg, C. Z., Rapoport, J. L., Whitaker, A., Davies, M., Leonard, H., Swedo, S. E., Braiman, S., and Lenane, M. (1989). Childhood obsessive compulsive disorder: A two year prospective follow up of a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 528-533.
- Black, D. W. (1974). The natural history of obsessional neurosis. In H.R. Beech (a cura di), *Obsessional States*. 19-54. London: Methuen.
- Boulougouris, J. C. (1977). Variables affecting the behaviour modification of obsessive-compulsive patients treated by flooding. In J. C. Boulougouris & A. D. Rabavilas (Eds.), *The treatment of phobic and obsessive-compulsive disorders*. Oxford: Pergamon Press
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. Basic Books: New York.
- Cox G. L., Merkel, W. T. and Pollard, C. A. (1987 November). *Age-related differences in response to exposure and response prevention: A comparison of adolescents and adults with OCD*. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Boston.
- Dettore, D. (1998). *Il disturbo ossessivo-compulsivo: caratteristiche cliniche e tecniche d'intervento*. McGraw Hill. Milano.
- Didonna, F. (2000) *I fattori predittivi della non rispondenza al trattamento nella psicoterapia cognitiva del disturbo ossessivo-compulsivo*. Relazione presentata al X Congresso Nazionale S.I.T.C.C. Orvieto, novembre 2000
- Didonna F. (In Corso Di Stampa). La formulazione del problema nel disturbo ossessivo-compulsivo. In Aquilar F., Del Castello E., Pinto A. (a cura di) *Psicoterapia del disturbo ossessivo-compulsivo*. Franco Angeli, Milano.

- Didonna, F. (in corso di stampa, 2001). La formulazione del problema e le tecniche d'intervento nella terapia cognitiva del disturbo ossessivo-compulsivo. *Psicoterapia*.
- Dinn, W.M., Harris, C.L., Raynard, R.C. (1999) Posttraumatic obsessive-compulsive disorder: A three-factor model. *Psychiatry*, 62, pp.313-324.
- Drummond, L. M. (1993).The treatment of severe, chronic, resistant obsessive-compulsive disorder. An evaluation of an in-patient programme using behavioural psychotherapy in combination with other treatments. *British Journal of Psychiatry*, 163, 223-229.
- Epsie C. A. (1986). The group treatment of obsessive-compulsive ritualizers: Behavioral management of identified patterns of relapse. *Behavioral Psychotherapy*, 14, 21-33.
- Fals-Stewart, W., Lucente, S, (1993). An MCMI cluster typology of obsessive-compulsive: a measure of personality characteristics and its relationship to treatment participation, compliance and outcome in behavior therapy. *Journal of Psychiatric Research*, 27 (2), 139-154.
- Fals-Stewart, W., Lucente, S (1994). Behavioural group therapy with obsessive-compulsives: an overview. *International Journal of Group Psychotherapy*, 44 (1), 35-51.
- Foa, E. B. (1979). Failure in treating obsessive-compulsives. *Behaviour Research and Therapy*, 17 (3), 169-176.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989a). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-Bocs): Part I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Goff, D.C., Olin, J.A., Jenike, M.A., et al. (1992). Dissociative symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, pp. 332-337.
- Guidano, V. e Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford Press.
- Jenike, M. A., Baer, L., Minichiello, W. E., Schwartz C. E., & Carey R. J. (1986). Concomitant obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143 , 530-532.
- Joffe, R. T., Swinson, R. P., & Regan, J. J. (1988). Personality features of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1127-1129.

- Hayashi, N. (1996). Obsessive-compulsive disorder comorbid with *borderline* personality disorder: a long-term case study. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 50 (2), 51-54.
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B. & Burnham, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1094-1099.
- Keijsers, G. P., Hoogduin, C. A., Schaap, C. P. (1994). Predictors of treatment outcome in the behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 165, (6), 781-786.
- Kozak, M. J. & Foa, E. B. (1994). Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32 (3), 343-353.
- Krone K. P., Himle, J. A. & Nesse, R. M. (1991). A standardized behavioral group treatment program for obsessive-compulsive disorder: preliminary outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 29, (6), 627-631.
- Liotti, G., Intreccialagli, B. (1998) Metacognition and motivational systems in psychotherapy: A cognitive-evolutionary approach to the treatment of difficult patients. In C. Perris, P. McGorry (Eds.), *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders*. Chichester, Wiley.
- Liotti, G. (2000c). La memoria operativa e la regolazione dell'aggressività nei disturbi ossessivo-compulsivi: ipotesi sull'interazione fra farmacoterapia e psicoterapia. *Psicoterapia*, 19, 28-37.
- Liotti, G. (in stampa 2001). *Le Opere della Coscienza: Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Mancini, F. (in stampa, 2001). Un modello cognitivo del disturbo ossessivo-compulsivo. *Psicoterapia*.
- Matsunaga, H., Kiriike, N., Miyata, A., Iwasaki, Y., Matsui, T., Nagata, T., Takei, Y. and Yamagami, S. (1998). Personality disorders in patients with obsessive-compulsive disorder in Japan. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, (2), 128-134.
- Morrison, A. P., Haddock, G., & Tarrier, N. (1995). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: a cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 265-280.
- Pinto, A., La Pia, S., Mennella, R., Giorgio, D., De Simone, L. (1999). Cognitive-behavioural therapy and Clozapine for clients with treatment refractory schizofrenia. *Psychiatric Services*, 50, (7), 901-904.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 15 (4), 743-758.

- Rasmussen, S. A., & Tsuang, M. T. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143 (3), 317-322.
- Rodrigues-Torres, Albina; Del Porto, -Jose-Alberto (1995). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and personality disorders: A Brazilian controlled study. *Psychopathology*, 28 (6), 322-329.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 571-583.
- Salkovskis, P. M. & Warwick, H. M.(1985). Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder: Treating treatment failures: Reply. *Behavioural Psychotherapy*, 14 (1), 91-93.
- Salkovskis, P. M., Forrester, E., Richards, C. & Morrison N. (1998). The devil is in the detail: conceptualising and treating obsessional problems. In *Treating Complex Cases: The Cognitive Behavioural Therapy Approach*. Ed. by N. Tarrrier, A. Wells and G. Haddock. John Wiley & Sons Ltd.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: the Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-177.
- Steketee, G. S. (1993a). *Treatment of Obsessive Compulsive Disorder*. London: The Guilford Press.
- Swedo, S. E., & Rapoport, J. L. (1989). Phenomenology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. In J. L. Rapoport (Ed.), *Obsessive compulsive disorder in children and adolescents*. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Turner, S., Beidel D. C. (1988). *Treating obsessive-compulsive disorder*. New York: Pergamon Press.
- Welner, A., Reich, T., Robins, E., Fishman, R., & Van Doren, T. (1976). Obsessive-compulsive neurosis: Record, *follow-up*, and family studies. *Comprehensive Psychiatry*, 17, 527-539.
- Wilhelm, S., Otto, M. W., Zucker, B. G., Pollack, M. H. (1997). Prevalence of body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 11 (5), 499-502.