
Trattamento cognitivo-comportamentale nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo: risultati di uno studio di esito naturalistico in aperto con follow-up a 6, 12 e 24 mesi

Cognitive-behavioural treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: results of an outcome naturalistic open study with 6, 12, 24 months follow-up

FRANCESCO MANCINI, BARBARA BARCACCIA, ROSARIO CAPO, AMELIA GANGEMI, ANDREA GRAGNANI, CLAUDIA PERDIGHE, ANTONELLA RAINONE, GIUSEPPE ROMANO

Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC). Associazione di Psicologia Cognitiva (APC), Roma
Unità Operativa per il Trattamento dei Disturbi d'Ansia e per la Ricerca Clinica della Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Roma

RIASSUNTO. Scopo. Le linee-guida internazionali indicano nella terapia farmacologica e nella terapia cognitivo-comportamentale i trattamenti d'elezione del Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC). Scopo del presente lavoro è sottoporre a verifica un protocollo d'intervento che coniuga procedure di dimostrata efficacia e interventi che enfatizzano il tema dell'accettazione di quegli stati cognitivi ed emotivi che numerose e recenti ricerche indicano come scarsamente tollerati dai soggetti con DOC. Inoltre, si è voluta verificare l'efficacia del trattamento secondo un disegno di tipo naturalistico e in un setting privato. **Metodo.** Al fine di sottoporre a verifica il nostro programma di terapia, negli ultimi tre anni abbiamo sottoposto a questo trattamento 59 pazienti con diagnosi di DOC, reclutati unicamente con il criterio della richiesta di terapia. La valutazione degli esiti è stata eseguita mediante la somministrazione della Y-BOCS. **Risultati.** Al momento della ricerca hanno completato il trattamento 39 pazienti. I dati evidenziano una diminuzione della sintomatologia, sia nei pazienti che hanno portato a termine la terapia sia nei pazienti ancora in trattamento. L'ANOVA a misure ripetute, effettuata sulla variabile trattamento a 3 livelli (pre- post- follow), risulta molto significativa ($p < .0001$). Sono state condotte anche una serie di ANOVA fattoriale miste con fattore *between* SESSO/tipo-logia di disturbo DOC/comorbidità/durata del trattamento/durata del disturbo, e con fattore *within* il TRATTAMENTO (3 livelli); esse evidenziano che il solo fattore significativo è il TRATTAMENTO. Le analisi *post-hoc* per la variabile TRATTAMENTO rivelano che la differenza significativa si ha tra il livello pre-trattamento e i livelli post-trattamento e follow-up. **Discussione.** Saranno discussi gli esiti, evidenziando limiti e meriti dello studio, e i problemi cui dare risposta in ricerche successive.

PAROLE CHIAVE: Disturbo Ossessivo-Compulsivo, terapia cognitivo-comportamentale, efficacia.

SUMMARY. Aim. According to international guidelines, pharmacological therapy and cognitive-behavioural therapy are the elective treatments for Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). The aim of the present study is to verify the effectiveness of a protocol that combines evidence-based procedures and original interventions, emphasizing the issue of acceptance, that is acceptance of those cognitive and emotional states reported by several recent researches as being poorly tolerated by obsessive-compulsive patients. Furthermore the Authors meant to test the effectiveness of a treatment according to a naturalistic design, in an outpatient fee-for-service setting. **Method.** In the past three years, 59 patients affected by OCD have undergone our treatment. They were recruited solely because of their request of psychotherapy. Evaluation of outcomes has been carried out through the Y-BOCS. **Results.** Hitherto 39 patients completed treatment. Data show a decrease of symptomatology both in patients who concluded psychotherapy and in those still undergoing it. Repeated measures ANOVA performed on the variable-treatment on 3 levels (pre- post- follow) turns out to be very significant ($p < .0001$). A series of mixed ANOVA have been also performed (*between* factors: SEX/subtype of OCD/comorbidity/length of treatment/length of disorder; *within* factor: TREATMENT), and they show that the only significant factor is TREATMENT (3 levels). Post-hoc analyses on TREATMENT variable show that there are significant differences between pre-treatment and post-treatment follow-up. **Discussion.** Outcomes will be discussed, pointing limits and merits of the study out, as well as problems to be solved in future researches.

KEYWORDS: Obsessive-Compulsive Disorder, cognitive-behavioural therapy, effectiveness.

E-mail: mancini@apc.it

INTRODUZIONE

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) è un disturbo frequente, invalidante e che tende a cronicizzarsi. La prevalenza puntuale del disturbo oscilla fra 1,5% e 0,65%; la prevalenza *lifetime* oscilla intorno al 2-2,5% nella popolazione generale (1,2). Il disturbo si manifesta in adolescenza e in giovinezza (il massimo dell'incidenza si ha tra i 15 e 25 anni) e il decorso raramente è episodico: nella gran maggioranza dei soggetti esso è cronico, anche se con fasi fluttuanti di miglioramento e di peggioramento; in una percentuale tra il 5 e il 10% il decorso è inaggravante (3).

La qualità di vita dei pazienti con DOC è gravemente compromessa; una buona parte delle ore di veglia, infatti, è dedicata ad attività connesse al disturbo e questo è spesso incompatibile con una normale vita sociale e lavorativa. Questo è tanto più grave se si considera la lunga durata della malattia: una persona che sviluppa il disturbo in giovane età ha un'alta probabilità di soffrire per lungo tempo e di vedere gravemente compromessa la sua realizzazione esistenziale. La qualità della vita, di fatto, è invalidata dal DOC più che da patologie organiche croniche come il diabete (4). La gravità della sofferenza e della compromissione delle normali attività del quotidiano suggerisce l'importanza di offrire ai pazienti con DOC le terapie più efficaci e di sviluppare la ricerca in questa direzione.

Le linee-guida internazionali indicano nella terapia farmacologica e nella terapia cognitivo-comportamentale i trattamenti dimostrati al momento più efficaci e, in particolare, nella procedura di esposizione con prevenzione della risposta (E/RP) il trattamento psicoterapico d'elezione (5,3).

Foa e Franklin (2) osservano che la prognosi dei pazienti con DOC è migliorata in modo significativo dalla fine degli anni '60, ovvero da quando sono stati riportati i primi casi di pazienti trattati con l'esposizione prolungata agli stimoli temuti e il blocco dei comportamenti abitualmente messi in atto. I pazienti trattati con la procedura di E/RP non solo mostravano un netto miglioramento dei sintomi, ma apparivano stabili nel cambiamento anche nei follow-up successivi alla conclusione del trattamento.

Nei decenni successivi sono stati condotti numerosi studi volti a valutare l'efficacia dell'E/RP, caratterizzati da grande variabilità nella metodologia di ricerca e nelle caratteristiche dei pazienti. La stessa definizione di "efficace" non è univoca dal momento che non vengono utilizzati sempre gli stessi criteri.

Una revisione dei risultati di Foa e Kozak, riportata da Foa e Franklin (2) su 12 studi di esito, indica che

l'83% dei pazienti che completano il trattamento ottiene un miglioramento significativo; dall'analisi di 16 studi sulla stabilità del cambiamento (tempo medio di follow-up: 29 mesi) emerge, inoltre, che il 76% dei pazienti trattati con E/RP mantiene nel tempo il miglioramento conseguito. Da una revisione di studi controllati che comprendevano 200 soggetti complessivi, Foa, et al. (6) concludono che il 90% dei soggetti risponde in modo clinicamente significativo al trattamento con E/RP: il 51% ottiene un tasso di miglioramento del 70% o più, e il 39% un miglioramento tra il 31 e 69%; il 76% dei soggetti mantiene il cambiamento al follow-up (mediamente a 12 mesi).

Warren e Thomas (7) in un setting privato ambulatoriale hanno riscontrato risultati simili a quelli ottenuti negli studi controllati: su 26 pazienti trattati, il 17% interrompe prematuramente il trattamento; tra coloro che completano il trattamento, l'84% ottiene miglioramenti significativi.

Sul mantenimento dei risultati a lungo termine, uno studio di Sullivan, riportato da Andrews, et al. (3), conclude che a un follow-up a 3 anni il 78% dei soggetti mantiene il miglioramento ottenuto.

Numerosi studi, condotti su pazienti con DOC e su soggetti normali, hanno dimostrato che alcuni stati cognitivi ed emotivi, in particolare il timore di colpa e l'elevato senso di responsabilità, predicono la tendenza ad avere ossessioni e compulsioni (8-11). I trattamenti più strettamente cognitivi, in cui l'enfasi è posta in particolare sul cambiamento delle strutture cognitive associate al ruolo della responsabilità e alla sovrastima dei rischi, hanno dimostrato la loro efficacia, ma sono disponibili un numero minore di studi di esito rispetto alla terapia con E/RP.

Sulla base di una revisione di studi controllati che confrontano E/RP e terapia cognitiva (TC), Abramowitz (12) e Marks (13) concludono che la terapia cognitiva ha un grado di efficacia confrontabile con l'E/RP, sebbene nella maggior parte degli studi il confronto è con l'E/RP gestita dal paziente. Questo dato, però, non fa ancora concludere che la TC è efficace quanto l'E/RP, né ancora c'è una posizione univoca tra gli studiosi circa il vantaggio di combinare TC e E/RP.

Come notato da van Oppen e Arntz (14), anche in mancanza di dati certi, ci sono diverse situazioni in cui l'uso della terapia cognitiva è raccomandato: con i pazienti che non migliorano con l'E/RP; con i pazienti che rifiutano il trattamento con E/RP; con i pazienti che presentano una sintomatologia più difficilmente trattabile tramite E/RP (per es., i pazienti con solo ossessioni pure).

Se in parte i dati illustrati finora sono confortanti circa la possibilità di trattare in modo efficace con terapia cognitivo-comportamentale il disturbo, la situazione è molto meno soddisfacente se si considera:

- la percentuale di pazienti che rifiuta o non completa il trattamento (tra il 25 e il 30% di drop-out);
- la percentuale di pazienti che non ottengono la normalizzazione della sintomatologia (ovvero i soggetti non soddisfano più i criteri diagnostici per il DOC), anche quando il trattamento è efficace (5,15).

Se si considera l'efficacia della terapia farmacologica nel trattamento del DOC, emerge che è stata sperimentata un'ampia gamma di farmaci, ma i risultati migliori sembrano ottenersi con gli SSRI e con la clomipramina (3). La revisione dei risultati di studi clinici controllati della terapia con SSRI indica un miglioramento nel 60% dei soggetti circa, ma la riduzione media dei sintomi che si ottiene è moderata (tra il 30 e il 40%) e poco stabile nel tempo (2,3). Il tasso di ricaduta dopo la sospensione del trattamento è stimato in una percentuale che varia tra il 65% e il 90% (3). Uno studio a doppio cieco di Pato, et al. (16) riporta che l'89% dei pazienti ha una ricaduta a poche settimane dalla sospensione del trattamento.

Benché nell'ultimo decennio i trattamenti farmacologici disponibili siano aumentati di numero e migliorati molto nelle possibilità terapeutiche, risulta comunque alto il numero di soggetti che non risponde al trattamento, la percentuale di soggetti che non lo tollera (circa il 15%) o lo interrompe precocemente e, aspetto forse più critico, la stabilità del cambiamento nel tempo appare molto bassa (3).

Riguardo i vantaggi dell'associazione della terapia farmacologica alla terapia cognitivo-comportamentale, Marks (13), in base all'analisi di alcuni studi controllati, conclude che la combinazione del trattamento con farmaci (SSRI e non-SRI) e E/RP, riduce i disturbi dell'umore spesso associati al DOC, ma non produce nella sintomatologia ossessiva un grado di miglioramento significativamente più ampio di quello ottenuto con la sola E/RP. Una ricerca di van Balkom, et al. (17) ottiene esiti simili nel confronto tra terapia cognitiva o E/RP combinate con la fluvoxamina: l'associazione dei trattamenti non produce un miglioramento superiore a quello ottenuto dai singoli trattamenti. Franklin, et al. (5) confrontano in un campione di 56 soggetti il trattamento con sola E/RP e il trattamento combinato di E/RP più terapia con SRI. I risultati ottenuti indicano che entrambi i gruppi rispondono al trattamento in eguale misura, senza nessuna differenza fra trattamento singolo e trattamento combinato.

Sebbene i dati a disposizione non indichino l'opportunità della combinazione dei trattamenti, almeno per la sintomatologia ossessiva, non ci sono studi e dati definitivi su questo tema (18,3). Foa e Franklin (2) suggeriscono che è proprio la mancanza di dati definitivi, più che la chiara evidenza di vantaggi clinici, a spingere verso la combinazione dei due trattamenti come intervento elettivo.

Si può concludere che, sebbene negli ultimi decenni siano stati sviluppati trattamenti farmacologici e psicoterapici efficaci, rimangono aperti alcuni problemi:

- una percentuale significativa di soggetti che non risponde al trattamento;
- un alto numero di soggetti che non accetta o non tollera i trattamenti.

È opportuno considerare, infine, che il miglioramento ottenuto nei soggetti che rispondono al trattamento (*responder*) non coincide con la guarigione o la normalizzazione della sintomatologia; è, infatti, convenzione considerare *responder* tutti i soggetti che riportino una diminuzione della sintomatologia superiore al 30%, dunque anche coloro che migliorano in modo clinicamente poco rilevante.

Rimane, dunque, aperto il problema di come migliorare gli esiti. Il presente lavoro nasce dall'intento di fornire un contributo in questa direzione. Scopo del presente lavoro è, infatti, valutare l'efficacia di un protocollo di trattamento che combina procedure già dimostrate efficaci (in particolare l'E/RP), con interventi originali. L'assunto di base su cui è stato sviluppato il programma di trattamento è che le ossessioni e le compulsioni siano un'attività dotata di senso e finalistica, regolata dallo scopo di prevenire una minaccia, ovvero la minaccia di una colpa per irresponsabilità e/o la minaccia di contaminazione. Ne deriva che l'aspetto cruciale del trattamento è aiutare il paziente ad accettare di non prendere provvedimenti nella direzione dell'azzeramento della minaccia, dunque tollerare sia un certo grado di rischio "oggettivo", sia i segnali interni abitualmente assunti dal soggetto come indicatori di una minaccia (la sensazione che le cose non siano esattamente come dovrebbero essere).

Accanto a questo, l'intento che ci ha guidato è stato anche quello di verificare l'efficacia del trattamento secondo un disegno di tipo naturalistico. Una delle critiche agli studi controllati, infatti, è che, per garantire la correttezza metodologica (campione omogeneo, assegnazione casuale alle diverse condizioni, ecc.), si ha l'effetto di un'ampia selezione dei pazienti; ad esempio vengono esclusi i pazienti con comorbidità (almeno per alcuni disturbi) e si auto-escludono i pazienti che non accettano il rischio di un'assegnazione al gruppo di

controllo (15). I dati presentati in questo lavoro riguardano invece un gruppo di pazienti con diagnosi di DOC non selezionati, reclutati consecutivamente in base al criterio della richiesta di trattamento. Come vedremo, si tratta in buona parte di soggetti già trattati farmacologicamente con risultati insoddisfacenti o pazienti che hanno rifiutato il trattamento farmacologico.

TRATTAMENTO

Tutti i soggetti sono stati trattati con un programma di terapia cognitivo-comportamentale suddiviso in cinque fasi, precedute da una fase preliminare di assessment.

Aspetto cruciale del trattamento è l'esposizione con prevenzione della risposta, intesa come pratica dell'accettazione di una minaccia (con la rinuncia a prendere provvedimenti per ridurre la probabilità e la gravità) e di aumento della tolleranza ai segnali interni (la sensazione che le cose non siano esattamente come dovrebbero essere) assunti dal soggetto come indicatori di una minaccia (19,20). Il razionale sottostante è che se il paziente aumenta il livello di rischio accettato, l'effetto è un minore investimento nell'attività preventiva e, dunque, una minore resistenza al cambiamento delle assunzioni di minaccia (11). Accanto all'esposizione sono previste una serie di tecniche e procedure tese, in particolare, ad aumentare la motivazione e la collaborazione al trattamento e a rendere il soggetto meno vulnerabile ai temi e ai meccanismi che hanno contribuito alla genesi e al mantenimento del disturbo.

Prima fase. La prima fase prevede la ricostruzione dello schema di funzionamento del disturbo e la sua condivisione con il paziente. Lo scopo che sottende questa fase è duplice: primo, la ricostruzione del profilo interno del disturbo (che consente di pianificare razionalmente l'intervento terapeutico); secondo, la costruzione di una buona alleanza terapeutica.

Seconda fase. Questa fase ha lo scopo di aiutare il paziente ad accettare il rischio di poter essere colpevole o il rischio di contaminarsi, attraverso la modificazione delle assunzioni circa il proprio potere di ridurre il rischio, il vantaggio di investire in tale direzione e il proprio obbligo o dovere di impegnarsi nella riduzione del rischio. L'effetto atteso è la riduzione dell'investimento nella prevenzione della minaccia. La convinzione di avere il potere di annullare il rischio, viene contrastata evidenziando l'impossibilità di sottrarsi alla minaccia. Attraverso la tecnica "dal conflitto alla scelta" (11) e l'analisi dei costi e benefici delle condotte sintomatiche, si aiuta il paziente a uscire dal con-

flitto tra il desiderio di annullare il rischio e l'auto-critica per i comportamenti attuati a tale scopo. La convinzione del paziente di avere il dovere di ridurre il rischio è contrastata attraverso la valutazione e la modulazione degli standard morali di riferimento, in particolare attraverso la tecnica del "doppio standard e la torta delle responsabilità" (11,14).

Terza fase. Scopo di questa fase è favorire l'accettazione fattuale della minaccia; a tal fine si procede con l'E/RP. La procedura usata è quella classica, nelle sue diverse varianti: esposizione graduale o prolungata alle situazioni temute, con il blocco delle condotte abitualmente messe in atto dal paziente (evitamenti e rituali *overt* o *covert*).

Quarta fase. Questa parte del trattamento è guidata dallo scopo di modificare le assunzioni di minaccia, ovvero ridurre la percezione soggettiva di rischio di colpa e contaminazione (11,21). A tal fine ci si avvale di procedure e tecniche che contrastano l'impressione del paziente che la propria condotta sia il determinante cruciale nel verificarsi di un evento temuto, la sopravvalutazione della probabilità che un evento si verifichi e la tendenza a sopravvalutare la gravità dell'evento. Nei pazienti la cui sintomatologia è centrata sul timore di contaminazione, ci si avvale di procedure finalizzate alla modulazione del potere disgustante delle sostanze temute ed evitate e alla riduzione della confusione tra sensazione ("mi sento sporco") e realtà dei fatti ("mi sento sporco *quindi sono sporco*").

Quinta e sesta fase. L'ultima parte del trattamento prevede interventi tesi a ridurre la vulnerabilità al DOC e a prevenire le ricadute. In particolare, con la tecnica *Imagery with Rescripting*, sviluppata da Arntz e Weertman (22), si aiuta a modificare la rappresentazione di sé e della propria esistenza apprese in episodi ed esperienze di vita critiche, correlate allo sviluppo del disturbo. Al fine di prevenire che una episodica e normale ri-presentazione dei sintomi sia assunta come il segnale di una propria inguaribilità e attivi meccanismi che facilitano una vera e completa ricaduta nel disturbo, viene prevista e normalizzata la possibile ri-presentazione di sintomi; vengono identificati i segnali precoci di rischio di ricaduta e le possibili strategie di fronteggiamento, così da aumentare il senso di efficacia del paziente e la reale capacità di rispondere in modo efficace a episodi sintomatici.

Trattandosi di uno studio, in parte, effettuato in un setting di tipo ambulatoriale privato, il nostro programma non prevedeva un numero predefinito di sessioni. La durata media del trattamento è stata di 8 mesi, con mediamente 25 sessioni di terapia. Il trattamento viene definito concluso quando tutte le fasi della terapia sono state completate.

METODO

Campione

Sessantatré pazienti hanno richiesto una terapia per il DOC. Di questi, 59 (94%) sono stati inseriti nel programma di trattamento; nella **Tabella 1** sono presentati i dati descrittivi dell'intero campione arruolato. Il criterio di inclusione nel gruppo di pazienti eleggibili per il trattamento era la presenza di un DOC, diagnosticato secondo i criteri del DSM IV-TR (23).

Sono stati inclusi anche i pazienti con comorbidità sull'Asse I (51%) e sull'Asse II (49%). La **Tabella 2** presenta le frequenze per ciascuna condizione di comorbidità. Non sono stati invece sottoposti al trattamento 4 pazienti (6%) che presentavano la dominanza di altre patologie gravi (per es., psicosi, disturbo depressivo con idee di suicidio).

Trattamenti concorrenti

Nella **Tabella 1** sono sintetizzati i dati su precedenti trattamenti tra i 59 soggetti inseriti nel programma di trattamento. Tra 37 pazienti che hanno concluso il trattamento l'80,4% era già stato trattato con risultati clinicamente non rilevanti (il 13% con farmaci, il 10,9% con psicoterapia e il 56,5% con entrambi). Al momento della richiesta 20 soggetti risultano non rispondere al trattamento farmacologico. Al momento della conclusione del trattamento, 32 non assumono terapia farmacologica, mentre 5 assumono la terapia farmacologica con cui erano trattati da almeno sei mesi prima dell'inizio della terapia presso il nostro centro.

Assessment

La diagnosi di DOC è stata effettuata in accordo con i criteri diagnostici del DSM IV-R (23), attraverso un colloquio clinico eseguito da uno psicoterapeuta o da uno psichiatra, esperti nella diagnosi e nel trattamento del DOC. Il colloquio semistrutturato prevedeva una valutazione dei sintomi presentati, del tempo speso in attività connesse al disturbo, del grado di compromissione del normale funzionamento. Nel corso del colloquio diagnostico, inoltre, venivano raccolte informazioni sui precedenti trattamenti e su altri disturbi presenti sull'Asse I o sull'Asse II. È stata, infine, somministrata la Y-BOCS (vedi la sezione dedicate agli strumenti).

Nella **Tabella 3** sono riportati i dati sulla sintomatologia presentata, con le distribuzioni per diversi sottotipi di disturbo.

Strumenti di misura

La misura utilizzata per valutare il cambiamento è

stata la Y-BOCS (23), in linea con la gran parte degli studi clinici: 46% degli studi usano la Y-BOCS (12,23).

La Y-BOCS è un'intervista semi-strutturata standardizzata costituita da 10 item sulla gravità dei sintomi; 5 item misurano le ossessioni e 5 le compulsioni. Gli item misurano il tempo della giornata speso nei sintomi, il grado d'interferenza con il funzionamento normale, l'intensità della sofferenza, i tentativi di contrastare i sintomi e il livello di controllo sui sintomi. I punteggi sono misurati su una scala Likert a 5 punti. La Y-BOCS contiene anche una *checklist* di ossessioni e compulsioni; il soggetto deve indicare quali sintomi sono presenti o lo sono stati nel passato. La Y-BOCS ha buone proprietà psicometriche ed è sensibile agli effetti del trattamento (23-25).

L'intervista è stata somministrata prima del trattamento, a fine trattamento e, per quelli che hanno completato il trattamento, in diversi tempi di follow-up.

Tabella 1. Dati descrittivi relativi all'intera popolazione arruolata per il trattamento

n=59		
Sesso	33 maschi (56%)	26 femmine (44%)
Età	M=31,7 (range 15-45)	DS 11,8
Nazionalità	Italiana 98%	Altra 2%
Durata della patologia	M=8 (range 1-22)	DS 5,6
Comorbidità	SÌ: 43 (73%)	NO: 16 (27%)
Precedenti trattamenti	SÌ: 81%	NO: 19%
	psicoterapia SÌ: 67%	NO: 33%
	t. farmacologico SÌ: 69%	NO: 31%

Tabella 2. Frequenza per diverse comorbidità

Asse I	
Depressione	22
Fobia sociale	1
Agorafobia	5
Disturbi alimentari	1
Asse II	
Disturbo Borderline di Personalità	3
Disturbo Evitante di Personalità	8
Disturbo Dipendente di Personalità	4
Disturbo Narcisistico di Personalità	3
Disturbo Istrionico di Personalità	6
Disturbo Schizotipico di Personalità	2
Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità	1
Disturbo di Personalità Nas	2

Tabella 3. Distribuzione per sintomi presentati

Tipologia sintomi	n.	%
Obsessioni e controlli	24	40,7
Pulizia e lavaggi	15	25,4
Accumulo	1	1,7
Obsessioni e controlli; Pulizia e lavaggi	16	27,1
Simmetria e ordine	1	1,7
Obsessioni e controlli; Simmetria e ordine	2	3,4
<i>Totale</i>	<i>59</i>	<i>100,0</i>

Tabella 4. Media e deviazione standard dei punteggi Y-BOCS pre-test, post-test e follow-up riportati dai pazienti sottoposti al trattamento (n=37)

	Y-BOCS	
	M	SD
Pre- trattamento	28,5	5,4
Post-trattamento	10,8*	6,6
Follow-up	10,1*	6,9

RISULTATI

Dei 59 soggetti reclutati, 37 (61%) hanno concluso il trattamento al momento di questo studio; 5 pazienti (8%) lo hanno interrotto precocemente con benefici non valutabili: una sola per rifiuto dell'ERP; 17 pazienti (31%) sono ancora in trattamento.

Il numero di drop-out è più basso di quello riportato in letteratura (intorno al 25-30%).

Durata trattamento

Per i 37 pz che hanno completato la terapia, il trattamento ha avuto una durata media di 7,5 mesi (*range* 1-15 mesi). Il numero d'incontri medio è stato di 25 sessioni di un'ora (*range* da 4-42).

Follow-up

Il follow-up è avvenuto nei seguenti tempi dopo la fine del trattamento: per 12 pazienti a meno di 6 mesi; per 9 pz tra 6 e 12 mesi; per 6 pz tra 12 e 18 mesi; per 10 pz tra 18 e 24 mesi.

Esito del trattamento

Le medie e la deviazione standard dei punteggi Y-BOCS pre-test, post-test e follow-up sono riportati nella **Tabella 4**. Al fine di verificare se il trattamento ha portato a una riduzione significativa della sintomatologia ossessiva è stata effettuata un ANOVA per misure ripetute sui punteggi riportati dai pazienti alla Y-BOCS pre-test, post-test, e follow-up. Dai risultati ottenuti si evince che il trattamento riduce in maniera altamente significativa la sintomatologia ossessiva ($F_{(2,7)}=258,5, p<.001$). Come si evince dalla **Tabella 4**, i pazienti migliorano in maniera significativa al post-trattamento rispetto al pre-trattamento ($t(37,4) 16.1 p<.001$), e sempre rispetto al pre-trattamento mantengono il miglioramento al follow-up ($t(37,4) 16.6 p<.001$).

I punteggi riportati dai soggetti alla Y-BOCS sono stati utilizzati per effettuare una comparazione per i sintomi ossessivi tra il nostro studio e altri studi controllati. La **Figura 1** riporta i punteggi pre- e post-trattamento alla Y-BOCS per il nostro trattamento. I punteggi pre-trattamento del nostro gruppo sono comparabili con quelli ottenuti in altri studi controllati che

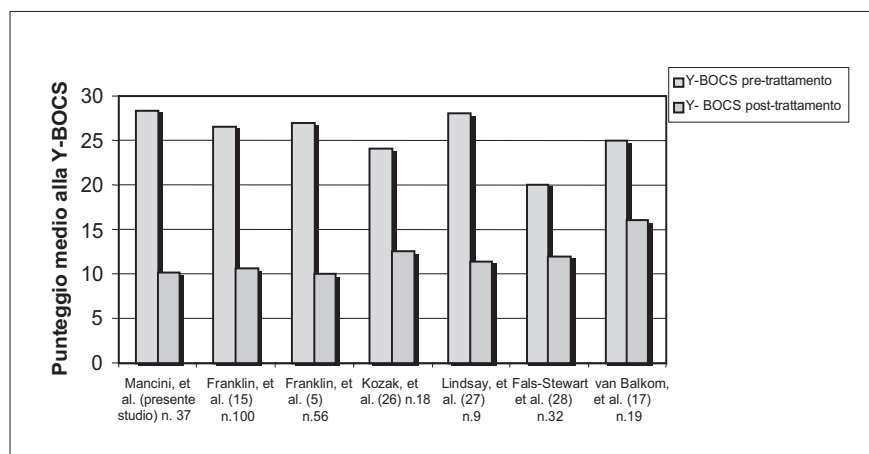


Figura 1. Punteggi pre- e post-trattamento alla Y-BOCS per il nostro centro, indicato come Mancini, et al. (presente studio), e per i gruppi degli altri studi controllati presi in esame: Franklin, et al. (5), Franklin, et al. (15), Kozak, et al. (26), Lindsay, et al. (27), Fals-Stewart, et al. (28) e van Balkom, et al. (17).

prevedono: trattamento con sola E/RP; E/RP con TC; E/RP con SRI. (17,26,27) e in qualche misura più elevati rispetto a quelli riportati da Fals-Stewart, et al. (28). La riduzione media al punteggio Y-BOCS post-trattamento per il nostro gruppo è del 61%. Essa è dunque comparabile con la riduzione riportata da Franklin, et al. (15) (60%), Franklin, et al. (5) (63,8%), Lindsay, et al. (27) (62%) e Kozak, et al. (26) (54%) e apparentemente maggiore rispetto a quella ottenuta da Fals-Stewart, et al. (28) (40%) e da van Balkom, et al. (17) (32%).

Al fine di esaminare ulteriormente gli effetti dovuti al trattamento in ciascun gruppo di pazienti osservati nei diversi studi controllati da noi presi in esame, abbiamo calcolato l'ampiezza dell'effetto (*effect size*), dividendo la differenza tra le medie pre- post-trattamento nella variabile dipendente per la deviazione standard al pre-trattamento.

Dal momento che lo studio controllato effettuato da Fals-Stewart, et al. (28) non riporta la deviazione standard, l'ampiezza dell'effetto per questo studio è stata calcolata ricorrendo alla procedura di Ray e Shadish (29). La **Tabella 5** riporta l'ampiezza dell'effetto per la Y-BOCS. In linea con quanto affermato da Cohen (30), valori pari a 0.2, 0.5, e 0.8 corrispondono ad una piccola, media e grande ampiezza. Come evidenziato dalla **Tabella 3**, un effetto ampio è rilevabile in ciascuno degli studi controllati presi in esame.

Tabella 5. Ampiezza dell'effetto per la Y-BOCS

Ricerche considerate	Effect size (Y-BOCS)
Mancini, et al. (presente studio)	3,28
Franklin, et al. (5)	3,24
Franklin, et al. (15)	3,26
Kozak, et al. (26)	2,31
Fals-Stewart, et al. (28)	0,93
Lindsay, et al. (27)	3,88
Van Balkom, et al. (17)	1,00

DISCUSSIONE

Rispetto alla gran parte dei dati disponibili in letteratura va sottolineato che i nostri pazienti non sono stati selezionati rispetto alla comorbidità, alla gravità del DOC, alle terapie pregresse e alla collaborazione al trattamento; il presente studio, dunque, presenta una maggiore e più diretta generalizzabilità dei dati a un setting clinico; i 4 pazienti avviati ad altre terapie lo sono stati non per la gravità della patologia in comorbidità ma per la sua dominanza. Nonostante il campione

sia costituito da soggetti non selezionati, gli esiti da noi ottenuti sono paragonabili ai risultati ottenuti in studi controllati che prevedono diverse condizioni: trattamento con sola E/RP; E/RP con TC; E/RP con SRI. È da notare, però, che a differenza dei dati in letteratura in base ai quali il 15% rifiuta l'ERP e il 25-30% interrompe il trattamento, nel nostro studio solo 5 pazienti (8%) hanno interrotto la terapia e 2 di loro, comunque, hanno beneficiato di una riduzione dei sintomi prima dell'interruzione del trattamento.

È degno di nota il fatto che i miglioramenti sostanziali, evidenziati dalla normalizzazione dei punteggi alla Y-BOCS, sono più frequenti di quelli ottenuti normalmente in studi controllati e non naturalistici: solo 4, ovvero il 10%, tra i pazienti trattati non ottengono la normalizzazione dei sintomi; 3 di questi ottiene, comunque, una riduzione superiore al 30% della sintomatologia.

È importante sottolineare che i miglioramenti, o il mancato miglioramento, misurati con la Y-BOCS sono coerenti con l'impressione e la valutazione clinica del terapeuta; uno dei limiti nell'utilizzo di test o interviste standardizzate contrapposte al colloquio clinico e che non sempre quanto viene misurato coincide con quello che per il clinico è lo stato clinico del paziente.

Il trattamento farmacologico non sembra aver avuto effetti rilevanti rispetto agli esiti descritti. Ci sembra, dunque, che i dati suggeriscano che la combinazione dei trattamenti (psicoterapia e farmaci) dovrebbe essere suggerita tenendo conto di diversi fattori che ne indicano l'opportunità, ovvero: la gravità della depressione associata al DOC, la disponibilità o la possibilità del paziente di sottoporsi alla psicoterapia, la mancata risposta alle tecniche di esposizione.

La combinazione di psicoterapia e farmaci come prima scelta terapeutica, oltre a non essere una strategia supportata dai dati di efficacia e a presentare costi e possibili effetti collaterali (13), presenta dei rischi: i successi vengono attribuiti solo all'effetto del farmaco e questo riduce l'impatto della terapia sul senso di auto-efficacia del paziente; questo, dal nostro punto di vista, è un aspetto critico se e quando il paziente si confronta con momenti di ripresentazione dei sintomi.

A conferma dell'importanza del lavoro sulla prevenzione della ricaduta, osserviamo che una buona parte dei nostri pazienti ha avuto in fase di follow-up periodi brevi, ma intensi di ricomparsa dei sintomi, gestiti senza difficoltà con l'aiuto del terapeuta o senza necessità di aiuto.

In conclusione, ci sembra che i vantaggi di un protocollo che coniuga procedure di dimostrata efficacia con interventi che enfatizzano il tema dell'accettazione di specifici stati emotivi e cognitivi, rispetto al solo

trattamento con E/RP, sono una maggiore applicabilità e collaborazione al trattamento di esposizione, una più elevata stabilità dei risultati e un maggior numero di pz con normalizzazione della sintomatologia. La nostra ipotesi è che gli interventi che hanno come target specifiche strutture cognitive e la stessa E/RP utilizzata come intervento che facilita l'accettazione del rischio di avere una colpa per irresponsabilità, oltre che aumentare la collaborazione al trattamento, abbiano un effetto nella riduzione della vulnerabilità al DOC, e quindi, dal nostro punto di vista, della disposizione a sentirsi moralmente disprezzabili. Al fine di aumentare l'efficacia sarebbe interessante, ma resta un problema aperto, capire quali fattori (tratti di personalità, caratteristiche interne al disturbo, aspetti contingenti o altro) rendano prevedibili o spieghino i fallimenti e le interruzioni del trattamento; per quanto in misura ridotta, infatti, rimane una percentuale di pazienti che non risponde o rifiuta il trattamento.

BIBLIOGRAFIA

- Stein M, Forde D, Anderson G, Walzer J: Obsessive-compulsive disorder in the community: an epidemiologic survey with clinical reappraisal. *American Journal of Psychiatry*, 1997, 154, 1120-1126.
- Foa EB, Franklin ME: Obsessive compulsive disorder. In: Barlow DH (ed) *Clinical handbook of psychological disorders*. Guilford Press, New York, 2001.
- Andrews G, Creamer M, Crino R, Hunt C, Lampe L, Page A: *Trattamento dei disturbi d'ansia*. Centro Scientifico Editore, Torino, 2003.
- Koran LM, Thienemann ML, Davenport R: Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 1996, 153, 783-788.
- Franklin ME, Abramowitz JS, Bux Jr DA, Zoellner LA, Feeny NC: Cognitive-Behavioral Therapy with and without medication in the treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2002, 2, 162-168.
- Foa, EB, Steketee, GS, Grayson JB, Turner RM, Lattimer PR: Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals: Immediate and long-term effects. *Behavior Therapy*, 1984, 15, 450-472.
- Warren R, Thomas JC: Cognitive-behavior therapy of obsessive-compulsive disorder in private practice: an effectiveness study. *Journal Anxiety Disorder*, 2001, 15, 277-285.
- Rachman S: A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 1997, 31, 793-802.
- Salkovskis PM, Forrester E, Richards C: Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *British Journal of Psychiatry*, 1998, 173, 53-63.
- Mancini F, D'Olimpio F, D'Ercole S: Responsibility attitude, obsession and compulsion: a further support in a non-clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2001, 8, 274-281.
- Mancini, F: Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo. In: Bara (ed) *Il manuale di terapia cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino, 2005.
- Abramowitz JS: Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1997, 65, 44-52.
- Marks I: Behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: a decade of progress. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1997, 42, 1021-1026.
- van Oppen P, Arntz A: Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 1994, 32, 79-87.
- Franklin ME, Abramowitz JS, Kozak MJ, Levitt JT, Foa EB: Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: randomized compared with non-randomized samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2000, 68, 594-602.
- Pato MT, Zohar-Kadouch R, Zohar C, Murphy DL: Return of symptoms after discontinuation of clomipramine in patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 145, 1521-1525.
- van Balkom AJ, de Haan E, van Oppen P, Spinhoven P, Hoogduin KAL, van Dyck R: Cognitive and behavioral therapies alone versus in combination with fluvoxamine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1998, 186, 492-499.
- Dèttore D: *Il disturbo ossessivo-compulsivo: caratteristiche cliniche e tecniche di intervento*. McGraw-Hill, Milano, 2003.
- Mancini F: Un modello cognitivo del disturbo ossessivo-compulsivo. *Psicoterapia*, 2001, 22, 43-60.
- Coles ME, Frost RO, Heimberg RG, Rheaume J: "Not just right experiences": perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 2003, 41, 681-700.
- Mancini F: Il disgusto e il suo ruolo nel disturbo ossessivo-compulsivo. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 1998, 4, 123-134.
- Arntz A, Weertman A: Treatment of childhood memories: theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 1999, 37, 715-740.
- APA: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington, American Psychiatric Association, 1994.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al.: The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: I. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 1989, 46, 1006-1011.
- Amir N, Foa EB, Coles M: Factor Structure of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological Assessment*, 1997, 3, 312-316.
- Kozak MJ, Liebowitz MR, Foa EB: Cognitive behaviour therapy and pharmacotherapy for OCD: The NIMH-Sponsored Collaborative Study. In: Goodman W, Rudorfer M, Maser J (eds) *Obsessive-compulsive disorder: contemporary issues in treatment*. Erlbaum, Mahwah, NJ, 2000.
- Lindsay M, Crino R, Andrews G: Controlled trial of exposure and response prevention in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 171, 135-139.
- Fals-Stewart W, Marks AP, Schafer J: A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1993, 181, 189-193.
- Ray JW, Shadish WR: How interchangeable are different estimators of effect size? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1996, 64, 1316-1325.
- Cohen J: *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (3rd ed.). Academic Press, New York, 1988.