

EFFICACIA DELL'ESPOSIZIONE CON PREVENZIONE DELLA RISPOSTA NEL TRATTAMENTO DEL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO

Barbara Barcaccia e Claudia Perdighe

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) di Roma.

Riassunto

La prognosi dei pazienti con DOC è migliorata in modo significativo alla fine degli anni '60, grazie all'utilizzo dell'E/RP. Questa particolare forma di terapia psicologica è superiore a qualsiasi altra forma di trattamento, se si considera la riduzione della sintomatologia, la stabilità del cambiamento, gli effetti collaterali, il rapporto costi-benefici, il miglioramento clinico. Dopo aver presentato il tema dell'efficacia in psicoterapia e dei trattamenti sperimentalmente supportati, vengono presentati gli esiti delle ricerche sull'efficacia dell'E/RP.

Parole chiave: *Doc - Efficacia - Esposizione - Prevenzione della risposta*

THE EFFECTIVENESS OF EXPOSURE WITH RESPONSE PREVENTION IN THE TREATMENT OF OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

Summary

Ocd patients' prognosis improved significantly by the end of '60, thanks to E/RP. This particular kind of psychological treatment is superior to any other form of treatment considering reduction of symptomatology, steadiness of change, side effects, cost-and-benefit analysis, clinical improvement. After a presentation of the issue of effectiveness in psychotherapy, and empirically supported treatments, the outcomes of research on effectiveness of E/RP are discussed.

Key Words: *Ocd - Effectiveness - Exposure - Response prevention*

Introduzione

La prognosi dei pazienti con Doc è migliorata in modo significativo alla fine degli anni '60 quando Victor Meyer riportò i primi casi di pazienti trattati con l'esposizione prolungata agli stimoli temuti e con il blocco dei comportamenti abitualmente messi in atto (E/RP). I pazienti trattati con la procedura di E/RP non solo mostravano un netto miglioramento dei sintomi, ma apparivano stabili nel cambiamento anche in tempi successivi alla conclusione del trattamento (Foa e Franklin 2001). Ancora nel 1980, però, Rachman e Hodgson osservavano la scarsità delle prove scientifiche di efficacia dei trattamenti per il Doc, tale da rendere difficile distinguere l'effetto del trattamento dalla remissione spontanea dei sintomi (Foa 1996). Per questo, e sempre

di più in questi ultimi anni, si è avvertita l'esigenza di sottoporre a verifiche scientifiche di efficacia le psicoterapie.

Kendall (1998) descrive le terapie psicologiche sperimentalmente supportate (distinguendole da quelle "validate" e quelle "valutate") come trattamenti che sono stati sottoposti a valutazione secondo il metodo della psicologia scientifica, e per le quali sono emerse prove della loro efficacia, pur rimanendo aperta la strada per ulteriori studi di validazione. Una definizione come questa, secondo l'autore, è utile nello svincolarsi dal predominio di questa o quella figura carismatica all'interno del mondo della psicoterapia.

Secondo Morosini e Michielin (2001) vi sono diverse ragioni che devono farci dubitare dell'efficacia presunta dai clinici, ove manchino prove scientifiche a sostegno, di questa o quella particolare forma di psicoterapia. In particolare la remissione spontanea, l'effetto *placebo*, la selezione dei casi e la soggettività nell'interpretazione dei risultati possano indurre facilmente in errore chiunque inferisca l'efficacia del proprio metodo di trattamento confidando unicamente sulla propria esperienza clinica, senza dati sperimentali a disposizione. È noto, infatti, il fenomeno del miglioramento o remissione spontanei. Inoltre i miglioramenti possono essere dovuti all'effetto *placebo*, quindi determinati non dallo specifico intervento applicato, ma, per esempio, dal fatto che il paziente si senta, accolto, ascoltato, supportato. Vi è poi l'effetto della selezione dei casi: i casi clinici illustrati da uno psicoterapeuta possono non essere rappresentativi di tutti i pazienti che cura. Infine l'interpretazione dei risultati può essere del tutto soggettiva, per cui lo psicoterapeuta che ha messo in atto una determinata forma di trattamento, può giudicare il miglioramento del proprio paziente in modo più favorevole rispetto ad un osservatore indipendente.

È proprio con l'intento di fornire misure degli esiti indipendenti da quelle individuabili da coloro che la terapia la somministrano che nasce nel 1993, all'interno della Divisione 12 (Psicologia Clinica) dell'American Psychological Association, un'unità operativa per la promozione e la diffusione degli interventi psicologici supportati sperimentalmente (EST, *Empirically Supported Treatments*). Nel corso degli anni l'unità operativa ha pubblicato una serie di resoconti sull'attività svolta; il primo di essi è stato pubblicato nel 1995 e conteneva i criteri di selezione per individuare i trattamenti efficaci e una lista preliminare di 25 EST che soddisfacevano tali criteri. Sono stati stabiliti alcuni parametri per attribuire le varie terapie sottoposte a controlli di efficacia a due classi, la categoria dei trattamenti "ben dimostrati" e quella dei trattamenti "probabilmente efficaci". È importante sottolineare che l'efficacia viene di volta in volta stabilita in relazione ad uno specifico disturbo, non essendovi alcuna pretesa di fornire valutazioni globali sulle varie forme di psicoterapia, e in relazione all'esistenza di studi controllati (un trattamento può essere efficace, ma possono non essere stati ancora condotti studi di efficacia che rispettino i criteri indicati).

Nel Regno Unito il movimento della "medicina basata sulle prove" (EBM, *Evidence-Based Medicine*), nasce con l'obiettivo di diffondere una cultura di verifica sperimentale di efficacia delle cure e fornire ai clinici compendi selezionati da esperti sugli interventi più nuovi ed efficaci. Tale approccio, rappresenta un utile riferimento per orientarsi nell'agire clinico, pur presentando dei limiti, sottolineati da diversi autori. Affermano, ad es., Timio e Antiseri (2000) che la EBM "non può essere il *totem* scientifico del terzo millennio; non può essere considerata la panacea *positivista* dei problemi della medicina, né tanto meno il digesto aggiornato delle attualità mediche o il succedaneo spicciolo della metodologia clinica" (p. 413). Il problema, come sempre, è l'utilizzo che si fa dei dati disponibili, e la loro eventuale "assolutizzazione".

Le linee guida internazionali indicano nella terapia farmacologica con SSRI e nella terapia cognitivo-comportamentale con E/RP, i trattamenti d'elezione nel Doc (Abramowitz et al. 2002; Andrews et al. 2003); ci si riferisce in particolare alle indicazioni provenienti dall'unità operativa dell'APA e dalla EBM. L'Esposizione e prevenzione della risposta, infatti, è elencata tra i Trattamenti ben consolidati per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC).

Quali sono gli studi e i dati di efficacia dell'E/RP? La conclusione che l'E/RP è un trattamento efficace, il più efficace, nel trattamento del Doc è basata su un ampio numero di studi caratterizzati da grande variabilità nelle metodologie di ricerca e nelle caratteristiche dei pazienti (Abramowitz 1997). Negli ultimi decenni, infatti, sono stati condotti numerosi studi che confermano l'efficacia dell'E/RP, mostrando che la maggior parte dei pazienti che completa questo trattamento migliora in modo significativo e ottiene un cambiamento stabile nel tempo. L'unità operativa dell'APA si basa, in particolare, sullo studio di van Balkom et al. (1994) che rispetta i criteri necessari per valutare un trattamento validato sperimentalmente.

Gli studi di efficacia

Gli studi sull'efficacia del trattamento con E/RP, mostrano che la maggior parte dei pazienti che completa questo trattamento migliora in modo significativo e ottiene un cambiamento stabile nel tempo. I tassi di guarigione riportati sono in genere tra il 50 e l'85%; il dato è ancor più significativo se si considera la prognosi negativa del disturbo nel decorso naturale e il fatto che mediamente il risultato ottenuto è stabile nel tempo in circa il 70% dei soggetti (Marks 1997).

Una revisione dei risultati di Foa e Kozak (riportata da Foa e Franklin 2001) 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 catamnesi: 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, Steketee e Grayson (1984) 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 alla catamnesi (mediamente di un anno).

Sulla base dei tassi di miglioramento riportati da Dettore (1998) in una revisione di 21 studi di efficacia condotti tra il 1973 e il 1992 (400 pazienti complessivi), si può calcolare che mediamente l'83% (range: 33-100%) dei pazienti migliora, mentre il 17% (range: 77-0%) non ottiene nessun miglioramento dopo il trattamento. Il cambiamento è stabile mediamente nell'80% dei soggetti (con una variabilità che va dal 27 al 97%).

Sul mantenimento dei risultati a lungo termine, uno studio condotto da Sullivan (1991, in Andrews 2003) conclude che con catamnesi a 3aa, il 78% dei soggetti mantiene il miglioramento ottenuto. I pazienti che conseguono un miglioramento più ampio (tendente alla normalizzazione del disturbo, non solo a una riduzione della sintomatologia) hanno una minore probabilità di ricaduta (Foa et al. 1984).

Anche se l'E/RP è considerato un trattamento di dimostrata efficacia è da notare, come si può osservare nei dati riportati, l'ampia variabilità nei tassi di successo o fallimento ottenuti nei diversi studi. Questa variabilità è in grande parte probabilmente attribuibile, più che a caratteristiche del trattamento, alle differenze metodologiche degli studi, in particolare alle misure e metodi utilizzati per valutare l'efficacia e alle modalità di arruolamento dei pazienti.

Quando si parla di "successo" (ovvero di soggetti classificati come "responder") non si indica sempre un dato univoco; per successo si può intendere un miglioramento nei sintomi che va da una riduzione superiore al 30% (percentuale minima per definire efficace il trattamento) della sintomatologia a una riduzione del 70% a seconda degli studi considerati. Per definire l'efficacia alcuni studi riportano solo la media dei punteggi di riduzione della sintomatologia per l'intero campione, altri solo la percentuale dei soggetti che risponde al trattamento.

Inoltre i tassi di efficacia sono in alcuni studi calcolati tenendo conto dell'intero campione

iniziale (chi fa richiesta di psicoterapia e presenta una diagnosi di Doc), in altri solo su coloro che accettano il trattamento con E/RP o solo sui soggetti che completano il trattamento. Anche le modalità di arruolamento dei pazienti crea condizioni iniziali del gruppo di pazienti osservato molto differenti: si va da campioni in cui vengono escluse le comorbidità per l'Asse II, a campioni in cui vengono escluse anche le comorbidità sull'Asse I, a gruppi selezionati per adesione iniziale al trattamento con E/RP, a pazienti arruolati solo per la richiesta di trattamento e presenza del disturbo.

Nella tabella 1 sono riportati i dati di sei studi di esito pubblicati dopo il 2000, che ci sembrano confrontabili per procedure utilizzate. I dati si riferiscono solo ai gruppi trattati con E/RP (escludendo, dove ci sono, i gruppi di controllo o trattati con farmaci. In tutti gli studi considerati la misura utilizzata per valutare il cambiamento è stata la Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), in linea con la gran parte degli studi clinici: 46% degli studi usano la Y-BOCS (Goodman et al. 1989). 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. Sono anche indicate le percentuali dei pazienti classificabili come "responder" (ovvero coloro che ottengono un miglioramento clinico significativo).

Lo studio di Franklin et al. (2000) riguarda 110 soggetti non selezionati per comorbidità, trattati con E/RP (15 sedute di 2 ore).

L'interesse dello studio di Warren e Thomas (2001) è nel fatto che si tratta di una ricerca condotta in un *setting* ambulatoriale privato; i dati riguardano 26 pazienti arruolati solo sulla base della richiesta di trattamento per il Doc, non selezionati per comorbidità, trattati con un numero variabile di sessioni di E/RP.

Lo studio di Franklin et al. (2002) confronta il trattamento con E/RP da solo e il trattamento con E/RP + SRI su 56 pazienti; noi abbiamo riportato i dati soltanto per il gruppo trattato con sola E/RP, anche se nel loro studio non emerge alcuna significativa differenza di esito tra i gruppi.

Lo studio Abramowitz et al. (2002) si riferisce a un gruppo di 28 pazienti, metà dei quali presenta una seconda diagnosi sull'Asse I o sull'Asse II. Il trattamento, in questo studio, prevedeva 15 sessioni di E/RP precedute da tre incontri di psico-educazione, finalizzati a aumentare la comprensione del razionale dell'intervento (e quindi l'adesione al trattamento).

Lo studio di Abramowitz et al. (2003) è su un campione di 132 soggetti; scopo dello studio è valutare la differenza di esito della terapia con E/RP per diversi sottotipi di disturbo, ma nella tabella 1 sono riportati i dati per l'intero campione.

La ricerca di Melli et al. (2005) comprende pazienti trattati con un programma di E/RP intensivo in regime di ricovero. L'interesse di questo studio è legato al fatto che si tratta di pazienti, definiti "resistenti" dagli autori, che non hanno risposto a precedenti terapie farmacologiche e/o CBT; i pazienti non sono stati selezionati per comorbidità. Tutti i pazienti ricevono anche un trattamento farmacologico (già in corso al momento del ricovero).

Come si può osservare nella tabella, alcuni studi riportano un grado di cambiamento superiore ad altri, ma sostanzialmente gli studi confermano un livello di efficacia simile. Far precedere il trattamento da incontri in cui si forniscono informazioni sul disturbo al paziente (*psychoeducation*), come nello studio di Abramowitz et al. (2002), non sembra aumentare l'efficacia del trattamento (i dati medi indicano, al contrario, una tendenza inversa). La tipologia del campione (pazienti che non hanno risposto ad altri trattamenti) spiega i punteggi più alti alla Y-BOCS sia nel pre- che nel post-trattamento, rispetto agli altri studi considerati e la più alta percentuale di *drop-out* nello studio di Melli et al. (2005).

Sembra, dunque, che quando le procedure sono simili, la variabilità negli esiti si riduca notevolmente. Una parte della variabilità degli esiti, ancora, potrebbe essere spiegata dal fatto che il trattamento non ha lo stesso grado di efficacia nei diversi sottotipi di disturbo. Pochi studi,

Efficacia dell'esposizione con prevenzine della risposta nel trattamento...

Tabella 1. Punteggi alla Y-BOCS pre- e post trattamento; deviazione standard; responders; interruzioni del trattamento; numero di sedute di E/RP; numero di soggetti, per gli studi indicati.

	Y-BOCS pre- trattamento	DS	Y-BOCS post- trattamento	DS	Responder	Drop- out	N. sedute	N. soggetti
Franklin et al. 2000	26,79	4,90	11,81	4,30	86%	9%	15	110
Warren e Thomas 2001	23,00	5,62	11,60	4,98	84%	27%	16,5 (media)	26
Franklin et al. 2002	26,50	-	10,00	-	74,50%	-	15	31
Abramowitz et al. 2002	26,43	4,3	15,11	3,5	64%	12,50%	15	28
Abramowitz et al. 2003	26,21	4,78	11,46	5,64	56%	14%	15	132
Melli et al. 2005	32,80	4,70	16,10	7,20	59%	22%	30	31

Nota. Y-BOCS: Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; DS: Deviazione Standard; Responder: pazienti che ottengono un miglioramento clinico significativo.

Tabella 2. Dati di esito per tipologia di Doc (da Abramowitz et al. 2003)

Tipologia Doc	Y-BOCS pre- trattamento	Y-BOCS post- trattamento	Responders (%)
Impulsi aggressivi	27,07	10,79	59
Contaminazione	26,18	11,03	70
Accumulo	25,94	11,5	31
Pensieri inaccettabili	26,66	10,71	46
Simmetria	23,23	11,47	76

Nota. Y-BOCS: Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; Responders: pazienti che ottengono un miglioramento clinico significativo

infatti, valutano la relazione tra il tipo di sintomatologia presentata e l'efficacia del trattamento. Lo studio di Abramowitz et al. (2003) valuta il differente impatto della terapia con E/RP su un campione di 132 soggetti, diviso in gruppi distinti per sintomatologia ossessiva presentata. Se, come si può osservare nella tabella 1, sull'intero campione si ottengono dati simili alla gran parte degli studi, suddividendo i pazienti per i diversi sotto-tipi di Doc si ottengono, come evidenziato nella tabella 2, dati medi di miglioramento molto meno omogenei. In particolare si osserva una bassa percentuale di soggetti che rispondono al trattamento nel sotto-tipo "accumulo".

Confronto tra E/RP e altri trattamenti

Il trattamento con E/RP risulta efficace anche quando confrontato con *placebo* o con altro

tipo di trattamento. Uno studio di Lindsay et al. (1997) confronta 15 sedute di E/RP con lo stesso numero di sessioni di trattamento *placebo* (gestione dell'ansia). Solo il trattamento con E/RP produce una riduzione significativa della sintomatologia; il *placebo* non produce un cambiamento nella sintomatologia.

Nel confronto con la terapia farmacologica il trattamento con E/RP risulta avere un'efficacia confrontabile o superiore alla terapia farmacologica. Uno studio di Marks et al. (1980) che confronta clomipramina con o senza E/RP e *placebo* con o senza E/RP, evidenzia un vantaggio nella combinazione dei trattamenti solo se i pazienti all'*assessment* risultano depressi. Il trattamento con E/RP ottiene maggiori tassi di miglioramento nei sintomi (ma non nell'umore). Da uno studio di Cottraux et al. (1990, in Foa e Franklin 2001), che confronta fluvoxamina, fluvoxamina con E/RP, farmaco *placebo* con E/RP, emerge che la combinazione dei due trattamenti produce risultati migliori a fine trattamento, ma solo i soggetti trattati con E/RP e *placebo* alla catamnesi mostrano un ulteriore miglioramento. Uno studio di Franklin et al. (2002) confronta su un campione di 56 pazienti E/RP e trattamento combinato con SRI più E/RP; 31 soggetti ricevono solo E/RP e 25 ricevono il trattamento combinato. Gli esiti, misurati con la Y-BOCS, indicano che non emerge nessuna differenza significativa tra il trattamento con sola E/RP e il trattamento combinato: si ottiene una riduzione dei punteggi rispettivamente del 65% e del 62,8%.

Il problema dei trattamenti farmacologici, spesso non evidenziato negli studi, è il tasso di ricaduta alla sospensione del trattamento. Una revisione di studi clinici controllati della terapia con SSRI condotta da Andrews et al. (2003) 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. Il tasso di ricaduta dopo la sospensione del trattamento è stimato in una percentuale che varia tra il 65% e il 90%. Uno studio, diventato famoso, a doppio cieco di Pato et al. (1998) riporta che l'89% dei pazienti ha una ricaduta a poche settimane dalla sospensione del trattamento.

Le metanalisi condotte da Abramowitz (1997) e Marks (1997) mettono in luce una superiorità dell'E/RP sul trattamento farmacologico. Anche quando i tassi di successo sono simili, infatti, la terapia con E/RP risulta superiore se si considerano: stabilità del cambiamento; effetti collaterali; rapporto costi-benefici; miglioramento clinico, non solo riduzione significativa dei sintomi. Il vantaggio della combinazione dei due trattamenti è evidente solo quando sono presenti sintomi depressivi.

Sul confronto tra E/RP e terapia cognitiva (TC), Marks (1997) conclude che la terapia cognitiva ha un grado di efficacia confrontabile con l'E/RP, sebbene vi siano difficoltà metodologiche legate al fatto che nella maggior parte degli studi il confronto è con l'E/RP gestita dal paziente; inoltre il confronto con la terapia cognitiva non è semplice per il gran numero di interventi classificabili come terapia cognitiva e terapia cognitivo-comportamentale. Abramowitz (1997) in una revisione di 32 studi controllati, giunge alla conclusione che la terapia cognitiva è efficace almeno quanto l'E/RP. Sulla base di una rassegna di ricerche che confrontano E/RP e TC Foa e Franklin (2001), concludono che i dati ancora non consentono di decidere se la TC sia altrettanto efficace o addirittura più efficace dell'E/RP.

Non c'è, dunque, grande accordo tra gli studiosi circa la reale confrontabilità dei due trattamenti. Una delle difficoltà è distinguere i due trattamenti: benché derivino da approcci teorici e metodologici differenti, non è, infatti, chiaro se agiscano sui medesimi meccanismi psicologici attraverso procedure differenti o se agiscano su meccanismi differenti. La terapia cognitiva, in gran parte dei casi, induce o facilita l'esposizione agli stimoli evitati, anche se si propone di agire su altri meccanismi; d'altra parte anche una terapia con E/RP si può supporre induca, in modo più o meno diretto, una ristrutturazione cognitiva (ovvero una modificazione nella percezione degli stimoli).

Caratteristiche del trattamento che aumentano l'efficacia

Alcune caratteristiche del trattamento sembrano influire sull'efficacia e sulla stabilità del cambiamento: alcune ricerche dimostrano che l'esposizione prolungata è superiore all'esposizione graduale nel ridurre i sintomi nei pazienti con disturbi d'ansia (Foa 1996). Nel DOC, mediamente, sono necessarie sedute di esposizione più lunghe rispetto, ad esempio, al trattamento delle fobie semplici. Inoltre, indipendentemente dall'efficacia nell'immediato, coniugare l'esposizione *in vivo* con l'esposizione per immagini alle conseguenze temute riduce la probabilità di ricaduta senza migliorare gli esiti a breve termine (Foa 1996).

Anche la frequenza delle sedute differisce negli studi. Si va da ricerche in cui la terapia prevede un lavoro intensivo (3 sedute a settimana per poche settimane) ad altri in cui la terapia dura alcuni mesi. Non vi sono dati univoci sulla superiorità di un metodo sull'altro, ma sono disponibili alcune indicazioni circa la superiorità del trattamento intensivo (Foa 1996).

Il miglior predittore della stabilità del cambiamento è il grado di miglioramento ottenuto a fine trattamento. Quindi gli stessi fattori che migliorano l'efficacia hanno una ricaduta sulla stabilità del cambiamento.

Conclusioni

Uno degli aspetti a nostro avviso più interessanti degli studi di efficacia sull'E/RP è che consentono di rispondere "no" alla domanda: le terapie sono tutte simili in quanto ad efficacia? Questo favorisce l'affrancamento dalla percezione della psicoterapia come trattamento generico, più o meno valido, piuttosto che intervento specifico e basato su solide basi metodologiche e scientifiche.

La conclusione che l'E/RP è un trattamento di provata efficacia, quello elettivo al momento, nella cura del Doc, è basata su un vasto numero di ricerche, benché caratterizzate da grande variabilità nelle metodologie di ricerca e nelle caratteristiche dei pazienti. Nonostante questi limiti degli studi di esito, si può concludere che l'E/RP è una delle procedure della psicoterapia per la quale sembra più certo un impatto positivo e duraturo sulla patologia.

Si può, dunque, affermare che esiste un disturbo gravemente invalidante, i cui costi sociali, personali, economici, sono elevatissimi, per il quale è disponibile un trattamento di provata efficacia, superiore a qualsiasi altro intervento possiamo proporre ai nostri pazienti, e in tempi relativamente brevi. Perché non usarlo?

Bibliografia

- Abramowitz, J. S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65, 1, 44-52.
- Abramowitz J.S., Franklin M.E., Schwartz S.A., Furr J.M. (2003). Symptom Presentation and Outcome of Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71, 6, 1049-1057
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC
- Andrews G., Creamer M., Crino R., Hunt C., Lampe L., Page A. (2003). *Trattamento dei disturbi d'ansia*. Torino, Centro Scientifico Editore.

- Barlow, D. H. (1996). The effectiveness of psychotherapy: Science and policy. *Clinical Psychology: Science and Practice* 3, 236-240.
- Chambless D.L., Hollon S. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66, 1, 7-18.
- Chambless D.L., Ollendick T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology* 52, 685-716.
- Dèttore D. (1998). *Il disturbo ossessivo-compulsivo: Caratteristiche cliniche e tecniche di intervento*. Milano, McGraw-Hill.
- Foa EB, Franklin ME (2001). Obsessive-compulsive disorder. In: Barlow DH (a cura di) - Clinical handbook of psychological disorders. Guilford Press, New York.
- Foa E. B. (1996). The efficacy of behavioral therapy with obsessive-compulsives. *The Clinical Psychologist* 49, 2, 19-22.
- Foa E. B., Steketee G.S., Grayson J.B., Turner R.M., Lattimer P.R. (1984). Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals: Immediate and long-term effects. *Behavior Therapy* 15, 450-472.
- Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Bux Jr D. A., Zoellner L. A., Feeny N. C. (2002). Cognitive-Behavioral Therapy With and Without Medication in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Professional Psychology: Research and Practice* 33, 2, 162-168.
- Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Kozak, M. J., Levitt, J. T., & Foa, E. B. (2000). Effectiveness of Exposure and Ritual Prevention for Obsessive-Compulsive Disorder: Randomized Compared With Nonrandomized Samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68, 4, 594-602.
- Goodman W.K., Price L.H., Rasmussen S.A., Mazure C., Fleischmann R.L., Hill C.L., Heninger G.R., Charney D.S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry* 46, 1006-1011.
- Kendall, P.C. (1998). Empirically Supported Psychological Therapies, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66, 1, 3-6.
- Marks, I. (1997). Behaviour Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: A Decade of Progress. *Can J Psychiatry* 42, 6, 1021-1026.
- Melli G, Smurra R., Vannini A, Dèttore D. (2005). Programma residenziale per il trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo. In valutazione su *Quaderni Italiani di Psichiatria*
- Migone P. (2001). L'attuale fase di insoddisfazione nella ricerca in psicoterapia: il "contesto della verifica" nuoce al "contesto della scoperta"? *Psichiatria Generale e dell'Età Evolutiva* 38, 4, 482-513.
- Morosini P., Michielin P. (2001). *Efficacia delle psicoterapie*. In: *La salute mentale: Contro il pregiudizio, il coraggio delle cure*. Eds. Cassano G.B., Dell'Acqua G., Garattini S., Maj M., Morosini P., Muggia E., Munizza C., Racagni G., Tansella M. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 2001. (Disponibile all'indirizzo web <http://www.salutementale-oms.it/Psicoterapie.htm>)
- Pato M. T., Zohar-Kadouch R., Zohar C., Murphy D. L. (1998). Return of symptoms after discontinuation of clomipramine in patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 145, 7, 1521-1525.
- Timio M., Antiseri D. (2000). La medicina basata sulle evidenze: realtà ed illusioni. Estensione delle riflessioni epistemologiche, *Italian Heart Journal Supplement* 1, 3, 411-414.
- van Balkom AJ LM, de Haan, E., van Oppen, P., Spinhoven, P., Hoogduin, K. A. L., & van Dyk, R. (1998). Cognitive and behavioural therapies alone versus in combination with fluvoxamine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease* 186, 492-499.
- Warren e Thomas (2001). Cognitive-behavior therapy of obsessive-compulsive disorder in private practice: an effectiveness study. *Journal Anxiety Disorder* 15, 4, 277-285.

Indirizzo per Corrispondenza: Dr.ssa Barbara Barcaccia c/o Associazione di Psicologia Cognitiva
Via Marcantonio Colonna, 60 – 00192 Roma – Italia. E-mail: per.barbara@libera.it