
Modificazioni psicopatologiche al trattamento cognitivo-comportamentale in 33 soggetti con Disturbo Osessivo Compulsivo

Psychopathological modification after cognitive behaviour treatment of obsessive-compulsive patients

GIANNI SAVRON*, GIOVANNA BARTOLUCCI**, PAOLO PITTI***

*Centro Disturbi Affettivi - Analisi Mediche Pavanello, Ponte di Brenta, Padova

**Azienda USL, Rimini

***Centro per il Lavoro Lahuén, Orvieto

SOMMARIO. Scopo. Lo scopo dello studio è stato quello di valutare le modificazioni psicopatologiche a seguito del trattamento cognitivo comportamentale in un gruppo di soggetti con Disturbo Osessivo Compulsivo (DOC). Quaranta pazienti che soddisfacevano i criteri diagnostici del DSM-IV per il DOC sono stati trattati mediante Esposizione e Prevenzione della Risposta, Terapia Razionale Emotiva e spostamento o blocco del pensiero. **Materiali e metodi.** I soggetti sono stati valutati prima e dopo il trattamento (16 sessioni a frequenza settimanale) mediante una serie di test di autovalutativi (SQ, IAS, EIS, FQ, SSQ, CCL, AOC, TPQ) ed eterovalutativi (CID, CPRS) da un clinico che non prendeva parte al trattamento. **Risultati.** Sette soggetti hanno interrotto il trattamento; i 33 rimanenti hanno mostrato riduzioni significative in quasi tutte le scale, compresa la dimensione caratteriale, la scala dell'evitamento del danno nel TPQ, con l'eccezione del SSQ, della scala dell'ostilità nell'SQ e della fobia del FQ. In 10 dei 22 soggetti che facevano uso di farmaci, questi sono stati diminuiti e progressivamente sospesi. Ventisette pazienti sono stati giudicati clinicamente migliorati, 11 dei quali sono stati trattati esclusivamente con psicoterapia, riportando gli stessi miglioramenti. **Conclusioni.** I risultati supportano l'efficacia della terapia cognitiva comportamentale e confermano la relazione dell'ansia e della depressione con il DOC. La sensibilità all'ansia svolge un ruolo significativo nel DOC. Nonostante la non significativa influenza sull'ostilità, sulle situazioni sociali e sulla dimensione fobica globale, i risultati indicano come la terapia possa agire in dimensioni come l'atteggiamento di malattia, l'inibizione emotiva ed i sintomi somatici, non in relazione diretta con la sintomatologia ossessiva compulsiva.

PAROLE CHIAVE: Disturbo Osessivo Compulsivo (DOC), disturbo ansioso, depressione, scale di valutazione, comportamento di malattia

SUMMARY. Aim. The aim of this study was to assess the effects of cognitive behavioural treatment of obsessive-compulsive patients. **Material and methods.** Forty patients with DSM-IV obsessive-compulsive disorder were treated by exposure and response prevention, Rational Emotive Therapy and thought stopping. The patients were assessed before and after treatment (16 sessions-every week) using self rating scales (SQ, IAS, EIS, FQ, ASI, CCL, SSQ, SE-oc, TPQ) and assessor rating scales (CID, CPRS, subscale), by another clinical psychologist who did not take part in the treatment. **Results.** Seven patients dropped out of treatment, in the remaining 33 patients there was a significant decrease in most of the scales including TPQ harm avoidance dimension, except the SSQ, SQ hostility scale and FQ phobia scale. In 10 of 22 patients that used pharmacotherapy the drugs were gradually tapered and discontinued; 27 of the 33 patients were judged clinically improved. Eleven patients have been treated only with a psychotherapy, and had the same results. **Conclusion.** The results lend support to the efficacy of CBT in the treatment of OCD and confirm the relation between anxiety and depression in OCD patients. The anxiety sensitivity may play a role in OC symptomatology. In spite of the insignificant modification in the hostility, social situations and global phobia dimension, the findings highlight how CBT may also affect psychological variables such as illness attitude, emotional inhibition and somatic symptoms that are not directly related to OC symptomatology.

KEY WORDS: obsessive-compulsive disorder, anxiety disorder, depression, rating scales, illness behaviour.

E-mail: doc@savron.it

INTRODUZIONE

Come risaputo il Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC) è caratterizzato dalla presenza di ossessioni (idee, pensieri, immagini o impulsi ricorrenti o persistenti) e compulsioni intrusive (atteggiamenti ripetitivi mentali e comportamentali), indesiderate e difficilmente controllabili.

Esse sono causa di notevole disagio e/o malessere e manifestano oscillazioni ed esacerbazioni sintomatologiche frequenti (1).

Considerato intrattabile sino ad alcuni decenni fa, il DOC rappresenta un disturbo di notevole interesse clinico sia per la curiosità scientifica suscitata dalla particolare espressione e variabilità sintomatologica, che per i notevoli risultati raggiunti in ambito terapeutico.

I successi riportati nell'ultimo ventennio conseguono fondamentalmente all'utilizzo di due linee di trattamento: a) farmacologica, mediante gli inibitori serotoninergici (2-5); b) psicoterapeutica comportamentale, mediante l'Esposizione e Prevenzione della Risposta (EPR) (6,7).

In letteratura viene riportata l'efficacia di entrambi i trattamenti sebbene, in alcuni casi, nessuno dei due possa sempre condurre ad una piena e completa remissione dei sintomi. Il raffronto dei vari dati rivela una maggiore efficacia del trattamento comportamentale (65-75%) rispetto a quello farmacologico (35-40%), soprattutto considerando i risultati a lungo termine, i drop-out e le ricadute (8-10).

In sintesi, lo scopo dell'intervento EPR nel trattamento del DOC è, da un lato, esporre il soggetto a situazioni che generano ansia e dall'altro indurlo a non attuare i rituali. Viene così ostacolata la formazione del rinforzo negativo, costituito dalla riduzione dell'ansia determinata dall'evitamento dello stimolo fobico (oggetto o situazione) che induce a ripetere il rituale, e si favorisce l'*habituation* che conduce all'estinzione della paura e dell'ansia.

In tale modo, mediante i processi di apprendimento e rinforzo si produce un cambiamento comportamentale. Sebbene il trattamento comportamentale (EPR) raggiunga buoni risultati, una parte dei pazienti (20-25%) non risponde al trattamento o lo interrompe precocemente. La contemporanea presenza di comorbidità rappresenta un importante elemento di variabilità prognostica e psicoterapeutica (11-13), e soggetti che rispondono alla terapia, al follow-up possono necessitare di ulteriori sedute di terapia.

Negli ultimi anni, sono apparsi in letteratura vari articoli sull'utilizzo della terapia cognitiva nel trattamento del DOC, riportando una efficacia analoga alla terapia comportamentale (14-21).

Sebbene vi siano vari modelli cognitivi, molto schematicamente, la terapia cognitiva mira al cambiamento delle opinioni e degli atteggiamenti dell'individuo al fine di indurre una modificazione comportamentale.

Essa riconosce al pensiero, alle precedenti esperienze, all'interpretazione data dal soggetto alle varie situazioni la capacità di determinare le emozioni ed i modelli di comportamento. Per cui l'identificazione, la consapevolezza dei propri pensieri, il riconoscimento degli schemi disfunzionali o le convinzioni irrazionali, l'apprendimento di nuove strategie determinano la modificazione e/o ristrutturazione degli schemi mentali che inducono di conseguenza una modificazione del comportamento.

Emmelkamp (15), in un raffronto fra Terapia Razionale Emotiva (RET) (22) ed esposizione in vivo, aveva osservato che la prima, sebbene non fosse superiore all'esposizione, risultava più efficace nel ridurre la depressione, le convinzioni irrazionali, e apportava un maggior beneficio nelle situazioni sociali.

Ownby (23) ha indicato come lo stop del pensiero associato alla RET sia un trattamento efficace, mentre Salkovskis e Warwick (24) hanno riportato l'utilità della terapia cognitiva nel trattamento dei DOC con idee prevalenti.

Il ruolo svolto dall'ansia, dalla depressione, dalla sensibilità all'ansia, nello sviluppo del DOC è ancora oggetto di studio, come d'altronde la presenza di comorbidità nell'Asse I e II che può richiedere particolari strategie terapeutiche (11-13).

L'efficacia clinica sia del modello comportamentale (Esposizione e Prevenzione della Risposta) che del modello cognitivo (Rational Emotive Therapy o Terapia Cognitiva di Beck) nel trattamento del DOC risulta ampiamente documentata e lo scopo dello studio è quello di valutare le modificazioni psicologiche a seguito del trattamento cognitivo-comportamentale (TCC) di un gruppo di soggetti DOC.

MATERIALE E METODO

Lo studio interessa una serie consecutiva di 48 soggetti ambulatoriali di cui 34 facenti parte di un precedente studio (25) soddisfacenti i criteri diagnostici del DSM-IV per il DOC (1).

La diagnosi è stata posta in modo indipendente da due clinici (GB) e (PP) basandosi sulla Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) (26).

I criteri di inclusione prevedevano: a) diagnosi primaria di DOC; b) durata minima del disturbo di almeno un anno; c) età compresa fra 18 e 65 anni. Mentre i criteri di

esclusione prevedevano: a) concomitante presenza di altre psicopatologie gravi (schizofrenia, depressione maggiore, psicosi, disturbi di personalità); b) presenza di disturbi neurologici; c) presenza di disturbi di personalità, alcolismo, abuso di sostanze stupefacenti.

Tutti i soggetti sono stati edotti sugli scopi e modalità dello studio, acconsentendo a partecipare.

Dei soggetti inseriti nello studio, 8 ne sono stati esclusi perché 2 di essi presentavano un disturbo di personalità, 2 il disturbo di Tourette, in 2 la durata del disturbo era inferiore ad un anno, 1 per ossessione psicotica ed 1 perché di età inferiore a 18 anni.

Nel restante gruppo di 40 soggetti, 17 furono giudicati con sintomatologia severa, 21 marcata e 2 moderata-lieve. Sette hanno interrotto il trattamento nel corso delle prime settimane di terapia. Dei 33 soggetti rimanenti, 18 erano maschi e 15 erano femmine, l'età media era di 30,42 ($\pm 9,73$) anni (range: 18-57), 10 soggetti erano coniugati e 22 nubili/celibati, 1 era divorziato. L'età media indicata quale esordio del disturbo era di 14,45 ($\pm 7,52$) anni, mentre la durata media del disturbo, considerato al momento della valutazione, era di 3,8 ($\pm 4,82$) anni, 19 soggetti avevano già praticato psicoterapia (psicodinamica o di supporto e, in un solo caso, comportamentale) per una media di 2,92 ($\pm 2,96$) anni.

Ventidue soggetti seguivano un trattamento farmacologico, tre non tolleravano farmaci, mentre 8 si rifiutavano di utilizzarne. Venticinque presentavano un disturbo associato dell'Asse I (**Tabella 1**), 3 soggetti presentavano idee prevalenti e 4 casi presentavano familiari con DOC.

Otto possedevano la licenza di scuola media inferiore, 9 il diploma di scuola media superiore e 16 la laurea; 28 soggetti appartenevano alla classe medio alta e 5 alla classe medio bassa secondo la classificazione di Goldthorpe e Hope (27).

L'età media dei 7 soggetti che avevano interrotto il trattamento era di 34,71 ($\pm 9,11$) anni, vi erano 3 donne e 4 uomini, 3 singoli, 2 coniugati e 2 separati, l'età d'esordio era di 14,71 anni ($\pm 5,31$), la durata media della psicoterapia effettuata in precedenza da 5 soggetti era di 5 ($\pm 3,00$) anni e la durata media dell'episodio attuale di 8,57 ($\pm 5,03$) anni. Cinque possedevano il diploma e 2 la laurea ed appartenevano alla classe medio alta.

Tutti i 7 soggetti presentavano una sintomatologia severa e familiarità negativa per il DOC; avevano fatto uso di farmaci a dosaggi adeguati senza miglioramenti consistenti e presentavano comorbidità (3 depressione, 1 depressione e disturbo di panico, 1 depressione, panico e agorafobia, 2 fobia sociale) e una durata maggiore di malattia e di psicoterapia.

Quando possibile, nel corso del trattamento, i farmaci sono stati sospesi.

Valutazione psicometrica

I pazienti sono stati sottoposti ad una estesa valutazione psicometrica utilizzando strumenti di autovaluta-

zione e di eterovalutazione nella versione italiana validata ed utilizzata in precedenti studi (25).

L'auto e l'eterovalutazione sono state eseguite indipendentemente, poiché l'intervistatore non era a conoscenza dei risultati dei questionari compilati dai pazienti e non prendeva parte al trattamento.

Strumenti di autovalutazione:

- a) Symptom Questionnaire (SQ) di Kellner (28), la cui somma degli item determina i punteggi nelle quattro scale principali (ansia, depressione, sintomi somatici, ostilità);
- b) Illness Attitude Scale (IAS) di Kellner (29), in grado di misurare gli atteggiamenti, le paure e le convinzioni ipocondriache ma non la sintomatologia. Il questionario consta di 7 scale: preoccupazione di malattia, preoccupazione per il dolore, preoccupazione per la salute, ipocondria, tanatofobia, nosofobia, preoccupazioni somatiche;
- c) Emotional Inhibition Scale (EIS) di Kellner (30), che verte sull'incapacità di esprimere le proprie emozioni ed è costituito da 4 scale: inibizione verbale, timidezza, autocontrollo e mascheramento delle emozioni;
- d) Anxiety Sensitivity Index (ASI) di Peterson e Reiss (31), che misura la paura dei sintomi ansiosi e permette di valutare la sensibilità all'ansia;
- e) Fear Questionnaire (FQ) di Marks e Mathews (32), che permette di valutare la dimensione ansiosa-depressiva e fobica (agorafobia, fobia del sangue e delle ferite, fobia sociale);
- f) Compulsion Checklist (CC) di Marks, et al. (33), che misura e quantifica l'interferenza-disagio della sintomatologia ossessiva nelle varie attività quotidiane.
- g) Social Situation Questionnaire (SSQ) di Marks (34), questionario che valuta il grado di disagio ed evitamento presentato dai soggetti nelle varie situazioni sociali;
- h) Scala di Autovalutazione delle Ossessioni-Compulsioni (A-OC) (25), tipo Likert, in cui il soggetto valuta il grado di disagio e/o malessere, di gravità ed intensità, creato dai propri sintomi ossessivi-compulsivi, mediante una scala a 7 punti;
- i) Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ) di Cloninger (35) (vers. it. G. Bartolucci), costituito da 100 item a risposta vero-falso, il cui modello neurobiologico ipotizza l'esistenza di tre dimensioni nelle quali rispecchiare la personalità (ricerca di novità, evitamento del pericolo, dipendenza dalla ricompensa), rispettivamente modulati dalla dopamina, serotonina e noradrenalina.

Nella forma eterovalutativa sono stati utilizzati i seguenti strumenti:

- a) Clinical Interview for Depression (CID) di Paykel (36), che rappresenta una forma ampliata della scala di Hamilton per la depressione, nella quale gli item vengono quantificati con un punteggio da 1 a 7, che considera frequenza, gravità e qualità del sintomo. Di

essa sono stati utilizzati solamente gli item relativi all'ansia, alla depressione ed alla sintomatologia ossessivo-compulsiva;

- b) Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS-OC) di Asberg, et al. (37), della quale sono state utilizzate solo le scale delle ossessioni, compulsioni, preoccupazioni per sciocchezze e l'indecisione.

Al termine delle 16 sessioni è stata utilizzata anche la Global Rating Scale (GRS), scala di valutazione globale del miglioramento di Kellner (38), che consta di 9 item che valutano l'invariabilità, il peggioramento ed il miglioramento del soggetto.

Valutazione statistica

I valori sono stati espressi in medie e deviazioni standard. Nel raffronto fra le medie infragruppo (pazienti con precedente psicoterapia e pazienti trattati senza farmaci) è stato utilizzato il t-test per campioni indipendenti.

Per la valutazione dei cambiamenti osservati nel gruppo sperimentale prima e dopo terapia è stato utilizzato il test di Wilcoxon per campioni appaiati, mentre per la misura delle correlazioni è stato utilizzato il coefficiente di correlazione di Spearman.

TRATTAMENTO

Poiché lo scopo dello studio non mirava a differenziare l'efficacia del tipo di trattamento ma le modificazioni psicopatologiche a seguito dell'utilizzo di strategie di provata efficacia terapeutica, la sequenza delle varie modalità di intervento è stata utilizzata a seconda delle necessità terapeutiche.

Dopo la valutazione psicometrica iniziale e la raccolta dei dati anamnestici, i pazienti sono stati sottoposti ad intervento cognitivo-comportamentale caratterizzato da: a) valutazione delle ossessioni e compulsioni (tipo, esordio, fattori scatenanti e stimolanti interni ed esterni); b) Terapia Razionale Emotiva (TRE) (22,39,40); modello ABCDE (A: Activating events; B: Beliefs; C: Consequences; D: Disputation of irrational beliefs; E: Effective new emotional response); c) spostamento e blocco del pensiero; d) esposizione e prevenzione della risposta.

Nelle varie sedute, oltre la valutazione delle idee irrazionali e distorsioni cognitive, sono stati analizzati i progressi espositivi e sono stati pianificati gli obiettivi successivi da raggiungere utilizzando un diario strutturato sul quale venivano annotati gli eventi stimolo, gli stati d'animo (quantificandone il disagio), i pensieri ed i comportamenti messi in atto nelle varie situazioni dal soggetto.

La psicoterapia è stata condotta dallo stesso terapeuta (GS), il quale ha ridotto e/o sospeso i farmaci quando possibile.

Dopo 16 sedute a frequenza settimanale, della durata di 45-50 minuti l'una, sono stati riapplicati tutti i questionari riportati in precedenza dai clinici (GB, PP) che non prendevano parte al trattamento, i quali valutavano il miglioramento globale mediante la scala di Kellner (38) considerando in remissione solo i soggetti qualificati come "migliorati" o "molto migliorati".

RISULTATI

Tra la prima e la seconda misurazione sono state osservate delle differenze significative in quasi tutte le scale utilizzate (**Tabella 2**).

Si è avuta una riduzione dei punteggi nell'ansia ($p<.001$), depressione ($p<.01$), sintomi somatici ($p<.01$), sensibilità all'ansia ($p<.001$), atteggiamenti di malattia ($p<.02$), inibizione emotiva ($p<.02$), ossessioni e compulsioni ($p<.001$) auto ed eterovalutate, e nel tratto di personalità evitamento del danno del TPQ ($p<.001$); mentre, non sono state rilevate differenze nei tratti ricerca di novità e dipendenza dalla ricompensa, nell'ostilità, nella dimensione fobica globale (agorafobia, fobia sangue e ferite, fobia sociale) e nelle situazioni sociali.

L'ansia e la depressione all'SQ presentano una riduzione significativa, tuttavia rimanendo superiori alla norma (cut-off rispettivamente di 9 e 8), mentre i sintomi somatici e l'ostilità giungono ad un punteggio nella norma (cut-off 7 e 8), anche se la riduzione di quest'ultima non è significativa (28).

Si osservano differenze significative nelle sottoscale dell'IAS: preoccupazione per il dolore ($p<.03$); ipocondria ($p<.02$); nosofobia ($p<.03$) ed una sua correlazione ($p<.01$) con l'ASI (**Tabella 3**).

Già in uno studio precedente avevamo osservato negli ossessivi un punteggio superiore ai controlli nell'atteggiamento di malattia in tutte le scale dell'IAS, senza tuttavia raggiungere valori tali da rispecchiare atteggiamenti ipocondriaci (41).

Nell'EIS, invece, le sottoscale che evidenziano delle differenze significative, sono: l'inibizione verbale e la timidezza.

Il TPQed correla positivamente con l'ansia e la depressione e negativamente con la ricerca di novità (**Tabella 3**).

Dopo trattamento, il TPQed correla significativamente ($p<.01$) con l'SQa, l'EIS, l'ASI, la sintomatologia ossessiva compulsiva (CCL, CIDo, CPRS), ad indicare indirettamente il miglioramento della sintomatologia umorale e ossessiva compulsiva.

Tabella 1. Età-sesso, ossessioni-compulsioni, comorbilità, farmacoterapia - 33 pazienti				
Età-sesso	ossessioni	compulsioni	comorbilità	farmacoterapia mg/die
27 m	contaminazione	lavaggio	depressione fobia sociale dismorfofobia	Alprazolam 1,5 mg Fluoxetina 20 mg Imipramina 100 mg
19 m	dubbio	controllo	agorafobia dismorfofobia	Clonazepam 6 mg
23 f	dubbio	controllo	depressione	rifiuto
34 f	contaminazione malattia (AIDS)	lavaggio controllo	d. ansioso generalizzato	Amitriptilina 100 mg Perfenazina 8 mg Lorazepam 2 mg
26 f	danno	controllo	depressione fobia sociale	Fluoxetina 20 mg Clonazepam 1,5 mg
54 m	ordine religione	raccolta rifiuti controllo ordinare	depressione	Clorimipramina 150 mg
39 m	perdita di controllo dubbio malattia (AIDS)	verifica	depressione agorafobia	Fluoxetina 40 mg Alprazolam 3 mg
18 m	dubbio	controllo	disturbo di panico fobia sociale	Clorimipramina 150 mg Clonazepam 1,5 mg
29 m	contaminazione danno	verifica controllo		Clonazepam 3 mg
28 f	contaminazione malattia (AIDS) danno omosessualità	Lavaggio controllo	d. ansioso generalizzato	non tollerata
57 f	danno	controllo	depressione disturbo di panico	Amitriptilina 75 mg Perfenazina 6 mg
34 m	dubbio	controllo	fobia sociale	rifiuto
23 m	dubbio	controllo	depressione	rifiuto
24 m	omosessualità malattia (AIDS)	controllo	d. ansioso generalizzato	rifiuto
36 f	contaminazione	lavaggio	d. ansioso generalizzato depressione	Fluoxamina 300 mg Lorazepam 3 mg
28 m	ordine	pulizia	fobia sociale	rifiuto
19 m	malattia (AIDS)	lavaggio controllo		Lorazepam 3 mg Serenase 6 mg
24 f	blasfemia	pregare	d. ansioso generalizzato	Lorazepam 6 mg
24 m	danno	controllo		Fluoxetina 20 mg
21 f	dubbio	ripetizione	depressione	rifiuto
42 f	contaminazione	lavaggio	depressione	Clorimipramina 150 mg
23 m	dubbio	ripetizione	dismorfofobia	Amitriptilina 75 mg Perfenazina 6 mg

segue Tabella 1. Et -sesso, ossessioni-compulsioni, comorbidit , farmacoterapia - 33 pazienti

32 f	dubbio	controllo	depressione	non tollerata
34 m	blasfemia	ripetizione	fobia sociale	Clorimipramina 175 mg Alprazolam 2 mg
23 f	omosessualit� malattia	controllo	depressione	rifiuto
32 f	controllo	raccogliere oggetti	fobia sociale agorafobia disturbo di panico depressione	Clorimipramina 200 mg Clonazepam 6 mg
33 f	contaminazione malattia (AIDS)	lavaggio controllo	fobia sociale	non tollerata
28 m	danno	controllo		Fluvoxamina 200 mg Clonazepam 1,5 mg
28 f	contaminazione ordine	pulizia lavaggio		rifiuto
31 f	contaminazione	lavaggio		Clonazepam 3 mg
22 m	danno contaminazione	controllo lavaggio		Clorimipramina 150 mg Clonazepam 1,5 mg
40 m	ordine	controllo		Fluoxetina 40 mg Clonazepam 3 mg
50 m	danno contaminazione	controllo lavaggio		Fluoxetina 20 mg

La riduzione dei punteggi nelle scale di autovalutazione (ansia, depressione, ostilit , sensibilit  all'ansia, fobie, ossessioni e compulsioni, intensit  del disagio) correla significativamente ($p < .01$) con la riduzione dei punteggi della sintomatologia ossessiva-compulsiva della Comprehensive Psychopathological Rating Scale e della scala delle ossessioni della CID (**Tabella 4**).

L'autovalutazione del grado di disagio, malessere, intensit  creato dalla sintomatologia ossessiva-compulsiva correla positivamente con l'SQ l'ostilit .

Prima del trattamento CC, il raffronto fra soggetti che avevano effettuato una precedente psicoterapia ($n=19$) e soggetti senza ($n=14$), non evidenzia differenze significative; mentre dopo trattamento il gruppo con precedente psicoterapia ha evidenziato una significativa riduzione nella variabile Autovalutazione disagio/malessere nelle ossessioni-compulsioni (2.94 ± 1.26 ; 3.78 ± 1.96 ; $F=4.568$; $p=.04$) nell'A-OC.

Il gruppo di soggetti senza trattamento farmacologico ($n=11$), sottoposti a psicoterapia CC, rispetto ai soggetti con psicoterapia e farmacoterapia ($n=22$), ha evidenziato prima del trattamento delle differenze significative rispettivamente nelle scale: ASI (media:

21.72 ± 8.97 ; media: 25.36 ± 14.32 , $p=.032$); IAS sottoscala preoccupazioni somatiche (media: 5.09 ± 2.21 ; media: 4.36 ± 3.36 ; $p=.029$); SQ, sottoscala dei sintomi somatici (media: 12.90 ± 6.45 ; media 7.22 ± 4.24 ; $p=.019$); differenze scomparse a seguito del trattamento.

In 10 dei 22 soggetti che facevano uso di farmaci, questi sono stati progressivamente sospesi e 11 soggetti come gi  indicato sono stati trattati esclusivamente con TCC.

Ventisette dei 33 soggetti sono stati giudicati in remissione; di questi, 13 erano migliorati e 14 molto migliorati, 4 lievemente migliorati e 2 non migliorati.

I tre soggetti con idee prevalenti, al termine della terapia non manifestavano pi  tale sintomo.

DISCUSSIONE

Vi sono ovvie limitazioni nello studio: l'utilizzo di un disegno naturalistico e la mancanza del gruppo di controllo non permettono di identificare le eventuali fluttuazioni sintomatologiche spontanee e la specificit  del tipo di intervento.

Tabella 2. Valori e deviazioni standard delle due misurazioni in 33 pazienti DOC

	I meas	SD	II meas	SD	P
SQ-a	14.45	(4.41)	10.45	(5.32)	0.001 ***
SQ-d	14.36	(6.15)	10.27	(5.32)	0.002 **
SQ-ss	9.12	(5.75)	6.97	(4.45)	0.009 **
SQ-o	9.30	(6.26)	7.18	(5.98)	Ns
IAS-tot	35.06	(16.03)	29.67	(14.96)	0.014 *
IAS-pm	7.00	(3.72)	6.15	(4.029)	Ns
IAS-pd	5.97	(3.039)	4.82	(2.88)	0.026 *
IAS-psa	6.52	(3.54)	6.12	(3.04)	Ns
IAS-i	2.64	(2.43)	1.73	(2.20)	0.015 *
IAS-t	5.09	(3.75)	4.58	(3.67)	Ns
IAS-n	3.24	(2.69)	2.30	(2.66)	0.032
IAS-pso	4.61	(3.01)	3.97	(2.69)	Ns
EIS-tot	52.00	(5.65)	49.03	(7.76)	0.016 *
EIS-a	13.91	(2.97)	13.76	(2.75)	Ns
EIS-ds	11.67	(2.53)	11.67	(2.64)	Ns
EIS-iv	13.15	(2.91)	11.52	(3.24)	0.009 **
EIS-t	13.27	(2.28)	12.09	(3.01)	0.026 *
ASI	24.15	(12.76)	18.12	(11.14)	0.001 ***
FQ-ad	24.67	(8.24)	20.45	(9.85)	0.008 **
FQ-f	40.36	(18.39)	36.61	(19.39)	Ns
TPQ-rn	15.12	(5.42)	14.91	(4.98)	Ns
TPQ-ed	24.03	(5.24)	19.79	(6.55)	0.000 ***
TPQ-dr	17.36	(4.13)	18.39	(4.62)	Ns
CCL	23.24	(14.55)	15.06	(13.66)	0.000 ***
A-oc	5.27	(1.40)	3.30	(1.63)	0.000 ***
CID-a	4.39	(1.20)	2.79	(1.08)	0.000 ***
CID-d	4.21	(1.14)	2.48	(1.09)	0.000 ***
CID-oc	5.18	(1.04)	3.33	(1.27)	0.000 ***
CPRS-t	5.27	(1.59)	2.39	(2.09)	0.000 ***
SSQ	38.27	(24.10)	31.74	(30.70)	Ns

* p<0.05

** p<0.01

*** p<0.001

SQ Symptom Questionnaire (a=ansia, d=depressione, ss=sintomi somatici, o=ostilità)

IAS Illness Attitude Scale (tot=punteggio totale, pm=preoccupazione di malattia, pd=preoccupazione dolore, psa=preoccupazione salute, i=ipocondria, n=nosofobia, psi=preoccupazioni somatiche)

EIS Emotional Inhibition Scale (tot=punteggio totale, a=autocontrollo, ds=dissimulazione sentimenti, iv=inibizione verbale, t=timidezza)

ASI Anxiety Sensitivity Index

FQ Fear Questionnaire (ad=ansia-depressione, f=fobia)

TPQ Tridimensional Personality Questionnaire (rn=ricerca di novità, ed=evitamento del danno, dr=dipendenza dalla ricompensa)

CCL Compulsion Checklist

A-oc autovalutazione ossessioni-compulsioni

CID Clinical Interview for Depression (a=ansia, d=depressione, oc=ossessioni-compulsioni)

CPRS Comprehensive Psychopathological Rating Scale (t=punteggio totale)

SSQ Social Situation Questionnaire

I soggetti sono stati sottoposti a vari interventi (farmacologico e psicoterapico) ed il risultato potrebbe conseguire al loro utilizzo congiunto, anche se tale ipotesi verrebbe smentita dall'esito del trattamento psicoterapico in soggetti senza farmacoterapia.

Lo scopo dello studio, comunque, non era di verificare l'efficacia di un intervento rispetto all'altro ma di applicare tecniche riconosciute come efficaci e verificare le modificazioni cliniche da esse indotte adattate (25,42).

È risaputo che esistono delle differenze fra gli studi con pazienti selezionati e/o randomizzati in condizioni

sperimentali controllate ristrette e studi clinici in aperto, in condizioni di pratica clinica, che riportano dati differenti ma non meno significativi.

Infatti, esiste a livello mondiale un vivace dibattito sull'efficacy (efficacia in fase sperimentale) ed effectiveness (efficacia dello stesso intervento nella pratica clinica reale giornaliera in condizioni di normale attività).

Nel presente lavoro vi sono alcuni fattori che ne sottolineano la validità, come: criteri diagnostici ristretti; primarietà del DOC; accurato screening dei soggetti; durata del disturbo; trattamento effettuato dallo stesso

Tabella 4. Coefficienti di correlazione di Spearman tra le prime misurazioni nei 33 pazienti (solo valori significativi)

	SQ -a	SQ -d	SQ -ss	SQ -o	IAS -t	EIS -t	ASI	FQ -ad	FQ -f	TPQ -rn	TPQ -ed	TPQ -dr	CCL	A-OC	CID -a	CID -d	CID -oc
Sq-a																	
Sq-d	0.74 **																
SQ-ss	**	**															
SQ-o	0.59 **	0.67 **															
IAS-4	0.66 **																
EIS-t	0.50 **																
ASI		0.59 **															
FQ-ad	0.59 **	0.64 **					0.62 **										
FQ-f	0.50 **	0.62 **			0.45 **		0.62 **										
TPQ-rn						0.51 **	0.45 **	0.45 **									
TPQ-ed	0.57 **							0.45 **									
TPQ-dr		0.48 **						0.57 **	0.72 **		0.54 **						
CCL								0.57 **	0.63 **				0.56 **				
A-oc	0.57 **	0.59 **		0.45 **									0.53 **				
CID-a	0.48 **				0.46 **							0.49 **					
CID-d	0.45 **	0.52 **		0.48 **		0.51 **	0.51 **	0.58 **			0.48 **			0.54 **			
CID-oc	0.58 **	0.67 **		0.45 **			0.53 **	0.53 **	0.50 **		0.45 **		0.48 **	0.60 **	0.55 **		
CPRS-t	0.55 **	0.60 **		0.54 **			0.44 **	0.47 **	0.46 *		0.46 **		0.47 **	0.61 *	0.49 **	0.51 **	0.82 **
SSQ						0.56 **	0.47 **	0.68 **	0.68 **		0.53 **		0.59 **		0.50 **		

* p<0.05
 ** p<0.01
 *** p<0.001
 SQ Symptom Questionnaire (a=ansia, d=depressione, ss=sintomi somatici, o=ostilità)
 IAS Illness Attitude Scale (tot=punteggio totale)
 EIS Emotional Inhibition Scale (tot=punteggio totale)
 ASI Anxiety Sensitivity Index
 FQ Fear Questionnaire (ad=ansia-depressione, f=fobia)
 TPQ Tridimensional Personality Questionnaire (rn=ricerca di novità, ed=evitamento del danno, dr=dipendenza dalla ricompensa)
 CCL Compulsion Checklist
 A-oc autovalutazione ossessioni-compulsioni
 CID Clinical Interview for Depression (a=ansia, d=depressione, oc=ossessioni-compulsioni)
 CPRS Comprehensive Psychopathological Rating Scale (l=punteggio totale)
 SSQ Social Situation Questionnaire

terapeuta; scarsa risposta ai precedenti trattamenti (farmacologico e psicoterapico); efficacia documentata delle tecniche di trattamento; bassa risposta al placebo dei pazienti DOC e basso tasso di remissione spontanea; utilizzo congiunto di scale di autovalutazione ed eterovalutazione, che permette di ridurre i bias relativi allo stato di malattia dei soggetti ed alla partecipazione allo studio sia dei pazienti che del clinico.

Inoltre, in 10 dei 22 pazienti il farmaco è stato sospeso, 11 sono stati trattati esclusivamente con psicoterapia.

L'elevato tasso di comorbidità può influenzare i risultati, ma lo studio ha conseguito importanti informazioni: il trattamento cognitivo comportamentale ha prodotto importanti modificazioni psicopatologiche nella maggioranza dei soggetti.

La riduzione di sintomi di stato (ansia, depressione, sintomi somatici, ossessioni e compulsioni, sensibilità all'ansia, inibizione verbale e timidezza, atteggiamenti di malattia quali ipocondria, nosofobia, preoccupazione di malattia) e di tratto (evitamento del danno) supportano l'efficacia del tipo di intervento effettuato, oltre che la relazione fra ansia-depressione e sintomatologia ossessiva compulsiva già posta in rilievo da altri Autori.

Mc Nally e Lorenz (43) hanno trovato che la terapia CC induce una riduzione significativa dell'ansia stato e tratto, ed il trattamento comportamentale dell'agorafobia migliorava la sensibilità all'ansia; ciò è stato riscontrato anche in questo studio. Il trattamento della sintomatologia ossessiva compulsiva ha determinato una riduzione significativa della paura dei sintomi ansiosi.

Una ulteriore considerazione concerne la presenza di maggiori sintomi somatici, maggiori preoccupazioni somatiche di malattia, ma minori timori dei sintomi d'ansia, nei pazienti senza farmaco trattati solo con psicoterapia, i quali, dopo trattamento non presentano differenze significative rispetto al gruppo farmaco-psicoterapia.

Tali dati possono essere interpretati alla luce degli studi di Baxter, et al. (44) e di Schwartz, et al. (45) che hanno evidenziato come il trattamento psicoterapico comportamentale comporti un miglioramento clinico e modificazioni recettoriali cerebrali analoghi a quelli prodotti dal farmaco; confermando così l'efficacia del trattamento.

Inoltre, Basoglu (46,47) ha riportato come soggetti agorafobici trattati con esposizione e placebo avessero un esito migliore rispetto a quelli trattati con esposizione e alprazolam; inoltre, i soggetti che attribuivano a se stessi il beneficio del trattamento avevano minori ricadute di pazienti che attribuivano il miglioramento al farmaco.

Anche un nostro studio (48) ha fatto ipotizzare la presenza di una maggiore sensibilità all'ansia in soggetti agorafobici con panico e pregressa esperienza di trattamento farmacologico benzodiazepinico.

Si può pertanto ipotizzare che nel nostro campione di ossessivi potrebbe esservi una minore espressione somatica dei sintomi ansiosi, in soggetti trattati con farmaco per effetto delle sostanze, ma pari passo, un maggiore timore degli stessi sintomi; contrariamente a chi non utilizza farmaci che mostrerebbe una maggiore sintomatologia ansiosa ma minore timore degli stessi sintomi.

Indubbiamente, la decisione di 8 degli 11 soggetti di non utilizzare il farmaco può aver influito sul loro atteggiamento, rendendoli più determinati nell'affrontare la terapia.

L'apparente contraddizione che si osserva fra la scala dell'IAS che misura le preoccupazioni somatiche e l'ASI che misura la paura dei sintomi ansiosi e l'SQ che misura la sintomatologia ansiosa, viene spiegata analizzando il costrutto teorico dei test ed i rispettivi item.

Nell'IAS le domande: *Quando legge o sente parlare di una qualche malattia, lei accusa sintomi simili a quella malattia?*; *Quando avverte sensazioni nel suo corpo, le riesce difficile pensare a qualcosa d'altro?*; *Quando avverte sensazioni nel suo corpo, se ne preoccupa?* mirano a misurare gli atteggiamenti e preoccupazioni di malattia.

Nell'ASI item del tipo: *Quando non riesco a prestare attenzione a quello che sto facendo, mi preoccupa di poter impazzire*; *Mi spaventa il fatto di tremare*; *Mi spavento se sento come se dovessi cadere*; *Se mi accorgo che il cuore batte forte, penso che mi possa venire un attacco di cuore*; *Se ho delle strane sensazioni nel corpo mi spaventano* mirano a misurare la paura e la percezione di minaccia fisica e psichica.

Nell'SQ, invece, item del tipo: *Senso di pesantezza alle braccia o alle gambe*; *Senso di tensione alla testa o al collo*; *Senso di soffocamento*; *Parti del corpo intorpidite o con formicolio* mirano a misurare la sintomatologia somatica.

Quindi, i vari test misurano espressioni differenti delle variabili cognitive-comportamentali.

Altrettanto importante è l'osservazione che concerne il gruppo di pazienti con precedente psicoterapia (sostegno o psicodinamica) – tuttavia non mirata e specifica per il DOC –, il quale non evidenzia differenze significative rispetto a chi non aveva praticato alcuna psicoterapia; mentre, entrambi i gruppi hanno evidenziato una riduzione sintomatologica a seguito del trattamento CC, suggerendone un effetto specifico.

Quindi, l'unica riduzione significativa (autovalutazione disagio/malessere delle ossessioni compulsioni)

potrebbe essere in relazione al bonus cognitivo che l'intervento CC determina in soggetti con pregresso trattamento, una sorta di facilitazione cognitiva (de-sensibilizzazione?).

Nel modello di Cloninger (49), individui suscettibili all'ansia cognitiva presentano un elevato punteggio nell'evitamento del danno ma non nella ricerca di novità (50,51) e nel nostro studio, a seguito del trattamento, si è avuta una riduzione significativa del tratto evitamento del danno (ansia anticipatoria, paura dell'ignoto, timidezza e affaticabilità).

L'alto evitamento del pericolo (TPQed) in soggetti con ansia cronica è basato sull'anticipazione di preoccupazioni e danno, correlato ai circuiti di inibizione comportamentale serotoninergici e colinergici ed i soggetti con un elevato punteggio sono più timorosi, cauti, pessimisti, astenici.

Coerentemente con il modello teorico proposto da Cloninger, nel campione si assiste ad una riduzione significativa di tali dimensioni, evidenziando così, sia un tratto caratteriologico ansioso di base, sia la capacità di risposta al trattamento. Anche Goldman, et al. (52) avevano rilevato una relazione fra alto evitamento del danno e disturbo ossessivo compulsivo.

In un nostro studio sui sintomi prodromici (53) abbiamo osservato, in una elevata percentuale di soggetti DOC, la presenza di ansia (50%) e depressione (25-30%) prima dell'insorgenza del disturbo, come era già stato indicato da Ballet nel 1998 (54); e nel presente studio si è osservata una loro riduzione dopo il trattamento del DOC anche in soggetti che facevano uso di farmaci.

I pazienti DOC nella loro espressione clinica presentano una sintomatologia ansiosa che induce un comportamento ossessivo compulsivo, collegata alla difficoltà di trovare una soluzione al proprio stato di malessere o al perdurare del disturbo stesso e non una sintomatologia depressiva che spinge alle ossessioni-compulsioni.

Infatti, nella descrizione dei loro sintomi i DOC riferiscono la presenza di ansia e malessere prodotto dalla possibilità di danno (reale o potenziale) che consegue la violazione o la conferma delle loro aspettative, ed è l'interpretazione cognitiva di "pericolo" o "danno" (esterno e/o interno) che induce all'evitamento o il comportamento ritualistico protettivo (54).

La percezione dell'ansia e della depressione può essere definita e rappresentata da due resistenze "elettriche" successive che "saltano", corrispondenti ai concetti nei quali il soggetto crede, che non tengono più e fanno dapprima percepire l'insicurezza, ed in seguito l'incapacità di gestire la situazione (54,55).

Carr (56) aveva enfatizzato come la sopravvalutazione di una minaccia irrealistica fosse la caratteristica degli ossessivi; mentre per McFall e Wollersheim (57) la paura negli ossessivi veniva generata da un processo di valutazione cognitiva nel quale l'individuo stimava l'evento minaccioso in funzione della capacità di farvi fronte.

Gli Autori ipotizzarono che vari pensieri e opinioni irragionevoli influenzassero i processi di valutazione nei DOC; includendo sia l'idea di dover essere perfetti per evitare le critiche e disapprovazioni degli altri sia la capacità di prevenire i rischi mediante i rituali.

Come riassunto da Emmelkamp (17), gli aspetti essenziali della TRE sono rappresentati dalla valutazione dei pensieri irrazionali che mediano le sensazioni negative (ansia, disagio, tensione, ecc.) ed il loro raffronto e sostituzione con idee più razionali e adeguate. Tali modificazioni riducono la paura e ansia, nonché l'idea e l'accettazione che i rituali non sono necessari per ridurre le sensazioni negative.

Indubbiamente altri tratti sottostanti di personalità, non identificati o identificabili potrebbero predisporre al disturbo.

I risultati evidenziano sia la relazione fra sensibilità all'ansia e sintomatologia ossessivo-compulsiva, sia il ruolo della terapia CC nel modificare le variabili psicologiche sottostanti e non espresse dalla sintomatologia ossessiva in senso stretto, come l'atteggiamento ipocondriaco di malattia, l'inibizione verbale, la timidezza, la sensibilità all'ansia ed i sintomi somatici.

Il trattamento induce quindi modificazioni sia più prettamente cognitive che comportamentali, e come evidenziato da Kellner (28), la scala dei sintomi somatici dell'SQ esprime la tendenza dei soggetti a somatizzare il distress psicologico.

Lo studio tuttavia non permette di spiegare il non significativo cambiamento nella scala dell'ostilità e del disagio sociale, probabilmente a causa del ridotto numero di soggetti.

Emmelkamp (15) osservò negli ossessivi una riduzione dell'ansia sociale dopo l'utilizzo della TRE o l'esposizione in vivo, mentre nel nostro studio il Social Situation Questionnaire non evidenzia una riduzione significativa.

Ciò potrebbe anche essere in relazione alla presenza nel test di item agorafobici (es: camminare per strada, entrare nei negozi, utilizzare mezzi pubblici, andare a ballare, alle feste, bar e luoghi affollati, essere osservato) rilevato dall'alta proporzione di soggetti con comorbidità fobica. Infatti, nei soggetti con fobia sociale l'incapacità di sviluppare strategie adeguate nei contesti sociali potrebbe generare ulteriore ansia e rinforzare le compulsioni.

CONCLUSIONI

I dati indicano cambiamenti significativi a seguito del trattamento cognitivo comportamentale, confermati dalle diminuzioni dei punteggi nei vari questionari, dalla concordanza delle misure di autovalutazione e di eterovalutazione, dalle variazioni delle correlazioni tra la prima e la seconda misurazione (**Tabelle 3 e 4**).

L'ansia e la depressione rappresentano l'aspetto cognitivo preminente e non sorprende che sia la loro dimensione ad ottenere maggiori risposte alla terapia CC. Il maggior beneficio viene percepito a livello sintomatologico-cognitivo senza che vi sia un immediato riscontro comportamentale di tipo sociale, che potrebbe necessitare di un intervento differenziato.

Il trattamento ha condotto a delle modificazioni psicopatologiche consistenti, anche in soggetti con idee prevalenti.

L'alto numero di soggetti che in passato ha fatto uso di farmaci senza sostanziali benefici ed il mancato effetto delle precedenti psicoterapie evidenziano da un lato la difficoltà di trattamento del DOC, ma dall'altro, la necessità di un trattamento mirato.

I dati di questo studio indicano, analogamente a quanto già riportato da altri autori, l'efficacia della TCC nel trattamento dei DOC nonché la relazione fra sensibilità all'ansia e precedenti esperienze farmacologiche.

Infine, i soggetti trattati esclusivamente con psicoterapia presentano maggiori sintomi somatici ma minore timore dei sintomi d'ansia e manifestano gli stessi benefici post-trattamento dei soggetti trattati contemporaneamente con farmaci.

I dati supportano l'efficacia del trattamento CC e la possibilità di un suo utilizzo senza l'ausilio farmacologico in soggetti DOC con caratteristiche psicologiche specifiche.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV. Washington, DC, 1994.
- Greist JH: Treatment of obsessive-compulsive disorder: Psychotherapies, drugs, and other somatic treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1990, 51 (suppl. 8), 44-50.
- Stanley MA, Turner SM: Current status of pharmacological and behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Therapy*, 1995, 26, 163-186.
- Marks IM, Stern RS, Mawson D, Cobb J, McDonald R: Clomipramine and exposure for obsessive-compulsive rituals. *British Journal of Psychiatry*, 1980, 136, 1-25.
- Meyer V: Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy*, 1966, 4, 273-280.
- Emmelkamp PMG, van der Helm M, van Zanten B, Ploch I: Contributions of self-instructional training to the effectiveness of exposure in vivo: a comparison with obsessive-compulsive patients. *Behaviour Research and Therapy*, 1980, 18, 61-66.
- Marks IM: Behavioural and drug treatment of phobic and obsessive-compulsive disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1989, 46, 35-44.
- Marks IM, Lelliott P, Basoglu M, Noshirvani H, Monteiro W, Cohen D, et al.: Clomipramine, self-exposure and therapist-aided exposure for obsessive-compulsive rituals. *British Journal of Psychiatry*, 1988, 152, 522-534.
- Drummond LM: The treatment of severe, chronic, resistant obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 1993, 163, 223-229.
- Steketee G: Behavioral assessment and treatment planning with obsessive-compulsive disorder: A review emphasizing clinical application. *Behaviour Therapy*, 1994, 613-633.
- Rasmussen SA, Eisen JL: The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1992, 53 (suppl. 4), 4-10.
- Carrasco L, Hollander E, Schneider FR, Liebowitz MR: Treatment outcome of obsessive compulsive disorder with comorbid social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1992, 53, 387-391.
- Crino RD, Andrews G: Obsessive-Compulsive Disorder and Axis I Comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*, 1996, 1, 37-46.
- Beck AT: *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International University Press, New York, 1976.
- Emmelkamp PMG, Visser S, Hoekstra RJ: Cognitive therapy vs exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsives. *Cognitive Therapy and Research*, 1988, 12, 103-144.
- Emmelkamp PMG, Beens H: Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder: A comparative evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 1991, 29, 293-300.
- Emmelkamp PGM: Technical Advances in Behavioral Psychotherapy of Obsessive-Compulsive Disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1993, 60, 57-61.
- James IA, Blackburn IM: Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 1995, 166, 444-450.
- Abramowitz J: Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1997, 65, 44-52.
- Salkovskis PM, Forrester E, Richards C: Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *British Journal of Psychiatry*, 1998, 173 (suppl. 9), 53-63.
- Cottraux J, Note I, Yao SN, Lafont S, Note B, Mollard E, et al.: A randomized controlled trial of cognitive therapy versus behavior therapy in obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2001, 70, 288-297.
- Ellis A: The basic clinical theory of Rational-Emotive Therapy. In: Ellis A, Grieger R (eds) *Handbook of Rational-emotive Therapy*. Springer, New York, 1977.
- Ownby RL: A cognitive behavioural intervention for compulsive handwashing with a thirteen-year-old boy. *Psychology in the Schools*, 1983, 20, 219-222.
- Salkovskis PM, Warwick HM: Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder: treating treatment failures. *Behavioural Psychotherapy*, 1985, 13, 243-255.
- Savron G, Bartolucci G, Raffi AR, Musolesi S: Modificazioni psicologiche al trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo ossessivo compulsivo. *Rivista di psichiatria*, 1997, 32, 198-208.
- Endicott J, Spitzer RL: A diagnostic interview: the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 1978, 35, 837-844.
- Goldthorpe JH, Hope K: *The social grading of occupations*. Oxford University Press, Oxford, 1974.

28. Kellner R: A Symptom Questionnaire. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1987, 48, 269-274.
29. Kellner R: Abridged manual of Illness Attitude Scale. University of New Mexico, Albuquerque, 1981.
30. Kellner R: Abridged manual of the Emotional Inhibition Scale. University of New Mexico, Albuquerque, 1986.
31. Peterson RA, Reiss S: Anxiety Sensitivity Index Revised Test Manual. International Diagnostic Service, Worthington, Ohio, 1992.
32. Marks IM, Mathews AM: Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 1979, 17, 263-267.
33. Marks IM, Hallam RS, Connolly J, Philpott R: Nursing in behavioural psychotherapy. Royal College of Nursing, London, 1977.
34. Marks IM: Social Situation Questionnaire. Behavioral Psychotherapy. Wright, Bristol, 1986.
35. Cloninger CR: A Unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Development*, 1986, 3, 167-226.
36. Paykel ES: The Clinical Interview for Depression. *Journal of Affective Disorders*, 1985, 9, 85-96.
37. Asberg M, Montgomery SA, Perris C, Schalling D, Sedvall GA: Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1978, 271, 5-27.
38. Kellner R: Improvement criteria in drug trials with neurotic patients. *Psychological Medicine*, 1972, 2, 73-80.
39. Haaga DA, Davison GC: Slow progress in Rational-Emotive Therapy outcome research: etiology and treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 1989, 13, 493-508.
40. Rorer LG: Rational-Emotive Theory: An integrated Psychological and Philosophical Basis. *Cognitive Therapy and Research*, 1989, 13, 475-492.
41. Savron G, Fava GA, Grandi S, Rafanelli C, Raffi AR, Belluardo P: Hypochondriacal fears and beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1996, 93, 345-348.
42. Savron G, Bartolucci G, Raffi AR, Ruperto P, Musolesi S: Modificazioni nell'atteggiamento di malattia in pazienti con disturbo ossessivo compulsivo. *La psicosomatica del quotidiano. A cura di A. Minervino. Atti del XVI Convegno Nazionale SIMP*, Parma, 1998.
43. McNally R, Lorenz M: Anxiety sensitivity in agoraphobic. *Journal of Behavior Therapy*, 1987, 18, 3-11.
44. Baxter LR, Schwartz MJ, Bergman KS, Szuba MP, Guze BH, Mazziotta JC, et al.: Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 1992, 49, 681-689.
45. Schwartz JM, Stoessel PW, Baxter LR, Martin KM, Phelps ME: Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 1996, 53, 109-113.
46. Basoglu M: Pharmacological and behavioural treatment of panic disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1992, 58, 57-59.
47. Basoglu M, Marks IM, Kilic C, Brewin CR, Swinson PR: Alprazolam and exposure for panic disorder with agoraphobia attribution of improvement to medication predict subsequent relapse. *British Journal of Psychiatry*, 1994, 164, 652-659.
48. Fava GA, Grandi S, Belluardo P, Savron G, Raffi AR, Conti S: Benzodiazepines and anxiety sensitivity in panic disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 1994, 18, 1163-1168.
49. Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR: Mood states and personality traits. *Journal of Affective Disorders*, 1992, 24, 217-226.
50. Pfohl B, Black D, Noyes R, Kelly M Jr, Blum N: A test of the tridimensional personality questionnaire theory: association with diagnosis and platelet imipramine binding in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 1990, 28, 41-46.
51. Kim SW, Grant JE: Personality dimension in pathological gambling disorder and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 2001, 104, 205-212.
52. Goldman RG, Skodol AE, McGrath PJ, Oldham JM: Relationship between the Tridimensional personality Questionnaire and DSM-III-R personality traits. *American Journal of Psychiatry*, 1994, 151, 274-276.
53. Fava GA, Savron G, Rafanelli C, Grandi S: Prodromal symptoms in obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*, 1996, 29, 131-134.
54. Savron G: Il disturbo ossessivo compulsivo. In: Fava G, Rafanelli C, Savron G (eds) *L'ansia. Caledoscopio Italiano*, 1998, 121, 28-65.
55. Savron G: Le Fobie. *Caledoscopio Italiano*, in corso di pubblicazione.
56. Carr AJ: Compulsive Neurosis: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 1974, 8, 311-318.
57. McFall ME, Wollersheim JP: Obsessive-compulsive neurosis. A cognitive behavioral formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 1979, 3, 333-348.