
Aspetti predittivi ed efficacia terapeutica nel trattamento del Disturbo Ossessivo-Compulsivo

Predictors and therapeutic efficacy in the treatment of Obsessive-Compulsive Disorder

GIANNI SAVRON¹, ROSANNA MONTANARO², SERGIO MORDENTI¹, PAOLO PITTI³

¹Centro Disturbi Affettivi, Analisi Mediche Pavanello, Ponte di Brenta (PD)

²Istituto di Ricovero e Cura, Dipartimento di Area Critica, Ospedale Oncologico, Bari

³Centro per il Lavoro Lahuén, Orvieto

RIASSUNTO. Scopo. Lo scopo dello studio è stato quello di: comparare le differenze psicologiche di stato e di tratto in un campione di soggetti con Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) raffrontati a un gruppo di controllo; identificare i predittori clinici pre-trattamento significativi, ipotizzando che la comorbidità ansioso-depressiva influenzi il disturbo e il suo trattamento; valutare le relazioni fra atteggiamenti di malattia, sintomatologia ossessivo-compulsiva e scale cliniche. **Materiale e Metodo.** Cinquantuno soggetti con diagnosi di DOC secondo i criteri del DSM-IV sono stati raffrontati a un gruppo di controllo (n=51) bilanciati per variabili sociodemografiche. A tutti i soggetti sono stati somministrati dei test di autovalutazione – ASI, SQ, IAS, CC, TPQ – e di eterovalutazione – Y-BOCS, BPRS. È stata effettuata l'analisi della regressione per identificare le variabili cliniche e demografiche predittive della sintomatologia ossessivo-compulsiva (OC). **Risultati.** Il 72% dei soggetti DOC ha ricevuto una diagnosi secondaria sul I asse. I DOC hanno punteggi elevati nella sensibilità all'ansia, ansia, depressione, ostilità, sintomi somatici, comportamenti di malattia e nel tratto evitamento del danno. La durata di malattia, la sensibilità all'ansia e l'evitamento del danno sono i predittori della sintomatologia OC, ma non la comorbidità ansioso-depressiva. Il comportamento di malattia risulta essere in relazione alla sensibilità ansiosa e ai sintomi somatici. **Conclusioni.** I risultati dello studio evidenziano l'importanza della sensibilità all'ansia, della durata di malattia e del tratto evitamento del danno nella manifestazione del disturbo. La sensibilità all'ansia gioca un ruolo primario nello sviluppo del DOC e il comportamento di malattia appare di secondaria importanza.

PAROLE CHIAVE: Disturbo Ossessivo-Compulsivo, ossessioni, compulsioni, sensibilità all'ansia, comportamento di malattia.

SUMMARY. Aim. The aim of the study was: comparing the psychological differences in states and traits in a sample of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) patients matched with a control group; identifying the pre-treatment clinical predictors, with assumption that anxiety and depression affect the disorder and his treatment; evaluating the relations between illness behaviours, obsessive-compulsive (OC) symptomatology and clinical scales. **Material and Method.** Fifty-one patients with DSM-IV criteria for OCD were matched with normal control group (n=51) balanced for sociodemographic variables. All subjects were assessed using self rating scales – ASI, SQ, IAS, CC, TPQ – and assessor rating scales – Y-BOCS, BPRS. To identify the clinical and demographic variables predicting OC symptomatology was conducted the regression analysis. **Results.** Seventy-two per cent of patients had axis I secondary diagnosis. Patients with OCD presented higher scores in anxiety sensitivity, anxiety, depression, hostility, somatic symptom, illness behaviour and harm avoidance trait. Duration of illness, anxiety sensitivity and harm avoidance were found to significantly predict patients OCD clinical symptomatology. In OCD illness behaviour was related with anxiety sensitivity and somatic symptoms. **Conclusions.** The results of this study lend support to importance of Anxiety Sensitivity, duration of illness and harm avoidance trait. The anxiety sensitivity plays a primary role of severity in OCD symptomatology, and illness behaviour had a secondary importance.

KEY WORDS: Obsessive-Compulsive Disorder, obsessions, compulsions, anxiety sensitivity, illness behaviour.

E-mail: doc@savron.it

INTRODUZIONE

È risaputo che nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) molti soggetti manifestano contemporaneamente vari sintomi ossessivi e compulsivi, per cui non è sempre agevole definirne l'appartenenza a una categoria specifica (aggressività, recare danno, dubbio, contaminazione, ossessioni religiose, sessuali, minaccia, immagini mentali, evitamento, pulizia, controllo, lavaggio, simmetria, ordine, accumulo, conteggio, ecc.), come d'altronde non è immediato identificare e verificare gli aspetti predittivi che favoriscono l'insorgenza, lo sviluppo, il decorso e il trattamento del disturbo.

Risulta, invece, abbastanza semplice riconoscere la sintomatologia ansioso-depressiva, i sentimenti di colpa, le preoccupazioni e l'aggressività che lo accompagnano.

In una prospettiva clinica, nell'ultimo decennio, gli studiosi si sono posti il quesito di chiarire quali aspetti rendano effettiva una psicoterapia rispetto a un'altra, e se l'utilizzo combinato o sequenziale di uno o più farmaci e/o della psicoterapia conduca a esiti migliori.

Inoltre, si è cercato anche di comprendere i differenti risultati terapeutici riscontrati fra i trial clinici e la pratica terapeutica quotidiana mediante il raffronto fra *efficacy* (efficacia clinica in condizioni sperimentali) ed *effectiveness* (efficacia di intervento nella pratica clinica giornaliera in condizioni di normale attività lavorativa).

Va ricordato che gli studi di efficacia si focalizzano sulla misurazione degli effetti specifici di un intervento, basandosi sia su criteri di inclusione ed esclusione sia sull'assegnazione randomizzata dei gruppi di cui almeno uno di controllo (soggetti non in trattamento o in attesa di trattamento, interventi considerati palliativi o placebo, soggetti sottoposti ad altra terapia), mediante l'uso di procedure standard e valutazione condotta da clinici che non partecipano al trattamento.

Gli studi di efficienza mirano, invece, a determinare se il trattamento risulti adeguato e fattibile, e se comporti benefici e soddisfazione generalizzabili e utilizzabili in un vasto campione di popolazione.

Generalmente, sono inclusi soggetti che necessitano di trattamento per un disturbo specifico di una certa durata e con comorbidità diagnostica; non viene seguito un preciso protocollo di inclusione né di trattamento, finalizzato comunque a modificare le dimensioni cliniche del disturbo, il grado di disagio, le abilità sociali, la qualità della vita e gli aspetti di personalità.

In ultima analisi, la psicoterapia ottimale dovrebbe nello stesso tempo raggiungere una buona efficacia e una valida efficienza (1).

È risaputo che la psicoterapia è un trattamento terapeutico che utilizza strumenti psicologici verbali e non verbali al fine di modificare il modo di sentire, pensare e comportarsi di un individuo.

Nella sua globalità, essa esprime un rapporto interpersonale all'interno del quale il terapeuta (adeguatamente formato) e il paziente agiscono di concerto per raggiungere un obiettivo, condiviso da entrambi, che determini un beneficio per il paziente.

Risulta, quindi, intuitivo e scontato affermare che vi possono essere vari modi di intervenire terapeutamente, almeno quanti sono i punti di vista del terapeuta all'interno del paradigma teorico-pratico che egli segue; ma ciò non implica che tutte le teorie dispongano di una tecnica e di applicazioni specifiche realmente efficaci che possano determinare un cambiamento clinico effettivo e attribuibile al trattamento eseguito.

Affinché ciò avvenga, è necessario che la teoria su cui si basa l'intervento sia esplicativa e coincidente alla valenza empirica della terapia; che abbia, inoltre, un riscontro pratico suffragato da dati sperimentali controllati che mostrino la reale efficacia dell'intervento e permettano di comprendere i fattori che hanno causato il disturbo e i processi che ne hanno determinato il cambiamento.

Ma quali sono i veri ingredienti che rendono efficace la terapia?

A questa domanda si è tentato di rispondere cercando di identificare sia i fattori "specifici" sia quelli "aspecifici".

I primi corrispondono a elementi in grado di produrre i cambiamenti attribuibili esclusivamente al tipo di tecnica utilizzata (per es., esposizione e prevenzione della risposta, ristrutturazione cognitiva, assegnazione di compiti, modeling, ecc.); i secondi sono, invece, elementi che agiscono in ogni psicoterapia (relazione partecipativa attiva, attenzione, calore umano, incoraggiamento, spiegazioni plausibili dei sintomi, persuasione, placebo, aspettativa di essere curati, tipo di richieste, incontri prefissati, speranza di una guarigione o miglioramento, l'essere ascoltati, utilizzo di questionari, l'ambiente in cui si svolge la terapia e tutte le sue caratteristiche), che rappresentano comunque una componente importante del processo terapeutico (1).

Le varie ricerche non hanno ancora raggiunto risultati certi e definitivi, anche se, in termini statistici, è risaputo che studiando gruppi di soggetti in trattamento, vi è in media il 25-30% dei disturbi che guarisce spontaneamente senza alcun intervento, a esclusione dei disturbi psicotici, bipolari e di personalità; inoltre circa il 30% di soggetti guarisce per effetto placebo o mediante terapie non ben definite né strutturate.

In sostanza, la reale efficacia di una terapia si valuta mediante il calcolo della differenza fra il punteggio medio delle variabili misurate nel gruppo trattato e nel gruppo di controllo (per es., in lista di attesa o mediante un trattamento di supporto senza tecniche specifiche, ecc.) il più possibile omogeneo e simile al gruppo in trattamento.

Il cambiamento si esprime mediante la misurazione dei miglioramenti, dei peggioramenti o di nessun cambiamento, e rappresenta la media dei punteggi dovuti alla modificazione globale determinata dal trattamento. Tale metodica si applica anche al raffronto pre-trattamento di variabili comuni con l'intento di identificare e definire le differenze clinico-psicologiche esistenti nei gruppi, che si ritiene possano in seguito influire sul trattamento stesso. Ovviamente è scontato l'utilizzo di strumenti di misurazione che rispondano a criteri di validità e affidabilità.

Nell'ambito del DOC, vari studiosi hanno anche cercato di capire quali fattori influenzino la patologia, e sono stati studiati: l'esordio e la durata di malattia, la gravità sintomatologica, le caratteristiche specifiche del disturbo, la presenza di comorbidità, lo *status* civile, vari aspetti demografici, il funzionamento psicosociale, le dimensioni culturali, le caratteristiche del terapeuta e del paziente, il tipo di relazione terapeutica e di psicoterapia, la scelta spontanea o forzata di ricorrere a un terapeuta, le aspettative del clinico e del paziente.

È ormai certo che elementi razziali non incidono sullo sviluppo delle ossessioni e compulsioni, in quanto esse sono presenti pressoché in tutti i gruppi etnici e popolazioni, mentre hanno una certa influenza gli aspetti culturali, sociali, religiosi, gli eventi di vita e le esperienze traumatiche e stressanti.

Inoltre, è assodato che il tipo di ossessioni presentate dai soggetti risente delle nozioni e delle informazioni possedute e trasmesse socioculturalmente all'individuo; infatti, ogni epoca sviluppa dei timori specifici (AIDS, lebbra, radioattività, sifilide, omosessualità, pedofilia, sporcizia, ecc.), per cui vi è un elemento che accomuna l'espressione del disturbo (2).

Da quanto riportato sopra emerge l'importanza dell'individuazione di predittori clinici, epidemiologici, sociali, comportamentali che permettano di giungere a una maggiore comprensione del disturbo e a un'applicazione terapeutica più razionale ed efficace.

Uno studio svedese con 144 soggetti, durato 40 anni (3), è giunto alla conclusione che l'inizio precoce del disturbo, il ridotto funzionamento sociale nel periodo della diagnosi e la presenza di sintomi persistenti nei primi anni dallo sviluppo del disturbo sono tutti fattori che conducono a una prognosi peggiore.

Per altri autori, l'età di insorgenza del disturbo non

sembra essere un predittore consistente sebbene, soprattutto nei maschi, l'esordio sia associato a maggiori difficoltà nelle abilità sociali e a un decorso più severo, e la presenza di ansia e di depressione non paiono influenzare e predire il decorso del disturbo in maniera negativa (4,5).

Altri dati, invece, indicano come fattori di esito negativo (6) la presenza di ossessioni e rituali di grado severo nonché la presenza di difficoltà sociali (relazionali, familiari, affettive, lavorative, di svago); l'umore depresso, invece, è stato associato più alle ossessioni che alle compulsioni (7).

In un nostro studio (8) che ha indagato la presenza di sintomi prodromici nel DOC, è stata evidenziata la presenza di una sintomatologia prodromica ansioso-depressiva (ansia generalizzata, ansia fobica, ansia somatica, irritabilità, indecisione, depressione), rispettivamente nel 50% e nel 30% circa dei casi, sottolineando così la stretta relazione delle ossessioni e delle compulsioni con i sintomi affettivi.

Anche la gravità iniziale, la lunga durata del disturbo, la presenza di una depressione grave, la scarsa *habitation* a stimoli ansiogeni, la mancata motivazione al trattamento e una relazione terapeutica non soddisfacente vengono indicati quali predittori di esito negativo (9-12).

Altresi, Steketee, et al. (10) indicano come marginale l'effetto di una coesistente depressione ed evidenziano l'importanza dello *status* civile (i coniugati hanno il doppio di probabilità di remissione del disturbo) e della severità globale.

Va comunque considerato che alcune disuguaglianze nei dati sopra riportati non rispecchiano solamente le diversità fra i gruppi ma sono anche da attribuire ai differenti criteri di selezione dei campioni e dei test utilizzati.

Prendendo, invece, in considerazione l'espressione sintomatologica del DOC, sono stati identificati 4 gruppi principali di ossessioni/compulsioni:

1. contaminazione/pulizia;
2. simmetria/ordine;
3. ossessione/controllo;
4. accumulo (13,14).

Di questi sottotipi, i soggetti con timori di contaminazione/sporco, e quindi di rituali di pulizia/lavaggio, rispondono meglio alla terapia farmacologica (15) e comportamentale (16-18). I soggetti con ossessioni pure, rituali mentali (19), lentezza ossessiva (20), ossessioni sessuali e religiose (18,21) presentano al contrario una ridotta risposta terapeutica e una prognosi peggiore.

Un ulteriore elemento sfavorevole, di notevole rilevanza clinica, è rappresentato dalla presenza di comor-

bilità diagnostica, che può raggiungere percentuali rilevanti (25-60%) sia in merito ai disturbi dell'Asse I (DAG, fobia sociale, agorafobia, fobie specifiche, panico, sintomi ipocondriaci e preoccupazioni per la salute, depressione maggiore, distimia) sia a quelli dell'Asse II, come il DOC di personalità e i disturbi di personalità dipendente, evitante, schizotipico e borderline (5).

Prendendo, invece, in esame il trattamento comportamentale, i predittori di esito negativo risultano essere: la presenza di idee prevalenti, la scarsa motivazione al trattamento psicoterapico, un'alta aspettativa al trattamento farmacologico, una scarsa *habituation* agli stimoli ansiogeni, una ridotta capacità di adattamento, bassa compliance, scarso sostegno familiare, l'aver effettuato precedenti terapie senza aver ottenuto dei benefici, presenza di effetti collaterali dovuti ai farmaci utilizzati per il trattamento del disturbo (22,23).

Fattori positivi sono, invece, costituiti da: buona compliance, significativo miglioramento nelle prime settimane di psicoterapia, elevata motivazione al trattamento, basse aspettative verso il trattamento farmacologico, maggior numero di sedute di esposizione per un tempo sufficiente, presenza di sostegno ed empatia da parte di figure significative di riferimento (22,23).

In merito al trattamento farmacologico, i fattori di esito negativo sono risultati essere: l'appartenere al sesso maschile, avere un esordio precoce e una lunga durata di malattia, avere maggiori compulsioni rispetto alle ossessioni (6), una maggiore gravità iniziale del disturbo (punteggi elevati alla Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, Y-BOCS), un decorso cronico, precedenti ricoveri, presenza di disturbi psichiatrici in famiglia, e infine la presenza di tic o di un disturbo schizotipico di personalità.

È stato anche osservato che i DOC più depressi ottengono maggior beneficio dall'utilizzo di farmaci inibitori serotoninergici (11), mentre il 50-60% dei pazienti non risponde al trattamento anche se applicato correttamente; inoltre, l'effetto del farmaco si evidenzia in genere dopo 4-6 settimane di terapia.

Al contrario si ha una responsività maggiore quando alla mancata risposta terapeutica di una famiglia di farmaci (per es., inibitori del reuptake della serotonina, SSRI) si passa a un'altra (clorimipramina) e viceversa; oppure, la risposta efficace a un farmaco predice la risposta a un suo utilizzo successivo, anche se con una latenza maggiore (15,24,25).

La presenza del DOC nei familiari sembra essere un elemento di risposta positivo al trattamento farmacologico, mentre i non responder presentano insorgenza precoce, scarso *insight*, maggiore presenza di ossessioni somatiche e una tendenza a ossessioni di accumulo (26); sarebbe proprio la maggiore sensibilità al tratta-

mento con Inibitori Serotoninergici (IS) che permette di spiegare il disturbo a livello biologico e genetico.

Altri studi controllati, mediante tecniche di brain imaging, hanno segnalato un incremento del metabolismo nella corteccia orbito-frontale, nel giro cingolato anteriore e nella testa del nucleo caudato, che si è ridotto sia a seguito del trattamento farmacologico sia a quello comportamentale (27-32).

La riduzione del metabolismo avveniva nel nucleo caudato (33-35) e nella regione orbito-frontale sinistra (30) indicando così che un elevato metabolismo in queste regioni, prima del trattamento, prediceva una risposta positiva alla terapia comportamentale. Mentre un ridotto metabolismo della stessa area orbito-frontale predice una risposta migliore al trattamento farmacologico con IS, suggerendo così l'idea che a ciascun trattamento possa essere associato un particolare pattern metabolico (30,31,36).

Tali differenze sono state spiegate mediante le diverse funzioni svolte dalle varie zone cerebrali; per esempio, la regione orbito-frontale agisce sulle risposte comportamentali associate alla valutazione affettiva nel corso della modificazione degli stimoli e organizza le risposte di estinzione, mentre le regioni anteriore e posteriore del cingolo mediano le funzioni affettive-cognitive (30).

Da quanto sopra, il DOC è un disturbo a spettro non omogeneo soprattutto in ragione del fatto che circuiti neuronali differenti sono implicati nella manifestazione di sintomi diversi (37-39); per esempio, i DOC con ossessioni di lavaggio presentano una maggiore attivazione della zona prefrontale ventromediale e nel nucleo caudato destro; mentre quelli con ossessioni di controllo coinvolgono il putamen, il pallido, il talamo e l'area corticale posteriore; e, infine, gli ossessivi con rituali di accumulo implicano il giro pre-centrale e la corteccia orbito-frontale destra.

In sintesi, possiamo affermare che l'identificazione di un trattamento efficace per il DOC, e su quali soggetti e/o sottotipi clinici possa essere utilizzato, trova una sua applicazione dopo la comparazione di validate tecniche differenti e il raffronto delle diverse caratteristiche clinico-psicologiche del campione di soggetti che presentano lo stesso sottotipo.

In tale modo, nel corso dell'intervento terapeutico, è possibile differenziare i soggetti con maggiori probabilità di successo dai soggetti con minori probabilità e ciò facilita a sua volta la comprensione e l'applicazione delle tecniche più efficaci (40); infatti, vari studi riportano una pari efficacia della terapia cognitiva in raffronto alla terapia comportamentale (41-46).

Da questa variegata panoramica emerge l'utilità di avvalersi di varie, accurate ed estese informazioni de-

mografico-storico-cliniche allo scopo di identificare i fattori che influiscono sul disturbo, utilizzandoli poi in modo mirato e proficuo nel corso dell'intervento terapeutico.

A tale fine, il presente studio si è posto come obiettivo quello di:

- valutare le differenze cliniche esistenti fra 2 campioni di soggetti (gruppo DOC e gruppo di controllo);
- identificare nei DOC i predittori pre-trattamento significativi, ipotizzando che la presenza di comorbidità clinica ansioso-depressiva influenzi e condizioni il disturbo e il suo trattamento;
- valutare le relazioni fra gli atteggiamenti e le preoccupazioni di malattia, la sintomatologia ossessivo-compulsiva e le scale cliniche.

METODO

Il gruppo sperimentale è costituito da una serie consecutiva non selezionata di 51 pazienti ambulatoriali a cui è stata fatta una diagnosi di DOC secondo i criteri del DSM-IV; questo gruppo è stato raffrontato a un gruppo di 51 soggetti di controllo bilanciato per variabili socio-demografiche (età, professione, titolo di studio, *status* sociale e civile).

I soggetti dei 2 gruppi sono stati edotti sulla metodologia e gli scopi della ricerca, e hanno acconsentito di partecipare allo studio.

Prima del colloquio a tutti i soggetti è stata somministrata una batteria di test di autovalutazione - Anxiety Sensitivity Index (ASI), Illness Attitude Scale (IAS), Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ), Symptom Questionnaire (SQ), Compulsions Check-list (CC) - per quantificare le variabili clinico-psicologiche specifiche.

L'intensità/gravità delle ossessioni-compulsioni è stata valutata anche con la Y-BOCS.

Sono, quindi, stati utilizzati 2 criteri di misurazione della sintomatologia ossessivo-compulsiva: uno di autovalutazione mediante la CC e uno di eterovalutazione mediante la Y-BOCS.

Tutti i soggetti sono stati sottoposti a un'intervista semistrutturata, la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), per escludere la presenza di psicopatologia psichiatrica in atto.

I criteri di inclusione nello studio erano rispettivamente:

- diagnosi primaria DOC (criteri DSM-IV);
- durata minima del disturbo di un anno;
- età compresa fra i 18 e 65 anni;
- presenza di ossessioni e di compulsioni.

I criteri di esclusione erano rispettivamente:

- presenza di psicopatologie gravi (depressione maggiore, psicosi, disturbo bipolare);

- disturbi neurologici e disturbi organici;
- disturbi di personalità, abuso di sostanze;
- età inferiore ai 18 e superiore ai 65 anni.

Il gruppo di pazienti DOC era composto di 51 soggetti, di cui 24 femmine e 27 maschi, con un'età media 31 anni ($\pm 9,08$), con un range di 18-57 anni; 39 di essi avevano un iter scolastico superiore ai 13 anni (21 laurea, 18 diploma superiore) e 12, invece, presentavano una scolarità inferiore.

Trentatré erano coniugati, 16 erano nubi/celibati, 2 erano separati; 8 appartenevano a uno *status* sociale medio-alto e 43 medio-basso, secondo la classificazione di Goldthorpe e Hope (47).

La durata media del disturbo era di 5,27 anni ($\pm 5,52$) con un range di 1-22 anni e l'età media d'esordio era di 17,04 anni ($\pm 8,87$) con un range di 5-44 anni.

Trentatré soggetti avevano già effettuato in precedenza una psicoterapia (psicodinamica, di sostegno, varie) ma nessuno di loro una psicoterapia cognitivo-comportamentale; 31 avevano utilizzato o stavano utilizzando una terapia farmacologica; 30 soggetti entrambe le terapie.

Il gruppo di controllo era composto da 51 soggetti di cui 28 femmine e 23 maschi, con una età media di 32,35 anni ($\pm 10,41$), range 21-57 anni; 43 presentavano una scolarità superiore a 13 anni (7 laurea, 37 diploma superiore); 7 avevano una scolarità inferiore.

Trentaquattro erano coniugati, 15 nubi/celibati, 2 separati; 10 appartenevano a uno *status* economico-sociale medio-alto e 41 medio-basso (47).

Le variabili in oggetto di studio sono state: età, età di esordio e durata del disturbo, sesso, *status* socio-economico, titolo di studio, precedente psicoterapia e precedente trattamento farmacologico, nonché variabili clinico-psicologiche connesse alla sensibilità all'ansia, agli atteggiamenti, alle paure e alle convinzioni di malattia, all'ansia, alla depressione, ai sintomi somatici, all'ostilità, alla sintomatologia ossessivo-compulsiva e tratti di personalità.

Gli strumenti psicometrici sono stati somministrati nella versione italiana già utilizzata in precedenti studi (48-55).

Valutazione psicometrica

A tutti i soggetti sono stati somministrati i seguenti questionari:

- *Anxiety Sensitivity Index* di Peterson e Reiss (56), strumento che misura la paura dei sintomi ansiosi (sensibilità all'ansia) e consta di 16 item che permettono di identificare i pazienti con un'alta sensibilità ansiosa; il punteggio per ogni item può variare da 0 (pochissimo) a 4 (moltissimo).
- *Illness Attitude Scale* di Kellner (57), strumento psicometrico in grado di misurare gli atteggiamenti, le paure e le convinzioni ipocondriache di malattia ma non i sintomi fisici, ansiosi e depressivi. Il questionario consta di 7 scale ciascuna delle quali composta da tre do-

mande per le quali sono previste cinque risposte graduali rispettivamente da 0 (no) a 4 (il più delle volte). Le scale sono: 1) preoccupazione di malattia; 2) preoccupazione per il dolore; 3) preoccupazione per la salute; 4) ipocondria; 5) tanatofobia; 6) nosofobia; 7) preoccupazioni somatiche. Il suo utilizzo in vari studi con pazienti depressi, agorafobici, soggetti sottoposti a indagini cliniche o a trattamenti terapeutici e donne in gravidanza, ha permesso di verificarne l'attendibilità e la validità.

- *Symptom Questionnaire* di Kellner (58), questionario che consta di 92 item a risposta vero-falso corrispondenti a otto sottoscale (quattro di malattia e quattro di benessere) la cui somma determina i punteggi nelle quattro scale principali (ansia, depressione, sintomi somatici, ostilità); maggiore è il punteggio maggiore è la sofferenza psicologica.
- *Tridimensional Personality Questionnaire* di Cloninger (59), questionario di personalità costituito da 100 item a risposta vero-falso, il cui modello teorico neurobiologico ipotizza l'esistenza di tre dimensioni nelle quali rispecchiare la personalità, e ciascuna delle quali corrisponde a uno specifico schema di comportamento in risposta agli stimoli ambientali. Le tre dimensioni sono la *novelty seeking* (ricerca di novità), NS; la *harm avoidance* (evitamento del danno), HA; la *reward dependence* (dipendenza dalla ricompensa), RD; ciascuna di esse è modulata rispettivamente da dopamina, serotonina e noradrenalina.
- *Compulsions Checklist* di Marks, et al. (60,61), questionario costituito da una lista di 37 item concernenti varie attività quotidiane per le quali il paziente quantifica in una scala da 0 a 3 punti le rispettive difficoltà incontrate (tempo impiegato) e causate dalle ossessioni e compulsioni.
Gli strumenti di eterovalutazione, invece, sono stati:
 - *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* di Goodman, et al. (62,63), intervista semistrutturata composta di 10 item (5 per le ossessioni e 5 per le compulsioni) che servono per valutare la gravità (severità) del disturbo in una scala da 0 a 4 punti, che rispettivamente riguardano il tempo impiegato, l'interferenza, il disagio, la resistenza e il controllo. Il massimo punteggio è di 40, e 17 viene considerato il valore soglia psicopatologico.
 - *Brief Psychiatric Rating Scale* di Overall e Gorman (64), intervista semistrutturata composta da 24 item a ciascuno dei quali è possibile attribuire punteggio da 0 a 4 di assenza o presenza di sintomi psichiatrici schizoaffectivi.

Statistica

Per la valutazione statistica è stato utilizzato il t-test per dati indipendenti e i punteggi sono stati espressi in medie e deviazioni standard.

Per il calcolo della correlazione nelle variabili continue è stato utilizzato il coefficiente r di Pearson mentre per le variabili categoriche è stato utilizzato il coefficiente ρ di Spearman.

Sono state eseguite l'analisi della regressione lineare semplice, la regressione multipla e la regressione statistica *stepwise*.

Nell'analisi della regressione sono state inserite, come variabili dipendenti, la CC e la Y-BOCS e come variabili indipendenti rispettivamente: 1) sesso, stato civile, *status* socio-economico, titolo di studio, presenza di una precedente psicoterapia e/o il trattamento farmacologico; 2) l'età, età di insorgenza e durata del disturbo; 3) i punteggi dei test utilizzati per misurare le variabili clinico-fenomenologiche.

RISULTATI

Nel raffronto dei 2 gruppi sono state osservate differenze altamente significative ($p=.000$) nella totalità delle scale cliniche e nel tratto di personalità evitamento del danno del TPQ (**Tabella 1**).

Il gruppo dei DOC presenta, rispetto ai controlli, punteggi elevati nella sensibilità all'ansia, nelle preoccupazioni di malattia (in sei delle sette scale dell'IAS), maggiore ansia, depressione, sintomi somatici, ostilità, elevati punteggi nella CC e nella Y-BOCS (**Tabella 1**), ma non nei tratti caratteriali di dipendenza dalla ricompensa e ricerca di novità del TPQ.

Nessuno dei soggetti del gruppo di controllo presentava una sintomatologia OC e/o una diagnosi di DOC e il punteggio medio alla CC di 2,68 ($\pm 3,1$) è da attribuirsi alla presenza di item come "mangiare al ristorante, camminare per strada, visitare un ospedale, andare nei bagni pubblici, fare acquisti" assimilabili a difficoltà comportamentali incontrate in altri disturbi ansiosi.

Nel raffronto dei punteggi fra maschi e femmine non sono state riscontrate delle differenze significative nei due gruppi, a eccezione: a) della sottoscala tanatofobia dell'IAS nel gruppo DOC, da attribuirsi alla concomitante presenza di 2 casi di fobia specifica (tanatofobia) in soggetti con agorafobia ($p \leq .003$); b) della scala evitamento del danno del TPQ nella quale le femmine hanno espresso un punteggio medio più alto ($15,07 \pm 5,9$) dei maschi ($11,13 \pm 5,2$) ($p \leq .016$), che comunque non superava il *cutoff* di normalità ($14,9 \pm 6,3$).

In 37 (72%) dei 51 DOC è stata posta una diagnosi aggiuntiva secondaria di: disturbo da attacchi di panico (2); disturbo ansioso generalizzato (3); agorafobia (6); fobia sociale (10); disturbi alimentari (4); umore depresso (12).

Tabella 1. Differenze dei punteggi nei due gruppi (DOC=51; controlli=51) a confronto

	DOC=51	Controlli=51	Sig.
ASI	26.14 (12.04)	12.22 (6.39)	.000
SQ ansia	14.49 (4.99)	4.84 (4.16)	.000
SQ d	14.24 (6.37)	3.44 (3.44)	.000
SQ ss	9.90 (5.85)	4.31 (3.68)	.000
SQ o	9.02 (6.36)	4.41 (4.64)	.000
SQ tot	47.69 (17.48)	16.86 (13.09)	.000
TPQ rn	14.73 (5.31)	14.63 (4.02)	ns
TPQ ed	23.75 (5.89)	13.29 (5.89)	.000
TPQ dr	17.98 (4.22)	17.86 (3.34)	ns
IAS p. m.	7.55 (3.28)	5.06 (3.08)	.000
IAS p. dol.	6.35 (3.8)	4.25 (2.50)	.000
IAS p. sal.	9.90 (5.85)	6.08 (3.46)	ns
IAS ipo.	3.20 (2.81)	0.49 (0.97)	.000
IAS tanat.	5.75 (3.67)	3.14 (3.12)	.000
IAS nosof.	3.59 (2.82)	1.35 (1.76)	.000
IAS p. som.	5.41 (2.88)	2.67 (2.23)	.000
IAS tot	38.63 (14.85)	22.75 (12.67)	.000
CCL	24.86 (15.23)	2.68 (3.01)	.000
Y-BOCS	23.37 (5.34)		
Y-BOCS-o	12.06 (2.96)		
Y-BOCS-c	11.39 (3.01)		

ASI: Anxiety Sensitivity Index.

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

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

IAS: Illness Attitude Scale (tot=totale); (p. m.=preoccupazione malattia), (p. dol.=preoccupazione dolore); (p. sal.=preoccupazione salute); (ipo.=ipocondria); (tanat.=tanatofobia); (nosof.=nosofobia); (p. som.=preoccupazioni somatiche).

CCL: Compulsion Checklist.

Y-BOCS: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale.

Y-BOCS-o: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, scala ossessioni.

Y-BOCS-c: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, scala compulsioni.

Nessun soggetto del gruppo di controllo presentava un disturbo di Asse I o II.

All'analisi delle variabili categoriche (sesso, titolo di studio, stato civile, *status* socio-economico, comorbilità, presenza di pregresso trattamento farmacologico e/o psicoterapico) con la sintomatologia ossessivo-compulsiva (OC) è stata osservata una correlazione positiva fra il titolo di studio e lo *status* socio-economico, sia nel gruppo DOC ($\rho=.525$; $p=.000$) che nei controlli ($\rho=.398$; $p=.004$).

Inoltre, nei DOC, la presenza di una precedente psicoterapia correla positivamente con la farmacoterapia ($\rho=.583$; $p=.000$), mentre la presenza di comorbilità correla negativamente ($\rho=-.289$; $p=.04$) con una precedente psicoterapia.

Delle variabili età, età di esordio e durata di malattia, solamente quest'ultima correla positivamente con

la sintomatologia ossessivo-compulsiva misurata sia con la CC ($r=.437$; $p=.001$) che con la Y-BOCS ($r=.662$; $p=.000$).

All'analisi delle correlazioni delle variabili clinico-fenomenologiche dimensionali (**Tabella 2**) si nota che i punteggi della CC correlano con i punteggi dell'ASI ($r=.50$; $p<.001$), dell'IAS ($r=.32$; $p<.01$), con la scala dell'evitamento del danno del TPQed ($r=.38$; $p<.01$), con i sintomi somatici ($r=.289$; $p<.05$) e l'ostilità ($r=.283$; $p<.05$) dell'SQ e ovviamente con i punteggi della Y-BOCS ($r=.46$; $p<.001$), ma non con i punteggi della sintomatologia ansiosa e depressiva. Mentre i punteggi della Y-BOCS correlano positivamente solo con i punteggi dell'ASI ($r=.34$; $p<.01$).

Nessuna delle variabili categoriche (sesso, titolo di studio, *status* sociale e civile, presenza di comorbilità, precedente farmacoterapia e/o psicoterapia) è risultata predittiva della gravità del disturbo.

Inserendo, invece, nell'equazione di regressione lineare multipla come variabili indipendenti l'età attuale, l'età di comparsa del disturbo e la durata del disturbo, l'equazione risultata significativa con entrambe le variabili dipendenti: CC ($F 3, 47=3.74$; $R^2=0.19$; $p=.017$) e Y-BOCS ($F 3, 47=13.54$; $R^2=.46$; $p=.000$) e il predittore è risultato essere la durata del disturbo (CC: $\beta=.484$; $p=.002$) (Y-BOCS: $\beta=.649$; $p=.000$).

Quando nell'equazione sono stati inseriti come variabili indipendenti i punteggi delle variabili cliniche (ASI, IAS, TPQed, SQss, SQo) che correlano significativamente con i punteggi della CC ($F 5, 45=4.70$; $R^2=.345$; $p=.001$), il predittore è risultato essere la sensibilità all'ansia (ASI) ($\beta=.383$; $p=.014$).

Allo stesso modo, utilizzando come variabile indipendente l'ASI e come variabile dipendente i punteggi della stessa Y-BOCS l'equazione lineare è risultata significativa ($F 1, 49=6.32$; $R^2=.114$; $p=.015$) ($\beta=.338$; $p=.015$).

Tali risultati evidenziano che la sensibilità all'ansia rappresenta il predittore clinico della sintomatologia ossessivo-compulsiva.

Nella regressione *step-wise*, con la CC ($F 1, 49=16.88$; $R^2=.256$; $p=.000$) il maggior predittore è risultato essere la sensibilità all'ansia ($\beta=.506$; $p=.000$), mentre il secondo predittore è risultato essere il tratto di personalità evitamento del danno del TPQ ($F 2, 48=11.08$; $R^2=.315$; $\beta=.253$; $p=.047$).

Con la Y-BOCS il predittore clinico è risultato essere la durata del disturbo ($F 1, 49=38.99$; $R^2=.438$; $\beta=.662$; $p=.000$).

Per valutare le caratteristiche specifiche degli atteggiamenti di malattia nei DOC e nei controlli è stata effettuata l'analisi delle correlazioni fra le scale cliniche e le sottoscale dell'IAS (**Tabella 3**).

Tabella 2. Coefficienti di correlazione questionari nel gruppo DOC

	ASI	CCL	SQ-a	SQ-d	SQ-ss	SQ-o	TPQ-rn	TPQ-ed	TPQ-dr	IAS	Y-BOCS	Y-BOCS-o	Y-BOCS-c
ASI													
CCL	.507***												
SQ-a	.204	.193											
SQ-d	.070	.139	.749**										
SQ-ss	.256	.289*	.386**	.479***									
SQ-o	.204	.283*	.426**	.332*									
TPQ-rn	-.117	-.249	-.400**	-.456***	-.279*								
TPQ-ed	.282*	.378**	.493***	.532***	.406**	.218	-.448***						
TPQ-dr	.124	.101	-.089	-.274	.005	-.138	-.006	.036					
IAS	.545***	.321**	.115	.064	.400**	-.023	-.229	.280*	.090				
Y-BOCS	.338**	.465***	.191	.203	.001	.136	-.221	.181	-.099	.182			
Y-BOCS-o	.343**	.404**	.245	.248	.009	.205	-.235	.205	-.094	.177	.933***		
Y-BOCS-c	.364**	.465***	.178	.190	.006	.059	-.221	.215	-.112	.209	.945***	.913***	

I valori significativi rappresentano i coefficienti di correlazione

* p<.05

** p<.01

***p<.001

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

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

IAS: Illness Attitude Scale (tot=totale).

CCL: Compulsion Checklist.

ASI: Anxiety Sensitivity Index.

Y-BOCS: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale.

Y-BOCS-o: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, scala ossessioni.

Y-BOCS-c: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, scala compulsioni.

Tabella 3. Correlazioni scale dell'IAS con scale cliniche in soggetti con DOC

IAS	ASI	CCL	SQ-a	SQ-d	SQ-ss	SQ-o	TPQ-rn	TPQ-ed	TPQ-dr	Y-BOCS	Y-BOCS-o	Y-BOCS-c
P. m.	.526***	.216	.008	-.026	.302*	-.054	-.131	.213	.063	.074	.046	.156
P. dol.	.353**	.092	-.134	-.047	.251	-.127	-.238	.090	-.075	.093	.080	.165
P. sal.	.016	.026	.077	-.099	-.071	.027	-.015	.031	.071	.080	.115	.052
Ipo.	.468***	.351*	.363**	.290*	.455***	.099	-.212	.370**	-.082	.021	.227	.229
Tanat.	.351*	.248	.014	-.012	.366**	-.039	-.121	.055	.228	.057	-.002	.036
Nosof.	.529***	.264	.200	.203	.294*	.013	-.196	.457***	.262	.269	.281	.290
P. som.	.397**	.365**	.078	.054	.330*	-.009	-.209	.193	-.070	.122	.156	.114

I valori significativi rappresentano i coefficienti di correlazione

* p<.05

** p<.01

***p<.001

IAS: Illness Attitude Scale (tot=totale); (p. m.=preoccupazione malattia), (p. dol.=preoccupazione dolore); (p. sal.=preoccupazione salute); (ipo.=ipocondria); (tanat.=tanatofobia); (nosof.=nosofobia); (p. som.=preoccupazioni somatiche).

ASI: Anxiety Sensitivity Index.

CCL: Compulsion Checklist.

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

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

Y-BOCS: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale.

Y-BOCS-o: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, scala ossessioni.

Y-BOCS-c: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, scala compulsioni.

Da tale raffronto è emerso che nei DOC la sensibilità all'ansia correla con 6 delle sette scale dell'IAS (preoccupazioni di malattia, preoccupazioni per il dolore, ipocondria, tanatofobia, nosofobia e preoccupazioni somatiche) (**Tabella 3**).

La sintomatologia somatica (SQss) correla con cinque scale dell'IAS (preoccupazioni di malattia, ipocondria, tanatofobia, nosofobia e preoccupazioni somatiche); mentre la sintomatologia ossessivo-compulsiva, autolutata mediante la CC, correla con le scale dell'ipo-

condria e delle preoccupazioni somatiche (**Tabella 3**).

Il tratto di personalità evitamento del danno (TP-Qed) correla con le scale dell'ipocondria e della nosofobia; infine, l'ansia e la depressione con la scala dell'ipocondria.

Non si osserva, invece, alcuna relazione fra gli atteggiamenti di malattia e la Y-BOCS.

Nel gruppo di controllo le correlazioni maggiori dell'IAS si osservano fra ansia, ostilità, depressione, il tratto caratteriale evitamento del danno e l'ASI. (**Tabella 4**).

DISCUSSIONE

I dati emersi evidenziano chiare differenze psicologiche strutturali fra controlli e soggetti DOC.

È stata osservata una correlazione fra titolo di studio e *status* socio-economico e il 72% dei soggetti con DOC presentava una diagnosi aggiuntiva in Asse I; ed è risaputo che la presenza di comorbidità è associata a un elevato punteggio nel tratto evitamento del danno del TPQ (65).

La correlazione positiva tra farmacoterapia e psicoterapia trova la sua spiegazione nel considerare che i DOC ricorsi alla psicoterapia hanno già utilizzato farmaci e viceversa; mentre, la presenza di comorbidità non si associa a una pregressa psicoterapia, e ciò induce a pensare che i DOC con disturbi associati ricorrono meno a uno psicoterapeuta.

La diversità nelle correlazioni fra le scale che misurano la sintomatologia OC e le altre scale cliniche viene spiegata sia dalle differenti caratteristiche psicom-

triche dei 2 strumenti, sia dalla diversa valutazione della gravità individuale, operata dai soggetti mediante la CC (strumento di autovalutazione che misura le difficoltà percepite ed espresse dalla sintomatologia ossessiva) rispetto la stima effettuata per mezzo della Y-BOCS (strumento di eterovalutazione che misura la gravità clinica distinguendo fra componente ossessiva e quella compulsiva, utilizzando parametri non presenti nella CC fra cui la valutazione del tempo occupato dai pensieri ossessivi e dalle compulsioni) (66).

Tale principio spiega anche la diversa identificazione della variabile predittiva in funzione della variabile dipendente utilizzata nell'equazione di regressione per la misurazione della sintomatologia OC.

Come già osservato in altri studi, anche in questo campione di soggetti OC la durata del disturbo rappresenta un predittore significativo della sintomatologia DOC (9,3,11); mentre la dimensione umorale-affettiva (ansia-depressione) non incide in maniera significativa sulla gravità del disturbo.

Per quanto concerne gli atteggiamenti e le preoccupazioni di malattia, essi risultano essere maggiormente associati alla paura dei sintomi ansiosi e all'ansia somatica (**Tabella 3**), come già osservato in altri lavori (55,67), a differenza di quanto si rileva nel gruppo di controllo dove si osserva una relazione con la dimensione umorale affettiva (ostilità, ansia cognitiva, depressione) e a tratti caratteriali di evitamento del danno.

In uno studio precedente (50), gli ossessivi hanno manifestato maggiori comportamenti di malattia rispetto ai controlli senza alcuna correlazione fra i punteggi dell'IAS (57) e le scale di ansia, depressione e ossessioni-compulsioni, misurate con l'Intervista Clinica

Tabella 4. Correlazioni scale dell'IAS con scale cliniche in soggetti di controllo

IAS	ASI	CCL	SQ-a	SQ-d	SQ-ss	SQ-o	TPQ-rn	TPQ-ed	TPQ-dr
P. mal.	.448***	.023	.555***	.521***	.400**	.454***	-.128	.516***	.006
P. dol.	.484***	-.029	.562***	.554***	.383**	.470***	-.070	.527***	-.034
P. sal.	.223	-.160	.271	.270	.237	.372**	-.362**	.045	.016
Ipo.	.141	.067	.261	.349*	.210	.440***	-.085	.111	.015
Tanat.	.440***	.041	.388**	.518***	.263	.354*	-.080	.493***	-.069
Nosof.	.211	.235	.497***	.534***	.413**	.507***	-.220	.186	-.022
P. som.	.418**	.115	.391**	.367**	.237	.395**	.117	.370**	-.140

I valori significativi rappresentano i coefficienti di correlazione

* p<.05

** p<.01

***p<.001

IAS: Illness Attitude Scale (tot=totale); (p. m.=preoccupazione malattia), (p. dol.=preoccupazione dolore); (p. sal.=preoccupazione salute); (ipo.=ipocondria); (tanat.=tanatofobia); (nosof.=nosofobia); (p. som.=preoccupazioni somatiche).

ASI: Anxiety Sensitivity Index.

CCL: Compulsion Checklist.

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

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

di Paykel (68) mostrando così un'indipendenza clinica fra il DOC e l'ipocondria pur essendovi una sovrapposizione sintomatologica.

Di tutte le variabili esaminate, la sensibilità all'ansia (paura dei sintomi ansiosi) risulta essere il maggiore predittore clinico della sintomatologia ossessivo-compulsiva sia considerando la gravità sintomatologica espressa dai punteggi della CC sia della Y-BOCS.

Questi dati indicano nei DOC la tendenza a interpretare come minacciosi e pericolosi i sintomi somatici associati all'arousal fisiologico, i quali vengono interpretati in una dimensione cognitivo-comportamentale di timore e convinzione di malattia.

La sensibilità all'ansia consegue in parte a una predisposizione genetica e in parte a esperienze di apprendimento che implicano l'assunto di un potenziale danno dovuto all'arousal; infatti, essa può amplificare la reazione ansia-paura (69,70).

La sopravvalutazione o distorta interpretazione dei sintomi somatici e la contemporanea sovrattivazione ansiosa manterrebbero, infatti, analogamente a quanto già dimostrato da altri autori in pazienti con panico, elevati livelli di atteggiamenti ipocondriaci misurati con l'IAS (48,49,71-73); e ciò avverrebbe anche nei DOC.

La paura dei sintomi ansiosi e la tendenza a interpretarli come minacciosi è stata definita da Reiss, et al. (74) "sensibilità all'ansia" e da Chambless e Gracely (75) "paura della paura", indicando con essa una risposta esagerata agli stimoli ansiosi; mentre dobbiamo a Mechanic e Volkat (76) il concetto di "comportamento di malattia" (*illness behaviour*), definito come "modalità di percepire i sintomi, la loro valutazione e il modo di agire dell'individuo verso il proprio stato di salute".

Si deve, invece, a Pilowsky (77) il concetto di "comportamento anormale di malattia" (*abnormal illness behaviour*) definito come "inappropriata e persistente modalità di percepire, valutare e agire nei riguardi del proprio stato di salute, nonostante sia stata data una spiegazione ragionevole e accurata della natura e della gestione della situazione mediante un'adeguata valutazione dei fattori biologici, psicologici e socio-culturali, senza escludere una discussione e chiarificazione dei sintomi".

Possiamo, quindi, affermare che l'atteggiamento nei confronti della malattia implica ed esprime la dimensione emotivo-affettivo-cognitiva e quella sintomatologico-comportamentale del soggetto.

Le variabili psico-biologiche, culturali, sociali, esperienziali, che inducono una particolare sensibilità ai sintomi fisici e psichici e a un atteggiamento anormale di malattia sono molteplici, ma ciò che risulta fonda-

mentale è il significato attribuito ai sintomi psicofisici, allo stato d'animo, al contesto di vita vissuta e alle aspettative future (67,78).

Vari meccanismi psicologici influenzano la percezione dei sintomi, come l'attenzione, che se rivolta ai sintomi ne amplifica la sensazione o l'aspettativa che, se orientata a una maggiore intensità sintomatologica, incrementa il grado di percezione, o l'evitamento che riduce temporaneamente la percezione dei sintomi ansiosi (74,79).

Otto, et al. (80) trovarono una correlazione significativa fra l'ASI e 5 delle 7 scale dell'IAS (preoccupazioni di malattia, preoccupazioni per il dolore, tanatofobia, nosofobia, preoccupazioni somatiche), supportando l'ipotesi che la sensibilità all'ansia fosse il maggiore predittore degli atteggiamenti ipocondriaci; e in accordo con precedenti studi, l'ansia e la depressione erano associate a elevati punteggi negli aspetti ipocondriaci.

Gli autori hanno ritenuto che nonostante le limitazioni poste dal tipo di questionari self-report utilizzati essi valutassero una più generale tendenza a diventare più timorosi e attenti in risposte alle sensazioni somatiche, e che questa tendenza fosse centrale per gli ipocondriaci e i pazienti con panico.

L'IAS identificherebbe questa tendenza in termini di atteggiamenti verso la malattia, mentre l'ASI assmilerebbe termini di paura e pensieri catastrofici associati alle sensazioni somatiche dell'ansia.

Infatti, gli atteggiamenti ipocondriaci sarebbero un aspetto coesistente alle sindromi ansiose (81,82) e le interpretazioni catastrofiche dei sintomi somatici e la successiva sovrattivazione risultano implicate nello sviluppo e mantenimento del disturbo di panico (83,84) e dell'ipocondria (85).

Raffrontando i dati e le conclusioni di Otto, et al. (86), che per il loro studio hanno utilizzato gli stessi 3 strumenti (ASI, IAS, SQ) usati da noi, abbiamo osservato la stessa relazione fra ASI e scale dell'IAS; ma, mentre nel loro campione di 100 depressi l'associazione concerneva gli atteggiamenti di malattia, la sensibilità all'ansia (ASI) e i sintomi d'ansia (SQ), nel nostro gruppo di ossessivi la seconda variabile clinica che influenza a livello statistico la gravità della sintomatologia è rappresentata dall'evitamento del danno; tratto caratteriale che nel modello psicobiologico di Cloninger denota la presenza di ansia anticipatoria, paura dell'ignoto, timidezza e facile affaticabilità.

Infatti, nello studio si è osservata una correlazione significativa ($p < .01$) fra il tratto del TPQ evitamento del danno e la sintomatologia ossessivo-compulsiva alla OCC, relazione già posta in evidenza in precedenti lavori (51,55,87,88).

I nostri dati, rispetto a quelli di Otto, et al. (86), possono essere spiegati attribuendo una differente elaborazione delle informazioni sintomatologiche effettuate dai soggetti appartenenti ai due gruppi, che infatti trova una sua giustificazione nella diversa espressione clinica dei 2 disturbi.

Nel loro studio con soggetti depressi si è osservata una relazione fra ansia, depressione e scala della tanatofobia dell'IAS; nel nostro gruppo di ossessivi, invece, si è osservata una relazione fra sensibilità all'ansia, la sintomatologia OC autovalutata ma non eterovalutata (poiché la percezione di malattia è soggettiva), l'ansia cognitiva, la depressione, i sintomi somatici, il tratto evitamento del danno e la scala dell'ipocondria (**Tabella 3**).

Questi dati depongono per un'interpretazione simil-ipocondriaca dei sintomi, considerandoli causa del disturbo e potenziale minaccia (analogamente a quanto avviene nelle fobie): spiegando in tal modo la sovrapposizione cognitiva che si osserva fra sintomatologia ossessiva e ipocondriaca.

Infatti, le variabili che differenziano gli atteggiamenti di malattia fra DOC e controlli sono la sottoscala della nosofobia e dell'ipocondria (convinzione di malattia) (**Tabella 3**).

La sintomatologia ossessiva risulta correlare con gli atteggiamenti ipocondriaci e le preoccupazioni somatiche (**Tabella 3**), ma tale rapporto è meno rilevante rispetto alla relazione esistente fra sintomatologia ossessiva e paura cognitiva dei sintomi ansiosi espressa dai punteggi dell'ASI.

Questi dati sarebbero in accordo con quanto riportato da Abramowitz, et al. (89), poiché in un raffronto fra ossessivi con elevate preoccupazioni per la salute e ossessivi senza tali preoccupazioni riporta una uguale severità dei sintomi ossessivo-compulsivi ma una loro diversa espressione, mostrando, i primi, maggiori ossessioni somatiche e di danno con compulsioni di controllo, minore insight relativo alle loro paure e una maggiore prevalenza del Disturbo Ansioso Generalizzato (DAG), rispetto al secondo gruppo che invece mostrava ossessioni di contaminazione e compulsioni di lavaggio. Per cui, le preoccupazioni per la salute non incidono sulla gravità ma sull'espressione clinica (89).

Nell'ambito del trattamento terapeutico vari lavori hanno posto in relazione la gravità della sintomatologia DOC con la cronicità del disturbo e con la copresenza di altri disturbi, che inducono esiti negativi. La presenza di un disturbo depressivo rende infatti più difficoltoso l'intervento terapeutico ma non lo impedisce.

È stato documentato (86) un effetto positivo indiretto del trattamento farmacologico della depressione espresso da una modificazione delle funzioni cognitive

disfunzionali (90,91) e da un cambiamento nelle interpretazioni delle sensazioni somatiche che caratterizzano l'ipocondria e la sensibilità all'ansia (92); analogamente a quanto avviene negli interventi della terapia cognitivo-comportamentale.

In un nostro studio (55) con pazienti DOC, a seguito del trattamento cognitivo-comportamentale (esposizione e prevenzione della risposta, terapia razionale emotiva) di 16 settimane mirato alla componente OC, i soggetti hanno riportato una riduzione significativa di punteggi all'IAS, soprattutto nelle scale delle preoccupazioni per il dolore, dell'ipocondria e della nosofobia, senza tuttavia raggiungere valori di normalità osservati nel gruppo di controllo del presente studio.

Tali dati sottolineano ulteriormente l'importanza e l'influenza esercitata dalla paura dei sintomi d'ansia sugli atteggiamenti di malattia, ed evidenziano l'utilità di un intervento mirato a modificarne tali sintomi.

È indubbio che l'obiettivo psicoterapeutico può essere raggiunto mediante l'esposizione e prevenzione della risposta, che permette, esponendosi agli eventi temuti, di rielaborare cognitivamente le situazioni e le conseguenze delle errate interpretazioni; ma, ciò può essere ugualmente raggiunto correggendo la percezione delle sensazioni fisiche e la loro interpretazione, permettendo in tale modo di ristrutturare a priori lo schema, il potenziale significato dell'esperienza che dovrà attuarsi e la sensazione psicofisica associata all'esperienza stessa.

La percezione di minaccia dei sintomi ansiosi rappresenta – unitamente all'attribuzione di una azione-funzione pratica del pensiero, alla necessità di un controllo totale su azioni e pensieri, alla responsabilità eccessiva su atti compiuti od omissi, alla sopravvalutazione della minaccia, alla intolleranza dell'incertezza e al perfezionismo – una delle dimensioni caratteristiche del DOC (93) all'interno delle quali intervenire, per modificare la struttura psicologica del disturbo.

In ultima analisi, è sempre il significato che viene attribuito dal soggetto a un evento specifico, a un'idea, una sensazione, a precedenti ricordi o esperienze; oppure all'elaborazione e rielaborazione di significati connessi a esperienze reali o ipotetiche, raffrontate alle proprie aspettative che influisce sul modo di agire, reagire, vivere e interpretare l'esperienza stessa (2,68).

Tanto è maggiore la differenza fra aspettative e realtà tanto più l'esito del raffronto produce un impatto psicologico negativo, risultando tanto più negativo quanto più esso non viene accettato con consapevolezza. Nell'ossessivo, quanto più è ampio il divario fra l'aspettativa di minaccia e il pericolo reale, tanto più è difficoltoso produrre un cambiamento. Per cui il DOC è un disturbo inerente l'interpretazione dei dati di

realtà e il pensiero con il suo significato, mediante i contenuti e tutti gli elementi che lo costituiscono (stimolo, percezione, elaborazione, integrazione, simbolo, immagine, memoria, ecc.), esprimono il “dualismo unitario” mediante il quale comprendere e agire sulle funzioni mentali dell’Uomo (94).

Il pensiero, inteso come funzione della mente, applicato a riflessioni, intuizioni, ricordi, ipotesi, esperienze, rappresenta il sistema cardine sul quale agire per apportare delle modifiche ai significati.

CONCLUSIONI

Nonostante il campione non abbia analizzato le sottocategorie di DOC, lo studio ha ottenuto dei risultati interessanti.

Possiamo affermare che l’efficacia terapeutica è inscindibile dall’identificazione dei predittori clinici del disturbo.

Le caratteristiche psicometriche degli strumenti utilizzati come variabili dipendenti influenzano le variabili predittive.

I DOC evidenziano un’elevata sensibilità all’ansia e maggiori atteggiamenti di malattia legati alla tendenza a interpretare negativamente i sintomi somatici associati all’arousal ed espressi dalla paura dei sintomi stessi.

La sensibilità all’ansia risulta essere il maggiore predittore clinico e quindi svolge un ruolo causale nell’espressione del DOC, analogamente a quanto si è osservato nel disturbo di panico e nell’agorafobia.

A livello statistico, il secondo predittore è risultato essere il tratto caratteriale di evitamento del danno, mentre in merito alle variabili demografiche il predittore della gravità del disturbo risulta essere la durata di malattia.

In sintesi, i dati indicano che nei DOC l’attenzione, e quindi l’elaborazione delle informazioni, è rivolta alla paura dei sintomi somatici piuttosto che ad altre variabili come, ostilità, ansia, depressione, che invece risultano essere determinanti nel gruppo di controllo, ovviamente anche in relazione ai tratti di personalità.

La sintomatologia ossessivo-compulsiva risulta essere associata ad atteggiamenti di malattia ma tale relazione risulta meno rilevante della relazione con la sensibilità all’ansia; inoltre, i timori nosofobici e ipocondriaci sono le due variabili principali che differenziano l’atteggiamento di malattia fra i DOC e i controlli.

La correlazione della sottoscala dell’ipocondria dell’IAS con l’ASI, la CC, l’ansia, la depressione, i sintomi somatici e l’evitamento del danno evidenziano sia la

tendenza a interpretare in maniera simil-ipocondriaca ogni sintomo, sia la presenza di maggiori preoccupazioni per la sintomatologia fisica; in questo modo si spiega la sovrapposizione cognitiva che si osserva fra sintomatologia ossessiva e ipocondriaca.

La sensibilità all’ansia e gli atteggiamenti di malattia nei DOC si modificano dopo un trattamento di terapia cognitivo-comportamentale persistendo comunque a livelli superiori, anche dopo miglioramento clinico, rispetto ai punteggi in soggetti normali (55); tali dati orientano all’utilizzo di tecniche specifiche che mirano a ridurre la paura e il significato dei sintomi cognitivo-somatici dell’ansia, analogamente a quanto già avviene nel trattamento dei pazienti con panico e ipocondria.

Va considerato che l’efficacia di un intervento è inscindibile dall’individuazione dei fattori predittivi che ne influenzano lo sviluppo e il mantenimento.

Concludendo, i dati del presente studio indicano sia la necessità di un intervento precoce, poiché la durata del disturbo ne influenza la gravità, sia l’utilità di affiancare strategie terapeutiche che vadano a modificare la paura dei sintomi d’ansia e le convinzioni di malattia.

In sintesi, si può affermare che lo studio ha messo in luce i seguenti punti:

- l’influenza delle caratteristiche psicometriche degli strumenti utilizzati sulle variabili predittive;
- le differenze psicologiche fra soggetti DOC e soggetti di controllo;
- l’importanza clinica della sensibilità all’ansia e del tratto caratteriale evitamento del danno;
- l’influenza esercitata dalla durata del disturbo;
- verificare che la sintomatologia ansioso-depressiva non rappresenti un predittore significativo della sintomatologia DOC;
- l’atteggiamento di malattia risulta essere associato alla sensibilità all’ansia e non rappresenta un fattore primario, poiché gli atteggiamenti ipocondriaci risultano secondari al DOC.

In questo studio, come in precedenti (50,51,55,67), non è stata osservata alcuna relazione fra atteggiamenti ipocondriaci misurati con l’IAS e sintomatologia ossessivo-compulsiva valutata dal clinico, poiché la relazione degli atteggiamenti di malattia e sintomatologia OC andrebbe ascritta alla diversa percezione sintomatologica da parte del soggetto rispetto alla valutazione effettuata dal clinico.

Sono necessari altri studi per confermare i risultati del presente lavoro.

L’utilizzo di un campione più numeroso di ossessivi, analizzato fin dall’esordio della sintomatologia nelle sue caratteristiche clinico-psico-socio-demografiche, suddiviso in sottoclassi di appartenenza del disturbo, potrebbe permettere di discriminare quale categoria e

quali caratteristiche personali predicono l'insorgenza, l'espressione e la persistenza del disturbo, e, di seguito, identificare quale gruppo possa trarre i maggiori benefici da interventi terapeutici specifici e differenziati per sintomi.

BIBLIOGRAFIA

- Nathan PE, Stuart SP, Dolan SL: Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: between Scylla and Charybdis? *Psychological Bulletin*, 2000, 126, 964-981.
- Savron G: Il disturbo ossessivo-compulsivo. In: Fava GA, Rafanelli C, Savron G (eds) *L'ansia*. *Caleidoscopio Italiano*, 1998, 121, 28-65.
- Skoog G, Skoog I: A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56, 121-127.
- Steketee G, Shapiro LJ: Predicting behavioral treatment outcome for agoraphobia and obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 1995, 15, 317-346.
- Steketee G, Barlow DH: Obsessive-compulsive disorder. In: Barlow DH (ed) *Anxiety and its disorders*. Guilford Press, New York, 2002.
- Basoglu M, Lax T, Kasvikis Y, Marks IM: Predictors of improvement in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 1988, 2, 299-317.
- Ricciardi JN, McNally RJ: Depressed mood is related to obsession, but not compulsions, in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 1995, 9, 249-256.
- Fava GA, Savron G, Rafanelli C, Grandi S: Prodromal symptoms in obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*, 1996, 29, 131-134.
- Keijsers GP, Hoogduin CA, Schaap CP: Predictors of treatment outcome in the behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 1994, 165, 781-786.
- Steketee G, Eisen J, Dyck I, Warshaw M, Rasmussen S: Predictors of course in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 1999, 89, 229-238.
- Abramowitz JS, Franklin ME, Street GP, Kozak MJ, Foa ED: Effects of comorbid depression on response to treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 2000, 31, 517-528.
- Abramowitz JS, Foa ED: Does comorbid major depressive disorder influence outcome of exposure and responsive prevention for OCD? *Behavior Therapy*, 2000, 31, 795-800.
- Summerfeldt LJ, Richter MA, Antony MM, Swinson RP: Symptom structure in obsessive-compulsive disorder: a confirmatory factor-analytic study. *Behaviour Research and Therapy*, 1999, 37, 297-311.
- Summerfeldt LJ, Kloosterman HK, Antony MM, Richter MA, Swinson RP: The relationship between miscellaneous symptoms and major symptom factors in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 2004, 42, 1453-1467.
- Ravizza L, Barzega G, Bellino S, Bogetto F, Maina C: Predictors of drug treatment response in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1995, 56, 368-373.
- Boulougouris JC: Variables affecting the behavior modification of obsessive-compulsive patients treated by flooding. In: Boulougouris JC, Rabavilas AD (eds) *The treatment of phobic and obsessive-compulsive disorders*. Pergamon, New York, 1977.
- Buchanan AW, Meng KS, Marks IM: What predict improvement and compliance during the behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder? *Anxiety*, 1996, 2, 22-27.
- Mataix-Cols D, Marks IM, Greist JH, Kobak KA, Baer L: Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with an response to behaviour therapy: results from a controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2002, 71, 255-262.
- Salkovskis PM, Westbrook: Behaviour therapy and obsessional ruminations: can failure be turned in the success? *Behaviour Research and Therapy*, 1989, 35-211-219.
- Baer L, Minichiello WE: Behavior therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. In: Jenike MA, Baer L, Minichiello WE (eds) *Obsessive-Compulsive Disorder: theories and management*. Year Book Medical, Chicago, 1990.
- Alonso P, Menchon JM, Pifarre J, Mataix-Cols D, Torres L, Salgado P, et al.: Long-term follow-up and predictors of clinical outcome in obsessive-compulsive patients treated with serotonin reuptake inhibitors and behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2001, 62, 535-540.
- Sica C: Fattori prognostici relativi all'esito della terapia cognitivo-comportamentale del disturbo ossessivo-compulsivo. *Acta Comportamentalia*, 1996, 4, 107-127.
- Dèttore D: Il disturbo ossessivo-compulsivo. McGraw-Hill, Milano, 2003.
- Ravizza L, Bogetto F, Maina C: Episodic and chronic obsessive-compulsive disorder. *Anxiety*, 1997, 6, 154-158.
- Ravizza L, Bogetto F, Maina C, Albert U, Barzega G, Bellino S: Long-term treatment of obsessive-compulsive disorder. *CNS Drugs*, 1998, 10, 247-255.
- Erzegovesi S, Cavallini MC, Cavedini P, Diaferia G, Locatelli M, Bellodi L: Clinical predictors of drug response in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2001, 21, 488-492.
- Benkelfat C, Notdahl TE, Semple WE, King AC, Murpy DL, Cohen RM: Local cerebral glucose metabolic rates in obsessive-compulsive disorder: patients treated with clorimipramine. *Archives of General Psychiatry*, 1990, 47, 840-848.
- Swedo SE, Pietrini P, Leonard HL, Schapiro MB, Rettew DC, Goldberger EL, et al.: Cerebral glucose metabolism in childhood-onset obsessive-compulsive disorder. Revisualization during pharmacotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 1992, 49, 690-694.
- Lucey JV, Costa DC, Busatto G, Pilowsky LS, Marks IM, Ell PJ, et al.: Caudate regional blood flow in obsessive-compulsive disorder, panic disorder and healthy controls on single photon emission computerised tomography. *Psychiatry Research*, 1997, 74, 25-33.
- Brody AL, Saxena S, Schwartz JM, Stoessel PW, Maidment K, Phelps ME, et al.: FDG-PET predictors of response to behavioral therapy and pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 1998, 84, 1-6.
- Saxena S, Brody AL, Maidment KM, Dunkin JJ, Colgan M, Alborzian S, et al.: Localized orbito frontal and subcortical metabolic changes and predictors of response to paroxetine treatment of obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology*, 1999, 21, 683-693.
- Saxena S, Brody AL, Ho LM, Zohrabi N, Maidment KM, Baxter LR: Differential brain metabolic predictors of response to paroxetine in obsessive-compulsive disorder versus major depression. *American Journal of Psychiatry*, 2003, 160, 522-532.
- 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.
- Schwartz JM, Stoessel PW, Baxter LR, Martin KM, Phelps ME: Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after suc-

- cessful behaviour modification treatment of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 1996, 53, 109-113.
35. Nakatani E, Nakagawa A, Ohara Y, Goto S, Uozumi N, Iwakiri M, et al.: Effects of behavior therapy on regional cerebral blood flow in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 2003, 124, 113-120.
 36. Rauch SL, Shin LM, Dougherty DD, Alpert NM, Fischman AJ, Jenike MA: Predictors of fluvoxamine response in contamination-related obsessive compulsive disorder: a PET symptom provocation study. *Neuropsychopharmacology*, 2002, 2, 782-791.
 37. Mataix-Cols D, Wooderson S, Lawrence N, Brammer MJ, Speckens A, Phillips ML: Distinct neural correlates of washing, checking, and hoarding symptom dimension in obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 2004, 61, 564-576.
 38. Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Lekman JF: A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 2005, 162, 228-238.
 39. Mataix-Cols D: Deconstructing obsessive-compulsive disorder: a multidimensional perspective. *Current Opinion in Psychiatry*, 2006, 19, 84-89.
 40. Westen D, Novotny CM, Thompson-Brenner H: The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 2004, 130, 631-663.
 41. Salkovskis PM, Warwick HMC: Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder: treating treatment failure. *Behavioural Psychotherapy*, 1985, 15, 243-255.
 42. Emmelkamp PGM: Technical advances in behavioral psychotherapy of obsessive-compulsive disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1993, 60, 57-61.
 43. James IA, Blackburn IM: Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 1995, 166, 444-450.
 44. Hand I: Out-patient, multi-modal behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 1998 (suppl), 45-52.
 45. Salkovskis PM, Forrester E, Richards C: Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *British Journal of Psychiatry*, 1998, 173 (suppl), 53-63.
 46. 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.
 47. Goldthorpe JH, Hope K: *The social grading of occupations*. Oxford University Press, Oxford, 1974.
 48. Fava GA, Kellner R, Zielezny M, Grandi S: Hypochondriacal fears and beliefs in agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 1988, 14, 239-244.
 49. Saviotti FM, Grandi S, Savron G, Ermentini R, Bartolucci G, Conti S, et al.: Characteriological traits of recovered patients with panic disorder and agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 1991, 23, 113-117.
 50. 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.
 51. 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.
 52. Savron G, Pitti P, De Luca R, Guerreschi C: Psicopatologia e gioco d'azzardo: uno studio preliminare su un campione di giocatori d'azzardo patologici. *Rivista di Psichiatria*, 2001, 36, 14-21.
 53. Savron G, Tranquilli S, Bartolucci G: Caratteristiche psicopatologiche in un campione di tossicodipendenti ospiti in comunità terapeutiche. *Rivista di Psichiatria*, 2001, 36, 81-87.
 54. Savron G, Montanaro R, Landi G, Bartolucci G: Aspetti psicologici in soggetti affetti da psoriasi e alopecia areata: uno studio controllato. *Rivista di Psichiatria*, 2001, 36, 135-145.
 55. Savron G, Bartolucci G, Pitti P: Modificazioni psicologiche al trattamento cognitivo-comportamentale in 33 soggetti con Disturbo Ossessivo-Compulsivo. *Rivista di Psichiatria*, 2004, 39, 171-183.
 56. Peterson RA, Reiss S: *Anxiety Sensitivity Index Revised Test Manual*. International Diagnostic Service, Worthington, Ohio, 1992.
 57. Kellner R: *Abridged manual of Illness Attitude Scale*. University of New Mexico, Mineographed, Albuquerque, 1981.
 58. Kellner R: *Abridged manual of the Symptom Questionnaire*. University of New Mexico, Albuquerque, 1976 (revised 1983).
 59. Cloninger CR: A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatry Development*, 1986, 3, 167-226.
 60. Marks IM, Connolly J, Hallam RS, Philpott R: *Nursing in behavioural psychotherapy*. Book in research series of Royal College of Nursing, 1977.
 61. Marks IM, Hallam RS, Fallon BA, Javitch JA, Hollander E, Liebowitz MR: Hypochondriasis and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1991, 52, 457-460.
 62. Goodman WK, Price LH, Rassmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, et al.: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): Part I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 1989, 46, 1006-1011.
 63. Goodman WK, Price LH, Rassmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, et al.: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): Part II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 1989, 46, 1012-1016.
 64. Overall JE, Gorham DR: *The Brief Psychiatric Rating Scale*. *Psychological Reports*, 1962, 10, 799-812.
 65. Ball S, Smolin J, Shekhard A: A psychobiological approach to personality: examination within anxious patients. *Journal of Psychiatric Research*, 2002, 36, 97-103.
 66. Deacon BJ, Abramowitz JS: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: factor analysis, construct validity, and suggestions for refinement. *Anxiety Disorders*, 2005, 19, 573-585.
 67. Savron G, Bartolucci G, Raffi AR, Ruperto P, Musolesi S: Modificazioni nell'atteggiamento di malattia in pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo. *Atti del XVI Congresso Nazionale SIMP: La Psicomatica del quotidiano*. Parma, 1998.
 68. Paykel ES: *The Clinical Interview for Depression*. *Journal of Affective Disorders*, 1985, 9, 85-96.
 69. Stein MB, Jang KL, Livesley WJ: Heritability of anxiety sensitivity: a twin study. *American Journal of Psychiatry*, 1999, 156, 246-251.
 70. Stewart SH, Taylor S, Jang KL, Cox BJ, Watt MC, Fedoroff IC: Causal modeling of relations among learning history, anxiety sensitivity, and panic attacks. *Behaviour Research and Therapy*, 2001, 39, 443-456.
 71. Kellner R, Slocumb JC, Wiggins RC, Abbot PJ, Romanik RL, Winslow WW, et al.: The relationship of hypochondriacal fears and beliefs to anxiety and depression. *Psychiatric Medicine*, 1987, 4, 15-24.
 72. Fava GA, Grandi S, Saviotti FM, Conti S: Hypochondriasis with panic attacks. *Psychosomatics*, 1990, 31, 351-353.
 73. Starcevic V, Fallon S, Uhlenhuth EH, Pathak D: Generalized anxiety disorder, worries about illness, and hypochondriacal fear and beliefs. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1994, 61, 93-99.
 74. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, Mc Nally RJ: Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 1986, 24, 1-8.
 75. Chambless DL, Gracely EJ: Fear of fear and the anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 1989, 9, 9-20.

76. Mechanic D, Volkart E: Illness behavior and medical diagnosis. *Journal of Health and Human Behaviour*, 1960, 1, 86-94.
77. Pilowsky I: Abnormal illness behaviour (dysnosognosia). *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1986, 46, 76-84.
78. Kellner R, Hernandez J, Pathak D: Hypochondriacal fears and beliefs, anxiety, and somatization. *British Journal of Psychiatry*, 1992, 160, 525-532.
79. Schmidt AJM, Wolfs-Takens D, Oosterlaan J, van de Hout MA: Psychological mechanisms in hypochondriasis: attention-induced physical symptoms without sensory stimulation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1994, 61, 117-120.
80. Otto MW, Pollack MH, Sachs GS, Rosebaum JF: Hypochondriacal concerns, anxiety sensitivity, and panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 1992, 6, 93-104.
81. Buglass DL, Clarke J, Henderson AS, Kreitman R, Presley AS: A study of agoraphobic housewives. *Psychological Medicine*, 1977, 7, 73-86.
82. Noyes R, Reich RB, Clancy J, O' Gorman TW: Reduction in hypochondriasis with treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 1986, 149, 631-635.
83. Clark DM: A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 1986, 24, 461-470.
84. Barlow DH: *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. Gilford Press, New York, 1988.
85. Warwick HMC, Salkovskis PM: Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 1990, 28, 105-117.
86. Otto MW, Demopoulos CM, McLean NE, Pollack MH, Fava M: Additional findings on the association between anxiety sensitivity and hypochondriacal concerns: examination of patients with major depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 1998, 12, 225-232.
87. Pfohl B, Black D, Noyes R Jr, Kelly M, Blum N: A test of the Tridimensional Personality Theory: association with diagnosis and platelet imipramine binding in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 1990, 28, 41-46.
88. Richter MA, Summerfeldt LJ, Joffe RT, Swinson RP: The tridimensional personality questionnaire in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 2001, 65, 185-188.
89. Abramowitz JS, Brigidi BD, Foa ED: Health concerns in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 1999, 13, 529-539.
90. Fava M, Bless E, Otto MW, Pava JA, Rosenbaum JF: Dysfunctional attitudes in major depression: changes with pharmacotherapy. *Journal of Nervous Mental Disease*, 1994, 182, 145-149.
91. Otto MW, Pollack MH, Fava M, Uccello R, Rosenbaum JF: Elevated anxiety sensitivity scores in patients with major depression: correlates and changes with antidepressant treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 1995, 9, 117-123.
92. Kellner R: *Somatization and Hypochondriasis*. Praeger, New York, 1986.
93. Steketee G: Efforts by the obsessive-compulsive cognitions working group to create measures of OCD beliefs. XXIII Congress of European Association for Behavioural and Cognitive Therapies. Venezia, 1997.
94. Savron G: La sindrome dai mille tic: il disturbo di Gilles de la Tourette. *Caleidoscopio Italiano*, 2005, 187, 5-95.