

Studi sperimentali

Disturbo ossessivo-compulsivo con fenomenica psicotica: aspetti psicopatologici e di personalità

Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: psychopathological and personological aspects

LORENZO PELIZZA¹, SIMONA PUPO²

E-mail: anolino@yahoo.it

¹Centro di Salute Mentale di Guastalla, Dipartimento di Salute Mentale di Reggio Emilia, AUSL di Reggio Emilia

²Servizio di Anestesia e Rianimazione, Ospedale Civile di Guastalla, AUSL di Reggio Emilia

RIASSUNTO. Scopo. Scopo dello studio è quello di analizzare le relazioni psicopatologiche esistenti tra sintomi ossessivo-compulsivi e fenomeni psicotici in un campione di soggetti con disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) e verificare se il sottogruppo ossessivo con fenomenica psicotica possa essere considerato come un sottotipo specifico di DOC. **Metodi.** Il campione in esame è costituito da 68 pazienti affetti da DOC, distinti in due differenti sottogruppi (DOC con e senza manifestazioni psicotiche). A ciascun soggetto sono state somministrate la Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), la Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS), la Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) e la Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders (SIDP-IV). **Risultati.** Venti soggetti (29,4%) sono risultati affetti da DOC con fenomenica psicotica. Essi si caratterizzano per un'età d'esordio più precoce di malattia ossessivo-compulsiva ($p<0,05$), per un decorso più frequentemente cronico ($p<0,01$), per una sintomatologia ossessivo-compulsiva "atipica" (con scarso insight e ridotta risonanza ansiosa) ($p<0,01$), per livelli più elevati di depressione ($p<0,05$) e per una maggiore prevalenza di disturbo schizotipico di personalità ($p<0,01$). **Discussione.** I pazienti affetti da DOC con manifestazioni psicotiche sembrano proporsi come un sottotipo distinto di DOC, caratterizzato da uno specifico set di aspetti psicopatologici e di personalità. Tuttavia, il rilievo che questi soggetti presentano una maggiore prevalenza di disturbo schizotipico di personalità sembra suggerire che essi possano essere considerati più come una peculiare condizione clinica appartenente ai disturbi dello spettro schizofrenico che come un gruppo di individui ossessivi da collocarsi all'estremo psicopatologicamente più grave dello spettro del DOC.

PAROLE CHIAVE: disturbo ossessivo-compulsivo, delirio, disturbo psicotico, schizofrenia, disturbo di personalità.

SUMMARY. Aim. The aims of this study are to analyze psychopathological relations between obsessive-compulsive and psychotic symptoms in a group of patients with obsessive-compulsive disorder (OCD), and to verify if the obsessive subgroup with psychotic features can be considered as a distinct OCD subtype. **Methods.** The study sample included 68 patients with OCD who were divided into two different groups (OCD with and without psychotic features). All subjects completed the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), the Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS), the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), and the Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders (SIDP-IV). **Result.** Twenty subjects (29.4%) were affected by OCD with psychotic features. They were characterized by an earlier onset of obsessive illness ($p<0.05$), a more frequently chronic course ($p<0.01$), an "atypical" obsessive-compulsive symptomatology (with poor insight and anxiety) ($p<0.001$), higher levels of depression ($p<0.05$), and a higher prevalence of schizotypal personality disorder ($p<0.01$). **Discussion.** Patients affected by OCD with psychotic symptoms appear to be a distinct subtype of obsessive-compulsive disorder, characterized by a set of specific psychopathological and personological features. However, the finding that these subjects have a higher prevalence of schizotypal personality disorder seems to suggest that they can be considered as a peculiar clinical subset belonging to the schizophrenia-spectrum disorders rather than a group of obsessive individuals placed on the most serious clinical extreme of the OCD spectrum.

KEY WORDS: obsessive-compulsive disorder, delusion, psychotic disorder, schizophrenia, personality disorder.

INTRODUZIONE

Le relazioni cliniche tra ossessività e psicosi hanno costituito, sin dalle origini della moderna psichiatria, uno dei temi classici di riflessione psicopatologica. A questo proposito, Westphal (1) per primo descrisse l'irrazionalità e la bizzarra sconcertanti di certi fenomeni ossessivi, i quali lo indussero a sospettare di trovarsi più spesso di fronte a veri e propri prodromi o a varianti di una psicosi abortiva. Qualche decennio più tardi, Bleuler (2) suggerì di annoverare, tra i sintomi precoci d'esordio della schizofrenia, anche le idee e gli impulsi coatti, osservando che molti pazienti schizofrenici potevano, all'inizio del loro percorso psicopatologico, essere erroneamente diagnosticati come ossessivi.

Nonostante il pregevole contributo dei suddetti autori, la tradizione psichiatrica classica ha tuttavia preferito affrontare e concettualizzare il problema delle relazioni cliniche tra ossessività e psicosi in una chiave prettamente categoriale, finendo con l'assumere posizioni rigidamente separatiste sulla scia di quanto sostenuto da Kraepelin (3) nella VIII edizione del suo Trattato di Psichiatria: «Le transizioni dall'ossessione verso le altre malattie mentali (specialmente la paranoia), contrariamente a quanto è stato precedentemente ipotizzato, non sono affatto probabili né certe».

Opinioni così radicali sono oggi, al contrario, piuttosto rare. Il rilievo che la definizione di entità diagnostiche nettamente separate da un punto di vista nosografico non implichi necessariamente la presenza di analoghe dicotomie sul piano della continuità sintomatologica tra fenomeni psicotici e ossessivi ha indotto la maggior parte dei ricercatori moderni a privilegiare un atteggiamento più dinamico e dimensionale, e a sostenere come, non di rado, sia più conveniente collocare gli uni (sintomi ossessivi) rispetto agli altri (sintomi psicotici) in modo maggiormente mobile e fluido, rinunciando a certe antinomie che la psichiatria classica riteneva assolute e che tali non sono o non lo sono sempre (4). A questo proposito, anche Jaspers (5) aveva in precedenza sottolineato come, al culmine dello stato emotivo anancastico, le ossessioni potessero trasformarsi, per un breve periodo, in un indiscutibile delirio, a testimonianza del fatto che le affezioni coatte progressive costituivano un esempio paradigmatico di quei non rari casi in cui il problema non era soltanto quello pratico della diagnosi, ma erano gli stessi concetti nosografici fondamentali a divenire problematici e a far sentire tutti i loro limiti.

DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO CON MANIFESTAZIONI PSICOTICHE

Negli ultimi vent'anni, la sovrapposizione (transitoria o duratura) di aspetti psicopatologici propri del-

l'area psicotica in pazienti affetti da disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) con manifestazioni psicotiche è stata oggetto di alcune ricerche epidemiologiche, le quali ne hanno stimato una prevalenza compresa tra il 10% e il 25% (6-9). Eisen e Rasmussen (7) hanno inoltre rilevato che, rispetto al DOC puro (non psicotico), i pazienti ossessivi con sintomi psicotici apparivano, da un punto di vista psicopatologico, severamente più disturbati. Essi, infatti, presentavano un'età d'esordio più precoce di malattia ossessivo-compulsiva, una maggiore compromissione del loro funzionamento lavorativo, un decorso più frequentemente cronico e scarsamente responsivo al trattamento farmacologico, relazioni familiari maggiormente conflittuali e una più spiccata sintomatologia depressiva.

Un fattore psicopatologico che sembra facilitare la comparsa di sintomi psicotici e favorire trasformazione dei pensieri ossessivi in idee deliranti è rappresentato dalla presenza di un insight soggettivo ridotto nei confronti degli impulsi e delle rappresentazioni coatte (10,11). Secondo Giannelli (4), una condizione clinica di scarso insight favorirebbe la trasformazione delle ossessioni in convinzioni deliranti operando una progressiva destrutturazione dei poteri della critica individuale, così che il dubbio si farebbe certezza, la domanda angosciosamente dubitativa diverrebbe una risposta univoca che non ammette alternative e il senso di appartenenza all'Io del pensiero andrebbe gradualmente perdendosi.

Un'altra condizione clinica da considerare in questa sede è la comorbilità del DOC con il disturbo schizotipico di personalità (DSP), la cui prevalenza, nella popolazione ossessiva, è stimata oscillare tra il 5% e il 30% (12,13). Secondo Jenike (12), i soggetti ossessivi con un DSP in asse II (definiti dall'autore come individui affetti da "psicosi schizo-ossessiva") mostrerebbero più frequentemente un'adesione completa e acritica a convinzioni coatte irrazionali e presenterebbero un rischio più elevato di sviluppare deliri rispetto a quelli senza una schizotipia concomitante.

Il DOC con manifestazioni psicotiche è tuttora al centro di un vivace dibattito nosografico. Il rilievo che, in questo sottogruppo di pazienti ossessivi, le transizioni dalle ossessioni verso il delirio difficilmente comportano una condizione di comorbilità con la schizofrenia (trattandosi, invece, più spesso di psicosi reattive transitorie di tipo ora depressivo, ora paranoideo), ha indotto Insel e Akiskal (6) a considerare questi soggetti come affetti da un sottotipo specifico di DOC (caratterizzato, cioè, da peculiari aspetti clinici distintivi – quali un esordio precoce, un decorso cronico con elevata compromissione della funzionalità socio-lavorativa, insight ridotto nei confronti delle ossessioni e delle compulsioni, intensa sintomatologia depressiva), da collocarsi al-

l'estremità clinicamente più grave e prognosticamente più infausta dello spettro del DOC (Figura 1).

I sistemi nosografici attuali (ICD-10 e DSM-IV-TR) (14,15) si sono, al contrario, fino a ora, fermamente opposti a questo tipo di sottotipizzazione, affermando come, nei pazienti in cui i fenomeni ossessivi raggiungono proporzioni deliranti, sia più opportuno porre una diagnosi di disturbo delirante o di disturbo psicotico non altrimenti specificato (NAS) in comorbilità con il DOC.

Il rilievo che la sottopopolazione ossessiva con manifestazioni psicotiche si caratterizza per una più elevata prevalenza di DSP (la cui appartenenza allo spettro schizofrenico è stata ampiamente documentata in numerosi lavori sperimentali a carattere sia genetico sia epidemiologico) (16) ha condotto Bogetto et al. (17) a ipotizzare che essa possa in realtà rappresentare una particolare condizione clinica propria dell'area schizofrenica, che consentirebbe ai pazienti di rimanere in uno stato di psicosi atipica o abortiva. La presenza di sintomi ossessivo-compulsivi nelle fasi prodromiche della schizofrenia o in corso di sindromi schizofreniche conclamate ha trovato conferma nei risultati emersi da alcune recenti ricerche epidemiologiche, le quali ne hanno stimato una frequenza compresa tra il 15% e il 40% (18,19). Secondo Sevincok et al. (20), l'assenza di correlazioni statisticamente significative tra fenomeni ossessivi e fenomenica psicotica, rilevata in un gruppo di soggetti schizofrenici cronici, suggerisce l'esistenza di un nuovo e distinto sottotipo di schizofrenia (definito dagli autori con il termine di "OCD-schizophrenia") piuttosto che di una forma severa di disturbo mentale appartenente allo spettro del DOC.

SCOPO

Scopo di questo lavoro è fornire un contributo alla comprensione delle complesse relazioni cliniche che intercorrono tra ossessività e psicosi, esplorando i rapporti psicopatologici esistenti fra ossessioni, sintomi psicotici, sintomatologia ansioso-depressiva e tratti di personalità in un campione di pazienti affetti da DOC. Si inten-

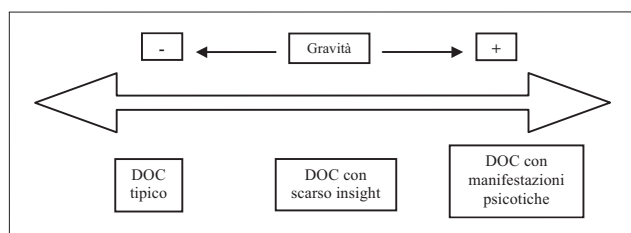


Figura 1. Spettro del DOC (6).

de, inoltre, verificare l'ipotesi che considera la sottopopolazione ossessiva con manifestazioni psicotiche come un sottotipo specifico di DOC, valutando se in essa, contrariamente a quanto accade nei soggetti privi di tale sintomatologia, siano rilevabili differenze qualitative e quantitative nei punteggi relativi alle diverse variabili psicopatologiche oggetto di studio (sintomi ossessivo-compulsivi, positivi, depressivi e ansiosi) e se la comparsa di fenomeni psicotici risulti in qualche modo correlata all'esistenza di distinte caratteristiche socio-demografiche, cliniche e personologiche proprie di questo sottogruppo. Si vuole, infine, discutere la collocazione nosografica del disturbo ossessivo-compulsivo con fenomenica psicotica, confrontando la posizione di Insel e Akiskal (6) (che lo pone all'estremità clinicamente più grave dello spettro del DOC) con quella di Bogetto et al. (17) (che, al contrario, lo considera come una particolare condizione clinica appartenente all'area schizofrenica).

METODO

Partecipanti

Il campione in esame è composto da 68 pazienti affetti da DOC, assistiti presso gli ambulatori del Centro di Salute Mentale di Guastalla (Reggio Emilia). All'atto del reclutamento, i soggetti avevano un'età compresa fra i 18 e i 45 anni ed erano tutti in trattamento farmacologico con SSRI e/o con bassi dosaggi di farmaci antipsicotici tipici o atipici (aloperidolo, risperidone, olanzapina). Per essere inclusi nello studio, i pazienti, al momento dell'assessment iniziale, dovevano soddisfare i criteri diagnostici proposti dal DSM-IV-TR per il DOC (in accordo al modulo ossessivo-compulsivo della SCID-I) (21) e non dovevano manifestare segni o sintomi clinici di ritardo mentale, disfunzione neurologica e malattia psichica su base organica o indotta da sostanze psicoattive.

Procedure

A ciascun soggetto esaminato, sono state somministrate le seguenti scale di valutazione psicopatologica e psicodiagnostica: Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) (22), Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS) (23), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) (24), Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) (25) e Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders (SIDP-IV) (26).

La Y-BOCS è un questionario eterosomministrato che misura, in modo valido e attendibile, la gravità dei sintomi ossessivo-compulsivi (così come sono definiti nel DSM-IV-TR), indipendentemente dall'insight, dal numero e dal tipo di ossessioni e compulsioni esperite dal soggetto. Esso si compone di due sezioni principali. La prima comprende

Disturbo ossessivo-compulsivo con fenomenica psicotica: aspetti psicopatologici e di personalità

10 item (5 per le ossessioni e 5 per le compulsioni), nei quali vengono indagati, per ciascuno dei due ambiti, il tempo occupato dai sintomi, il loro grado di interferenza funzionale, il disagio soggettivo a essi associato, la resistenza e il controllo loro opposti dall'individuo in esame. La seconda sezione (6 item) esplora, invece, l'entità dell'insight individuale al disturbo, l'evitamento, l'indecisione e il carattere patologico del rallentamento, della responsabilità e del dubbio. Ciascuna di queste voci è valutata secondo una scala crescente a 5 punti (0-4, con 0 = "assenza del sintomo" e 4 = "massima gravità del sintomo"), la cui somma viene a identificare il punteggio totale del questionario, indicativo della severità globale della condizione ossessivo-compulsiva che affligge il paziente. Alla Y-BOCS, viene associata una checklist, la quale, illustrando 70 diverse manifestazioni ossessivo-compulsive, consente di analizzare il contenuto della sintomatologia di cui si misura la gravità (per es., ossessioni aggressive, numeriche, di contaminazione; compulsioni di lavaggio-pulizia, di controllo, di ripetizione). Per questioni di praticità metodologica e di scelta teorica del disegno sperimentale, non essendo l'insight l'elemento psicopatologico centrale di questo studio empirico, non si è ritenuto di valutarlo con strumenti più specifici (come, per esempio, la scala OVIS) (11).

La SAPS è uno strumento di eterovalutazione che misura con affidabilità la sintomatologia positiva della schizofrenia. Esso si compone di 34 item (suddivisi in quattro sottoscale principali ["allucinazioni", "deliri", "anomalie del comportamento" e "disturbi formali del pensiero"]), ciascuno dei quali è valutato su una scala di valori crescenti da 0 ("assenza del sintomo") a 5 ("massima gravità del sintomo"). Il punteggio totale del questionario, ottenuto sommando le singole voci, identifica la severità globale dei sintomi psicotici produttivi che affliggono il paziente. I soggetti ossessivi che presentavano, al momento dell'assessment iniziale, un punteggio ≥ 2 in almeno uno degli item della SAPS (presenza di almeno un fenomeno psicotico di grado "lieve"), sono stati classificati come affetti da DOC con manifestazioni psicotiche.

La HDRS è un questionario eterosomministrato che misura in modo valido e attendibile la gravità dei sintomi depressivi che affliggono il paziente. Esso si compone di 21 item (che coprono un'ampia gamma di fenomeni clinici propri della depressione maggiore), da valutare secondo una scala crescente a 5 punti (0-4, con 0 = "assenza del sintomo" e 4 = "massima gravità del sintomo"). La somma dei valori ottenuti nelle singole voci viene a definire il punteggio totale dello strumento, indicativo della severità globale della sintomatologia depressiva esperita dal soggetto. Se quest'ultimo valore supera il cut-off di 7, l'individuo in esame può essere considerato come clinicamente depresso (24).

Alla HDRS, si è convenuto di associare anche la HARS, uno strumento di eterovalutazione che misura con affidabilità la sintomatologia ansiosa esperita dai pazienti ossessivi, la cui gravità è risultata correlarsi alla severità clinica del DOC e alla compromissione funzionale dei soggetti anancastici (7).

La SIDP-IV è un'intervista clinica semistrutturata costruita appositamente per la diagnosi dei disturbi di personalità del DSM-IV-TR. Essa si compone di 101 domande relative a tutti i criteri diagnostici dei singoli disordini personologici di asse II, le quali sono state organizzate in dieci aree di valutazione psicologica e funzionale (interessi e attività; stile lavorativo; rapporti sociali e interpersonali; emozioni, stress e rabbia; percezione di sé e degli altri; conformismo alle norme etiche e giuridiche della società). Ciascun item è valutato secondo una scala crescente a 4 punti (0-3, con 0 = "assente" e 3 = "massima pervasività") e risulta soddisfatto esclusivamente per valori ≥ 2 .

Analisi statistiche

L'analisi statistica è stata condotta in due fasi successive. In primo luogo, nelle due sottopopolazioni ossessive in esame (DOC con e senza manifestazioni psicotiche), l'esistenza di eventuali differenze statisticamente significative nei punteggi relativi alle variabili sociodemografiche, psicopatologiche, cliniche e personologiche è stata esaminata applicando, a seconda del tipo di grandezza considerata, il test t di Student, il test U di Mann-Whitney o il test χ^2 per campioni indipendenti. In secondo luogo, la presenza di eventuali relazioni statisticamente significative esistenti tra sintomatologia ossessivo-compulsiva, fenomeni psicotici, tratti di personalità e gli altri aspetti clinici oggetto d'indagine è stata esplorata, nell'intero campione ossessivo in esame, utilizzando il test r di correlazione di Spearman.

RISULTATI

La popolazione ossessiva in esame presenta un'età media pari a $31,11 \pm 7,34$ anni e un livello medio di istruzione di $9,36 \pm 2,96$ anni. Essa è in prevalenza costituita da individui di sesso maschile ($n=40$ [58,8%]), non coniugati ($n=41$ [60,3%]) e occupati in una qualche attività lavorativa ($n=45$ [66,2%]). L'età media d'esordio del DOC è risultata pari a $27,35 \pm 6,20$ anni e la durata media di malattia pari a $4,77 \pm 2,71$ anni.

Il campione esaminato è risultato composto per il 29,4% ($n=20$ soggetti) da pazienti affetti da DOC con manifestazioni psicotiche (DOC psicotico). Per quanto attiene alle variabili cliniche generali e sociodemografiche, quest'ultimo sottogruppo presenta, rispetto a quello privo di sintomatologia positiva (70,6% [$n=48$]) (DOC puro), una più precoce età d'esordio del DOC ($t = -2,57$; $p < 0,05$), un decorso più frequentemente "cronico" (inteso come persistenza continua di ossessioni e/o compulsioni clinicamente significative per almeno un anno) (14) ($\chi^2 = 6,65$; $p < 0,01$) e una percentuale inferiore di individui occupati in attività lavorative ($\chi^2 = -3,89$; $p < 0,05$). Tra i due gruppi, non emergono, invece, diffe-

renze statisticamente rilevanti in termini di età cronologica, sesso, livello d'istruzione, stato civile e durata media di malattia ossessivo-compulsiva (**Tabella 1**).

Tabella 1. Caratteristiche cliniche generali e sociodemografiche nei due sottogruppi ossessivi in esame (test t di Student e test χ^2)

Variabile	DOC psicotico (n = 20)	DOC puro (n = 48)	t/ χ^2
Età (anni)	28,96±5,90	32,18±7,80	-1,41
Livello d'istruzione (anni)	8,68±1,97	9,70±3,31	-0,96
Età d'esordio (anni)	24,88±5,53	28,58±6,20	-2,57*
Durata di malattia (anni)	5,08±1,80	4,60±3,06	1,24
Sesso (maschile)	60%	58,3%	0,10
Stato civile (non coniugati)	60%	60,4%	-0,06
Attività lavorativa (sì)	45%	75%	-3,89*
Decorso (cronico)	55%	25%	6,65†

Legenda: * <0,05, †p<0,01. In tabella sono riportate le medie±le deviazioni standard, le percentuali (%) e i valori della t di Student e del χ^2 .

Sintomi ossessivo-compulsivi

Tra le due sottopopolazioni ossessive in esame, non si rilevano differenze statisticamente significative nel punteggio totale della Y-BOCS e in quelli relativi alle sottoscale "ossessioni" e "compulsioni". Rispetto al DOC puro, tuttavia, i pazienti ossessivi con manifestazioni psicotiche presentano livelli significativamente inferiori di resistenza (U=-2,57; p<0,05) e di controllo (U=-2,77; p<0,05) nei confronti dei loro pensieri ossessivi, dedicano minor tempo alla messa in atto delle loro condotte compulsive (U=-2,02; p<0,05) e raggiungono valori più elevati nell'item "scarso insight" della scala Yale-Brown (U=3,56; p<0,001) (**Tabella 2**). Tra i due gruppi, non emerge, invece, alcuna differenza statisticamente rilevante nelle altre sottoscale della Y-BOCS, né nel numero né nel tipo di ossessioni e compulsioni esperite.

Sintomi positivi

Gli individui affetti da DOC con manifestazioni psicotiche presentano, rispetto a quelli privi di tale sintomatologia, valori significativamente più elevati nel punteggio totale della SAPS (U=2,77; p<0,01) e in quello relativo alla sottoscala "deliri" (U=4,01; p<0,001), in particolare nelle voci inerenti le tematiche di "persecuzione" (U=3,98; p<0,001), "riferimento" (U=5,89; p<0,001), "colpa" (U=2,37; p<0,01) e "inserzione del pensiero" (U=2,84; p<0,01). Tra i due gruppi, non emergono invece differenze statisticamente significative nei valori ottenuti nelle sottoscale "allucinazioni", "anoma-

lie del comportamento" e "disturbi formali positivi del pensiero" (**Tabella 2**). Degni di nota, tuttavia, sono i punteggi significativamente più elevati raggiunti dalla sottopopolazione ossessiva con manifestazioni psicotiche nei singoli item della SAPS riguardanti le "voci commentanti" (U=2,23; p<0,05), la "incoerenza" dell'ideazione (U=2,65; p<0,05) e la "circostanzialità" dell'eloquio (U=2,22; p<0,05). In altre parole, il sottogruppo affetto da DOC psicotico risulta essere costituito, in netta prevalenza, da soggetti con deliri clinicamente manifesti (65% [n=13]), i quali vengono a rappresentare il 19,1% dell'intero campione ossessivo in esame.

Sintomi depressivi e ansiosi

I pazienti affetti da DOC con fenomeni psicotici presentano, rispetto a quelli privi di tale sintomatologia, un punteggio totale significativamente più elevato alla HDRS (U=2,94; p<0,05) e valori inferiori di HARS totale (U=-3,38; p<0,01) (**Tabella 2**). Questo sottogruppo, inoltre, risulta essere composto da una

Tabella 2. Sintomatologia ossessivo-compulsiva, positiva, depressiva e ansiosa nei due sottogruppi ossessivi in esame (test U di Mann-Whitney)

Variabili psicopatologiche	DOC psicotico (n = 20)	DOC puro (n = 48)	U
Y-BOCS totale	16,96±2,88	20,52±4,02	-1,24
Ossessioni sub-totale	10,18±2,38	11,82±1,79	-1,19
Compulsioni sub-totale	6,74±1,58	8,70±3,27	-0,81
↓			
Resistenza alle ossessioni	1,76±0,60	2,20±0,70	-2,57*
Controllo sulle ossessioni	1,64±0,63	2,22±0,89	-2,77*
Tempo occupato dalle compulsioni	1,08±0,51	2,06±0,86	-2,02*
Scarso Insight	3,87±1,03	1,04±0,95	3,56†
SAPS totale	9,08±1,94	4,44±2,42	2,77†
Deliri	3,82±1,30	1,14±1,19	4,01‡
↓			
Persecuzione	0,64±0,70	0,12±0,38	3,98‡
Colpa	0,48±0,57	0,08±0,28	2,73†
Riferimento	1,12±0,72	0,16±0,42	5,89‡
Inserzione del Pensiero	0,42±0,30	0,05±0,28	2,84†
Allucinazioni	1,48±0,81	0,78±0,86	1,66
↓			
Voci commentanti	0,48±0,58	0,20±0,39	2,23*
Anomalie del comportamento	0,80±0,81	0,53±0,70	0,67
Disturbi formali del pensiero	2,98±1,58	1,99±1,08	0,67
↓			
Incoerenza	0,72±0,74	0,28±0,43	2,65*
Circostanzialità	0,60±0,69	0,25±0,36	2,22*
HDRS totale	12,92±6,30	6,95±6,23	2,94*
HARS totale	4,04±5,89	10,82±8,62	-3,38†

Legenda: *p<0,05, †p<0,01, ‡p<0,001. In tabella sono riportate le medie±le deviazioni standard e i valori della U di Mann-Whitney (con particolare riferimento ai punteggi degli item e delle sottoscale che sono risultati statisticamente significativi).

Disturbo ossessivo-compulsivo con fenomenica psicotica: aspetti psicopatologici e di personalità

percentuale significativamente maggiore di soggetti clinicamente depressi (HDRS cut-off >7) (35% vs 18,7%; $\chi^2=2,66$; $p<0,05$).

Personalità

I dati ottenuti con la SIDP-IV evidenziano una percentuale significativamente più elevata di soggetti affetti da DSP nella sottopopolazione ossessiva con fenomenica psicotica ($\chi^2=6,81$; $p<0,01$) e una maggiore prevalenza di “disturbo ossessivo-compulsivo di personalità” nel DOC privo di tale sintomatologia ($\chi^2=-3,94$; $p<0,05$). Nessuna differenza statisticamente significativa è emersa, invece, tra i due gruppi, per quanto attiene alla frequenza degli altri disturbi personologici di asse II descritti nel DSM-IV-TR (**Tabella 3**).

Per quanto riguarda i tratti di personalità, si è rilevato che i pazienti affetti da DOC psicotico presentano punteggi significativamente più elevati nelle categorie della SIDP-IV relative alla “personalità schizotipica” ($U=3,15$; $p<0,01$) e “schizoide” ($U=2,23$; $p<0,05$), e valori statisticamente inferiori in quelle inerenti la tipologia “evitante” ($U=-2,21$; $p<0,05$) e “ossessivo-compulsiva” ($U=-2,38$; $p<0,05$). Nessuna differenza statisticamente rilevante è invece emersa, tra i due gruppi, per quanto attiene ai tratti personologici “paranoide”, “dipendente” e a quelli appartenenti al cluster B del DSM-IV-TR.

Tabella 3. Tratti e disturbi di personalità nei due sottogruppi ossessivi in esame (test χ^2 e test U di Mann-Whitney)

SIDP-IV	DOC psicotico (n = 20)	DOC puro (n = 48)	χ^2/U
<i>Disturbi di personalità</i>			
Paranoide	10%	8,3%	0,10
Schizoide	10%	8,3%	0,10
Schizotipico	30%	6,25%	6,81 [†]
Antisociale	0%	0%	0,00
Borderline	10%	6,25%	0,16
Narcisistico	10%	8,3%	0,10
Istrionico	10%	10,4%	-0,08
Evitante	15%	16,7%	-0,13
Dipendente	10%	14,6%	-0,22
Ossessivo-compulsivo	10%	20,8%	-3,94*
<i>Tratti di personalità</i>			
Paranoide	0,80±1,19	0,64±1,24	0,94
Schizoide	1,52±1,58	0,86±1,31	2,23*
Schizotipico	3,00±2,10	1,10±1,70	3,15 [†]
Antisociale	0,32±1,03	0,22±0,79	0,53
Borderline	0,76±1,48	0,72±1,60	0,19
Narcisistico	1,60±1,55	1,60±1,41	0,06
Istrionico	1,48±1,39	1,60±1,55	-0,92
Evitante	0,68±1,14	1,98±1,48	-2,21*
Dipendente	0,22±0,64	0,31±0,84	-0,52
Ossessivo-compulsivo	1,88±1,12	2,68±1,34	-2,38*

Legenda: * $p<0,05$, [†] $p<0,01$. In tabella sono riportate le medie±le deviazioni standard, le percentuali (%) e i valori del χ^2 e della U di Mann-Whitney.

Correlazioni

L'applicazione del test r di Spearman sull'intero campione ossessivo in esame ha evidenziato correlazioni dirette statisticamente significative tra le seguenti variabili psicopatologiche:

- tra il punteggio della sottoscala “deliri” della SAPS (da un lato) e quelli relativi all'item “scarso insight” della Y-BOCS ($r=,49$; $p<0,001$) e alla HDRS totale ($r=,25$; $p<0,05$) (dall'altro) (**Tabella 4**). Nessuna relazione statistica rilevante è, invece, emersa tra i sintomi deliranti (da una parte) e la sintomatologia ansiosa e ossessivo-compulsiva (dall'altra), così come tra le restanti sottoscale della SAPS (e i loro relativi item) e gli altri parametri psicopatologici oggetto di studio.
- tra il punteggio relativo ai tratti “schizotipici” di personalità della SIDP-IV (da un lato) e quelli ottenuti alla sottoscala “deliri” della SAPS ($r=,54$; $p<0,001$) e all'item “scarso insight” della Y-BOCS ($r=,27$; $p<0,05$) (dall'altro) (**Tabella 5**). Nessuna re-

Tabella 4. Correlazioni statistiche tra la sottoscala “deliri” della SAPS e le altre variabili psicopatologiche oggetto di studio nell'intero campione ossessivo in esame (n = 68) (test r di Spearman)

Variabili psicopatologiche	Deliri (SAPS)
Y-BOCS totale	-,13
↓	
Ossessioni sub-totale	-,16
Compulsioni sub-totale	-,06
Scarso Insight	,49 [‡]
HDRS totale	,25*
HARS totale	,08

Legenda: * $p<0,05$, [‡] $p<0,001$. In tabella sono riportati i valori del coefficiente r di correlazione di Spearman (con particolare riferimento a quelli relativi alle sottoscale che sono risultate statisticamente significative).

Tabella 5. Correlazioni statistiche tra tratti schizotipici di personalità (SIDP-IV) e le altre variabili psicopatologiche nell'intero campione ossessivo in esame (n = 68) (test r di Spearman)

Variabili psicopatologiche	Tratti schizotipici (SIDP-IV)
Y-BOCS totale	,10
↓	
Scarso Insight	,54 [‡]
SAPS totale	,22
↓	
Deliri	,27*
HDRS totale	,20
HARS totale	,18

Legenda: * $p<0,05$, [‡] $p<0,001$. In tabella sono riportati i valori del coefficiente r di correlazione di Spearman (con particolare riferimento a quelli relativi alle sottoscale che sono risultate statisticamente significative).

Pelizza L, Pupo S

lazione statistica significativa è, invece, emersa tra gli altri tratti personologici della SIDP-IV e i parametri psicopatologici oggetto di studio.

DISCUSSIONE

I risultati emersi da questa ricerca evidenziano che la presenza di sintomi psicotici attiene a una minoranza non trascurabile (circa un terzo [29,4%]) di pazienti affetti da DOC. Questo dato di prevalenza risulta essere più elevato di quello riscontrato in letteratura [20% (6), 15% (7), 25% (8)], a causa, forse, dell'uso di una metodica più sistematica, specifica e sensibile nel rilevare la sintomatologia psicotica produttiva (utilizzo della SAPS).

In questo studio, il sottogruppo di soggetti con DOC psicotico si caratterizza per un'età d'esordio più precoce di malattia ossessivo-compulsiva, per una maggiore compromissione del funzionamento lavorativo e per un decorso clinico più frequentemente "cronico" (persistenza continua di ossessioni e/o compulsioni per almeno un anno) (14) (**Tabella 1**). A questo proposito Ganesan et al. (27) hanno suggerito di considerare la comparsa di manifestazioni psicotiche nel disturbo ossessivo-compulsivo come un fattore prognostico sfavorevole, indicativo di evoluzioni infauste e scarsamente responsive al trattamento (farmacologico e/o psicoterapeutico) standard per il DOC.

Sintomi ossessivo-compulsivi, ansiosi e depressivi

A differenza di quanto è stato rilevato da Marazziti et al. (10), i pazienti affetti da DOC con manifestazioni psicotiche esaminati in questa ricerca non si differenziano, rispetto a quelli privi di tale sintomatologia, per una maggiore gravità delle ossessioni e delle compulsioni esperite (**Tabella 2**). Da un punto di vista qualitativo, tuttavia, essi appaiono caratterizzarsi per una fenomenica ossessivo-compulsiva dal carattere psicopatologico più frequentemente "atipico", dominata, cioè, da uno scarso insight nei confronti dei pensieri e degli impulsi coatti, da una minore sintomatologia ansiosa associata e da un inadeguato "psichismo di difesa" (come testimoniano i punteggi significativamente inferiori, ottenuti da questi soggetti, negli item della Y-BOCS relativi al "tempo" dedicato alla messa in atto delle compulsioni e alla "resistenza" e al "controllo" sulle ossessioni) (**Tabella 2**). A questo proposito, O'Dwyer e Marks (28) hanno sottolineato come, in questi pazienti, i sintomi ossessivi si dimostrino per lo più freddi, desti-

no poca risonanza emotiva (ansia) e vengano descritti dai soggetti in modo distaccato, come se essi stessero assistendo, da spettatori passivi, a qualcosa che accade nel campo di coscienza indipendentemente dalla loro volontà e dal loro controllo, senza opporvi sufficiente resistenza né agire appropriate condotte compulsive.

In questo studio, il sottogruppo ossessivo con manifestazioni psicotiche si caratterizza anche per la presenza di una più grave sintomatologia depressiva (**Tabella 2**). Secondo Turksoy et al. (11), questa evidenza sarebbe indicativa del fatto che la perdita progressiva di insight nei confronti della fenomenica ossessivo-compulsiva e la comparsa, in corso di DOC, di sintomi positivi comporterebbero un aggravamento egosintomico della sofferenza soggettiva vissuta dal paziente, il quale, nel tempo, potrebbe favorire l'affiorare di sentimenti negativi a impronta eminentemente depressiva.

Sintomi positivi

I deliri risultano essere il sintomo positivo più frequentemente rilevato nella popolazione ossessiva in studio. Essi, infatti, sono esperiti dal 65% dei soggetti con DOC psicotico e attengono, in accordo ai dati riportati in letteratura, a una minoranza non trascurabile (19,1%) di pazienti affetti da DOC [15% (6), 18% (28), 20% (27)], nei quali si manifestano prevalentemente con tematiche di persecuzione, riferimento, colpa e inserzione del pensiero (**Tabella 2**).

Le correlazioni dirette statisticamente significative emerse tra i valori ottenuti dall'intera popolazione ossessiva in esame nella sottoscala "deliri" della SAPS, nell'item "scarso insight" della Y-BOCS e nella HDRS totale (**Tabella 4**) suggeriscono l'esistenza di uno stretto rapporto psicopatologico che lega i deliri (da un lato) a una scarsa consapevolezza di malattia ossessivo-compulsiva e a una più rilevante sintomatologia depressiva (dall'altro). Questi risultati possono essere variamente interpretati.

In accordo a quanto affermato da Giannelli (4), una condizione clinica di scarso insight potrebbe agire come fattore psicopatologico facilitante la genesi di deliri in corso di DOC, favorendo, in senso isosindromico, la trasformazione delle ossessioni del paziente in idee deliranti quando i poteri della critica, già messi a dura prova, non reggono più, quando il dubbio si fa certezza, quando alla domanda angosciosamente dubitativa il soggetto dà una risposta univoca che non ammette alternative, quando il vissuto da egodistonico si fa egosintomico, quando il senso di appartenenza all'Io del pensiero va gradualmente perdendosi. In questa prospettiva, il delirio potrebbe assumere quel significato

Disturbo ossessivo-compulsivo con fenomenica psicotica: aspetti psicopatologici e di personalità

difensivo ipotizzato da Minkowski (29) e derivare dalla necessità dell'individuo di dare una spiegazione all'enormità di un'impasse (angoscia scarsamente comprensibile) di cui egli non si sa più capacitare, né sa riconoscere come patologicamente derivata dal proprio Sé. In altre parole, attraverso meccanismi proiettivi di tipo paranoide, il paziente identificherebbe la minaccia come proveniente dall'esterno (per es., tematiche di persecuzione, inserzione del pensiero), in modo tale da difendersene più facilmente che non quando (come nell'ossessione) essa deriva dall'interno.

In alternativa, i sintomi deliranti e la scarsa consapevolezza del soggetto nei confronti delle idee e degli impulsi coatti potrebbero semplicemente coesistere (senza alcuna continuità fenomenica né transizione isosindromica) e rappresentare entrambe, come hanno suggerito Fear e Healy (30), l'espressione clinica evidente della medesima profonda alterazione a carico dei meccanismi psichici che presiedono alla strutturazione del pensiero e del giudizio critico. In altre parole, i deliri e i sintomi ossessivo-compulsivi vissuti con scarso insight conviverebbero come risposte di adesione dell'Io a convinzioni estranee, bizzarre e irrazionali, le quali porterebbero l'individuo, in accordo alle tesi di Jaspers (5), a lottare non più "contro" le sue idee, ma "per" e "con" le sue idee.

La correlazione emersa fra sintomatologia depressiva e fenomeni deliranti potrebbe essere interpretata, alla luce di quanto ipotizzato da Insel e Akiskal (6), come indicativa del ruolo eziopatogenetico della depressione nella genesi dei deliri in corso di DOC. La comparsa di convinzioni deliranti sarebbe infatti favorita, secondo gli autori, da una disposizione cognitiva di tipo melanconico e dalla perdita di autostima. Pertanto, nello sviluppo delle idee deliranti che si manifestano nei soggetti affetti da disturbo ossessivo-compulsivo, entrerebbero in gioco, come ha sottolineato Cazzullo (31), oltre a meccanismi paranoidei, anche valenze patogenetiche affettive, le quali potrebbero essere alla base delle tematiche di colpa evidenziate nei pazienti anancastici esaminati in questa ricerca.

In alternativa, la comparsa di deliri in corso di DOC potrebbe, di per se stessa, condurre a un'intensificazione dei vissuti depressivi, incrementando reattivamente il senso di terrore e annientamento esperito dal soggetto (come può accadere, per esempio, in chi si sente minacciato di persecuzione da parte di elementi del mondo circostante). A questo riguardo, Eisen e Rasmussen (7) hanno evidenziato come, nei pazienti ossessivi, l'emergere di fenomeni psicotici sia strettamente correlato a gradi più severi di melanconia e come esso debba essere considerato quale fattore prognostico sfavorevole del DOC, associandosi a un rischio più elevato di suicidio.

I dati di questa ricerca sottolineano inoltre come, in una quota minoritaria di pazienti affetti da DOC psicotico, la sintomatologia positiva si possa manifestare anche sottoforma di specifici disturbi formali del pensiero ("incoerenza" e "circostanzialità" dell'eloquio) e/o di peculiari fenomeni allucinatori ("voci commentanti") (**Tabella 2**). Secondo Klemperer (32), quest'ultima tipologia di dispercezioni costituirebbe il punto di arrivo di una transizione isosindromica a partenza dalle compulsioni del soggetto. A causa di una profonda compromissione dei processi cognitivi di elaborazione delle informazioni, i sintomi compulsivi dell'individuo andrebbero incontro a un cambiamento fenomenico qualitativo e verrebbero interpretati sotto una luce "nuova". Il paziente, cioè, anziché esperire tali condotte come derivanti dal proprio Io, attribuirebbe erroneamente la loro origine a una fonte esterna, interpretandole alla stregua di commenti e/o comandi a lui imposti da qualcun altro. A questo proposito, occorre tuttavia riconoscere che in questo studio i soggetti con aspetti psicotici sono stati individuati in base agli item della SAPS. Questo fatto, in altre parole, potrebbe di per sé condizionare i valori più elevati (rilevati in questo sottogruppo di pazienti ossessivi) a carico delle sottoscale della SAPS che misurano le alterazioni del pensiero.

Personalità

I risultati di questa ricerca evidenziano differenti profili di personalità nelle due sottopopolazioni ossessive in esame (**Tabella 3**). I pazienti affetti da DOC psicotico presentano, infatti, una maggiore prevalenza di DSP e punteggi significativamente più elevati nei tratti personologici del cluster A appartenenti alle categorie "schizoide" e "schizotipica". Nel DOC puro, invece, si riscontrano una frequenza più alta di disturbo ossessivo-compulsivo di personalità (DOCP) e valori più elevati nei tratti personologici del cluster C inerenti alle tipologie "evitante" e "ossessivo-compulsiva".

In accordo con i dati della letteratura, il DSP attiene a una minoranza (13,2%) dei soggetti ossessivi in studio (5%) (33), (13%) (13), caratterizzando specificamente una quota non trascurabile – circa un terzo (30%) – di pazienti anancastici con fenomenica psicotica. In linea con quanto rilevato da Jenike (12), gli individui con diagnosi di DOC in comorbilità con DSP appaiono differenziarsi per un'età d'esordio più precoce di malattia ossessivo-compulsiva, per un decorso più frequentemente cronico, per una prognosi peggiore e per una più elevata compromissione del funzionamento sociale e lavorativo (**Tabella 1**).

Pelizza L, Pupo S

Le correlazioni dirette emerse tra il punteggio della SIDP-IV relativo ai tratti di personalità “schizotipici” e quelli ottenuti dall’intero campione in esame nell’item “scarso insight” della Y-BOCS e nella sottoscala “deliri” della SAPS (**Tabella 5**) sembrano confermare le ipotesi formulate da Jenike (12) e da Bogetto et al. (17), i quali hanno osservato che i soggetti ossessivi che presentavano un DSP in asse II mostravano più facilmente una sintomatologia ossessivo-compulsiva “atipica” (con completa adesione a convinzioni coatte irrazionali) ed evidenziavano un rischio più elevato di sviluppare deliri rispetto a quelli senza una schizotipia concomitante. L’insight e la resistenza che essi opponevano ai loro pensieri e impulsi anancastici erano, infatti, pressoché nulli e scarso era anche lo psichismo di difesa, con condotte compulsive ridotte, spesso difficilmente distinguibili da stereotipie e manierismi. A questo proposito, Chapman e Chapman (34) hanno inoltre sottolineato come le componenti cognitivo-percettive proprie del DSP (quali pensiero magico, idee di riferimento, sospettosità, ideazione paranoide, esperienze percettive insolite) costituiscono un prerequisito psicopatologico caratteriale fondamentale per lo sviluppo di deliri e per la genesi di un disturbo psicotico.

I dati emersi da questa ricerca evidenziano, inoltre, come il DOCP e i tratti personologici “evitante” e “ossessivo-compulsivo” attengano, invece, alla sottopopolazione anancastica caratterizzata dalla presenza di ossessioni e compulsioni dal carattere psicopatologico “tipico” (insight elevato, adeguato psichismo di difesa, intensa risonanza ansiosa, assenza di sintomatologia psicotica) (**Tabella 3**). Secondo Swedo (35), l’accentuazione dei tratti di personalità appartenenti al cluster C della SIDP-IV, riscontrata negli individui affetti da DOC puro, potrebbe essere la conseguenza di meccanismi di adattamento psicoreattivo messi in atto da questi soggetti per fronteggiare il disagio loro provocato dalle manifestazioni cliniche anancastiche (ossessioni e compulsioni). In altre parole, la fenomenica ossessivo-compulsiva clinicamente manifesta potrebbe condurre a un cambiamento quantitativo nello stile cognitivo ed emotivo del paziente, intensificando le sue caratteristiche personologiche di tipo evitante e ossessivo-compulsivo (quali eccessiva preoccupazione per l’ordine, perfezionismo, scarsa apertura e flessibilità d’azione e di pensiero, estremo bisogno di controllo mentale e interpersonale, evitamento sociale).

CONCLUSIONI

I risultati emersi da questa ricerca indicano che la comparsa di manifestazioni psicotiche (soprattutto de-

liri) attiene a una minoranza non trascurabile di pazienti affetti da DOC (29,4%), che sembra intrattenere strette relazioni psicopatologiche con la presenza di uno scarso insight di malattia ossessivo-compulsiva, di una più rilevante sintomatologia depressiva e di una maggiore prevalenza di DSP.

I dati di questo studio appaiono, inoltre, confermare l’ipotesi che considera il sottogruppo ossessivo con fenomenica psicotica come un sottotipo specifico di DOC, rilevando in esso l’esistenza di ben definite caratteristiche cliniche, prognostiche, psicopatologiche e personologiche (età d’esordio più precoce e decorso più frequentemente cronico del DOC, peggior funzionamento lavorativo individuale, fenomeni ossessivo-compulsivi dal carattere sintomatologico “atipico”, livelli più elevati di depressione, minore componente ansiosa associata, maggiore frequenza di schizotipia in asse II).

Il rilievo che la sottopopolazione ossessiva con sintomatologia psicotica qui esaminata risulta essere caratterizzata da una maggiore prevalenza di DSP (la cui appartenenza allo spettro schizofrenico è stata ampiamente documentata in numerosi lavori a carattere genetico ed epidemiologico) (16) sembra, tuttavia, non supportare la tesi di Insel e Akiskal (6) sull’opportunità di collocare questi pazienti all’estremo clinicamente più grave dello spettro del DOC. Al contrario, questa evidenza, in accordo a quanto ipotizzato da Bogetto et al. (17), sembra dare plausibilità all’idea che suggerisce di considerare il DOC con sintomi psicotici come una particolare condizione psicopatologica propria dello spettro schizofrenico, la quale potrebbe consentire ai pazienti di rimanere in uno stato di psicosi atipica o abortiva, situandosi all’interno di quell’insieme di forme cliniche di difficile interpretazione che Hoch e Polatin (36) avevano definito con il termine di “schizofrenia pseudonevrotica”. Quest’ultima posizione teorica, che ancor oggi necessita di ulteriori conferme empiriche, riapre l’annosa questione sulla possibile esistenza di un sottotipo distinto di disturbo schizofrenico caratterizzato specificamente dalla presenza di una rilevante fenomenica di tipo ossessivo-compulsivo (“OCD-schizophrenia”) (20), (“schizo-obsessive subtype of schizophrenia”) (37).

In conclusione, il rapporto tra ossessività e psicosi rappresenta un esempio significativo di come due diverse entità psicopatologiche si possano mobilitare lungo coordinate epistemologicamente e psicologicamente da sempre ritenute antinomiche e di come, non di rado, occorra collocare le une rispetto alle altre in modo più mobile e fluido, rinunciando a certe dicotomie che la psicopatologia classica riteneva assolute, ma che tali non sono o non lo sono sempre (38).

Disturbo ossessivo-compulsivo con fenomenica psicotica: aspetti psicopatologici e di personalità

Si vogliono, infine, sottolineare alcuni limiti del disegno sperimentale approntato in questa ricerca. Anzi tutto, il numero esiguo di pazienti affetti da DOC psicotico qui considerati (n=20), le cui caratteristiche psicometriche necessitano di ulteriori conferme in campioni più ampi di popolazione affetti da DOC. In secondo luogo, è bene ricordare che il test r di correlazione di Spearman evidenzia rapporti di semplice coesistenza tra variabili. Per un'analisi più approfondita delle loro eventuali relazioni di causalità e/o di predittività, è necessario sottoporre le ipotesi psicopatologiche qui formulate al vaglio di ricerche empiriche di tipo prospettico e longitudinale.

BIBLIOGRAFIA

1. Westphal K. *Über Zwangsvorstellungen*. Nervenkrank 1878; 8: 734-50.
2. Bleuler E. *Lehrbuch der psychiatrie*. Berlin: Springer, 1911.
3. Kraepelin E. *Psychiatrie*. VIII edition. Leipzig: Barth, 1913.
4. Giannelli A. Riflessioni cliniche sui rapporti fra ossessività e psicosi. *Boll Sci Inform* 1998; 5: 3-9.
5. Jaspers K. *Allgemeine psychopathologie*. Berlin: Springer, 1913.
6. Insel T, Akiskal H. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 1527-33.
7. Eisen J, Rasmussen S. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features. *J Clin Psychiatry* 1993; 54: 373-9.
8. Fear C, Sharp H, Healy D. Obsessive-compulsive disorder with delusions. *Psychopathology* 2000; 33: 55-61.
9. Fontenelle L, Lopes A, Borges M, Pacheco P, Nascimento A, Versiani A. Auditory, visual, tactile, olfactory, and bodily hallucinations in patients with obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr* 2008; 13: 125-30.
10. Marazziti D, Dell'Osso L, Di Nasso E, Pfanner C, Presta S, Casano GB. Insight in obsessive-compulsive disorder: a study of a clinical sample. *Eur J Psychiatry* 2002; 17: 407-10.
11. Turksoy N, Turkel R, Ozdemir O, Karali A. Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Dis* 2002; 16: 413-23.
12. Jenike M. Coexistent obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder: a poor prognostic indicator. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 296-301.
13. Baer L, Jenike M. Standardized assessment of personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 826-30.
14. World Health Organization. *ICD-10: international classification of diseases*, 10th edition. Genève: WHO Press, 1992.
15. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. IV edition, text revised. Washington, DC: APA Press, 2000.
16. Kendler K, McGuire M, Gruenberg A. The Roscommon family study, methods, diagnosis of probands and risk of schizophrenia in relatives. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 527-40.
17. Bogetto P, Bellino S, Masi N, Ravizza L. Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbo schizotipico di personalità: uno studio con la scala di Bonn per i sintomi di base. *Ital J Psychopathology* 1999; 5: 249-57.
18. Poyurovski M, Kriss V, Weisman G. Comparison of clinical characteristics and comorbidity in schizophrenia patients with or without obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 1300-7.
19. Niendam T, Berzak J, Cannon T, Bearden C. Obsessive-compulsive symptoms in the psychosis prodrome: correlates of clinical and functional outcome. *Schizophr Res* 2009; 108: 170-5.
20. Sevinçok L, Akoglu A, Arlantas H. Schizo-obsessive and obsessive-compulsive disorders: comparison of clinical characteristics and neurological soft signs. *Psychiatry Res* 2006; 145: 241-8.
21. First M, Spitzer R, Gibbon M. *Structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID I)*, clinical version. New York: New York State Psychiatric Institute, 1998.
22. Goodman W, Price L, Rasmussen S, Mazure C. The Yale-Brown obsessive-compulsive scale: development, use and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1006-16.
23. Andreasen N. *Schizofrenia: scale per la valutazione dei sintomi positivi e negativi (SAPS e SANS)*. Milano: Raffaello Cortina, 1996.
24. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg* 1960; 23: 51-6.
25. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Psychiatry* 1959; 32: 50-5.
26. Stangl D, Pfohl B, Zimmerman M. Structured interview for the DSM-IV personality disorders (SIDP-IV). *Arch Gen Psychiatry* 1994; 42: 591-6.
27. Ganesan V, Kumar T, Khanna S. Obsessive-compulsive disorder and psychosis. *Can J Psychiatry* 2001; 46: 750-4.
28. O'Dwyer A, Marks I. Obsessive-compulsive disorder and delusions revisited. *Br J Psychiatry* 1999; 173: 281-4.
29. Minkowski E. *Traité de psychopathologie*. Paris: Universitaires de France, 1950.
30. Fear C, Healy D. Obsessive-compulsive disorder and delusional disorder: notes on their history, nosology and interface. *J Serotonin Res* 1995; 1: 1-13.
31. Cazzullo CL. *Psichiatria*. Roma: Micarelli, 1993.
32. Klemperer F. Compulsions developing into command hallucinations. *Psychopathology* 1999; 29: 249-51.
33. Joffe R, Swinson R, Regan J. Personality features of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 1127-9.
34. Chapman L, Chapman J. The genesis of delusions. In: Oltman T, Maher E (eds). *Delusional beliefs*. New York: Wiley, 1988.
35. Swedo H. Personality traits and diagnosis in obsessive-compulsive disorder. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behaviour Therapy. New York, 1988.
36. Hoch P, Polatin P. Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatr Quart* 1949; 23: 248-76.
37. Bottas A, Cooke R, Richter M. Comorbidity and pathophysiology of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: is there evidence for a schizo-obsessive subtype of schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci* 2005; 30: 187-93.
38. Stanghellini G, Ballerini A. *Ossessione e rivelazione*. Torino: Bollati Boringhieri, 1992.