



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
FIRENZE

## FLORE

# Repository istituzionale dell'Università degli Studi di Firenze

### **Fattori prognostici relativi all'esito della terapia cognitivo- comportamentale del disturbo ossessivo-compulsivo.**

Questa è la Versione finale referata (Post print/Accepted manuscript) della seguente pubblicazione:

*Original Citation:*

Fattori prognostici relativi all'esito della terapia cognitivo-comportamentale del disturbo ossessivo-compulsivo / C.Sica. - In: ACTA COMPORTAMENTALIA. - ISSN 0188-8145. - STAMPA. - 4:(1996), pp. 107-127.

*Availability:*

The webpage <https://hdl.handle.net/2158/360692> of the repository was last updated on

*Terms of use:*

Open Access

La pubblicazione è resa disponibile sotto le norme e i termini della licenza di deposito, secondo quanto stabilito dalla Policy per l'accesso aperto dell'Università degli Studi di Firenze (<https://www.sba.unifi.it/upload/policy-oa-2016-1.pdf>)

*Publisher copyright claim:*

La data sopra indicata si riferisce all'ultimo aggiornamento della scheda del Repository FloRe - The above-mentioned date refers to the last update of the record in the Institutional Repository FloRe

(Article begins on next page)

# **Fattori prognostici relativi all'esito della terapia cognitivo-comportamentale del disturbo ossessivo-compulsivo**

*Prognostic factors for the success of cognitive-behavior  
therapy in obsessive-compulsive disorders*

**Claudio Sica**

Università degli Studi di Padova

## **INTRODUZIONE E SCOPI DELLA RASSEGNA**

La terapia cognitivo-comportamentale ha ormai dimostrato la propria efficacia in diverse aree della psicopatologia. Per migliorare ulteriormente le strategie di intervento clinico è opportuno individuare alcuni fattori che possano pronosticare un buono o cattivo esito della terapia. Una disamina della letteratura esistente (Sica, 1995) ha mostrato che è necessario studiare tali fattori in maniera specifica, riferiti cioè ad una forma precisa di intervento e ad un disturbo definito. Tale strategia di indagine si rende indispensabile a causa dell'estrema complessità che caratterizza la ricerca delle variabili prognostiche: i numerosi problemi metodologici e statistici collegati allo studio dell'efficacia della psicoterapia (cfr. Eysenck 1994) e l'elevato numero delle variabili in gioco (variabili relative al paziente, al terapeuta e alla loro combinazione, si veda Beutler 1991) costituiscono dei seri ostacoli alla scoperta di quei fattori che potrebbero fornire qualche indicazione sull'esito della terapia stessa (Sica, 1995). Per questi motivi, una rassegna delle ricerche sulle variabili prognostiche che si focalizzi su uno specifico orientamento psicoterapeutico (nel nostro caso, la terapia cognitivo-comportamentale) e sul trattamento di specifici disturbi può fornire informazioni concrete e utili per capire quale potrà essere l'esito di una terapia per un certo tipo di paziente.

In questo articolo ci occuperemo dei fattori prognostici relativi al trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo: a nostra conoscenza questo è il primo tentativo di sistematizzare la letteratura esistente sull'argomento.

## **PROCEDURA E CATEGORIZZAZIONE DEI DATI**

Sono stati passati in rassegna 39 articoli in lingua inglese relativi alla terapia cognitivo-comportamentale del disturbo ossessivo-compulsivo, scelti secondo i seguenti criteri: stesura in lingua inglese, reperibilità sul territorio italiano, articoli originali. Si sono seguite più strade per recuperare gli articoli: consultazioni di banche dati informatizzate (in particolar modo Psyc-Lit e Medline), riferimenti bibliografici contenuti negli articoli, consultazione di riviste presso diverse biblioteche. Si è deciso di scegliere gli articoli in lingua inglese perché la quasi totalità della letteratura sull'argomento è rintracciabile in riviste scritte in questa lingua; inoltre le riviste estere pubblicano generalmente articoli di buon livello qualitativo. La preferenza per gli articoli originali è giustificata dalla necessità di avere dei dati di prima mano e il più possibile disaggregati in modo tale da potere raccogliere la massima quantità di informazioni. Il periodo coperto dalla rassegna va dalla fine degli anni '70 al 1993.

Oltre alle osservazioni di tipo informale dei diversi autori riguardo ai fattori prognostici della psicoterapia, esiste una serie di ricerche che riportiamo in tabella 1 (ricerche che utilizzano la terapia comportamentale con farmaci) e tabella 2 (ricerche che utilizzano la terapia comportamentale senza farmaci). Alcune ricerche hanno anche tentato di studiare i fattori prognostici legati alle condizioni psicologiche dei pazienti al termine della terapia (tabella 3), al grado di compliance (tabella 4) e all'abbandono della terapia da parte dei pazienti stessi (drop-out; tabella 5).

Quasi tutte le ricerche utilizzano analisi correlazionali per trovare dei legami tra il grado di miglioramento dei pazienti a seguito della terapia (così come misurato da questionari, interviste strutturate o giudizi clinici) e alcune caratteristiche dei pazienti stessi, come l'età, il sesso, le variabili di personalità, ecc. Un altro modo utilizzato per studiare i fattori prognostici consiste nel suddividere *a priori* un gruppo di pazienti in base ad alcune variabili che si ritiene possano avere effetto sull'andamento della terapia (per es. il livello di aggressività, il locus of control, ecc.) e verificare la risposta dei gruppi così divisi a una identica forma di terapia.

Per ogni ricerca illustrata in tabelle 1 e 2 si riportano i seguenti dati: autore, criteri di valutazione del miglioramento clinico, fattori prognostici oggetti di studio, eventuali strumenti di misura dei fattori prognostici oggetto di studio, fattori prognostici a breve termine (cioè predittori della condizione del paziente alla fine della terapia), fattori prognostici a lungo termine (cioè predittori della condizione del paziente ad una certa distanza dalla fine della terapia). Nella tabella 3 si riportano gli stessi dati ad eccezione dei fattori prognostici a breve termine. Nella tabella 4 si riportano gli stessi dati delle prime due tabelle ad eccezione dei criteri di valutazione del miglioramento clinico, che sono sostituiti dai criteri per valutare la compliance. Infine in tabella 5 riportiamo gli autori, i criteri per valutare il tasso di abbandono, i fattori prognostici oggetto di studio, gli strumenti utilizzati per misurare i fattori studiati, i fattori collegati agli abbandoni della terapia o quelli legati al proseguimento della terapia stessa.

## RISULTATI

I dati sull'esito della terapia non sono oggetto di questa trattazione. Si può comunque affermare che la terapia comportamentale per il disturbo ossessivo-compulsivo si è rivelata particolarmente efficace; inoltre i risultati ottenuti dalla terapia comportamentale non migliorano se si abbina un intervento farmacologico alla terapia stessa (si vedano per es. Jenike & Rauch 1994, Foa, Kozak, Steketee & Mc Carthy 1992, Christensen, Hadzi-Pavlovic, Andrews & Mattick 1987).

Di seguito si elencano i fattori prognostici a breve termine raggruppati per categorie.

1. *Caratteristiche del disturbo*: la lunga durata dei rituali ed una elevata reattività psicofisiologica durante le sedute di esposizione costituiscono dei fattori prognostici positivi per la terapia, mentre intensi comportamenti di evitamento rappresentano un fattore negativo.

2. *Caratteristiche personologiche del paziente*: prognosi positiva per una alta motivazione al trattamento psicologico e una bassa aspettativa nei confronti del trattamento farmacologico e per la presenza di un disturbo dipendente della personalità. Per contro, alte aspettative sull'effetto dei farmaci e aspettative negative verso la terapia comportamentale, costituiscono fattori negativi per il successo della terapia.

AUTORI	CRITERI PER VALUTARE IL SUCCESSO DELLA TERAPIA	FATTORI PROGNOSTICI OGGETTO DI STUDIO	STRUMENTI PER MISURARE I FATTORI STUDIATI	FATTORI PROGNOSTICI A BREVE TERMINE ↓ (negativi) ↑ (positivi)	FATTORI PROGNOSTICI A LUNGO TERMINE ↓ (negativi) ↑ (positivi)
Marks et al. 1975	scala 0-8 punti per paure, evitamento e compulsioni, ansia libera, panico, depressione, depersonalizzazione, funzionamento globale, differenziale semantico di 3 aggettivi per le ossessioni, Leyton Inventory, termometro delle paure, prova comportamentale	cambiamento nelle prime 3 settimane di terapia			6 m. e 2 a. : cambiamento nelle prime 3 settimane di terapia ↑
Mawson et al. 1982	scala 0-8 punti per paure e rituali, ansia libera, livello globale di funzionamento Walkefield Inventory, Hamilton Depression Scale, Compulsion checklist, prova comportamentale	1) Depressione 2) ansia 3) severità dei rituali 4) m. scute di E 5) coinvolgimento famiglia 6) motivazione 7) compliance 8) effetti collaterali farmaci 9) variabili demografiche 10) durata dei sintomi 11) età di esordio sintomi 12) psicopatologia familiare	1) Walkefield Inventory, Hamilton Depression Scale 2) scala 0-8 3) Compulsion checklist 6) scala 1-3 punti	7) compliance ↑	2 a. : 4) m. scute di E, per un totale di almeno 30 ore 7) compliance ↑ 1 m., 9 m., 15 m. : effetti collaterali dei farmaci ↓
Mimichello et al. 1987	scala 0-4 sulla base del giudizio del clinico	Disturbo Schizotipico di Personalità	DSM-III + criteri di Perry et al. (1984)	disturbo schizotipico di personalità ↓	

Tabella 1 - Rassegna di studi su fattori prognostici in risposta alla terapia comportamentale con farmaci per il disturbo ossessivo-compulsivo

<p>Basogh et al. 1988</p>	<p>scala 0-8 punti per paure, evitamento e compulsioni; tempo speso nei 4 principali rituali; scala 0-8 per i pensieri ossessivi; Compulsive-Compulsive Checklist; BDI; Hamilton Rating Scale for Depression; scala 0-8 di ansia libera; scala 0-8 sull'adattamento sociale</p>	<p>1) variabili demografiche 2) severità rituali ed ossessioni 3) aspetti fenomenologici dell'ideazione ossessiva 4) depressione 5) ansia 6) funzionamento globale 7) aspettative di efficacia della terapia 8) compliance 9) abituaione</p>	<p>2) scala 0-8 punti per paure, evitamento e compulsioni; tempo speso nei 4 principali rituali; scala 0-8 per i pensieri ossessivi; Obsessive- Compulsive Checklist; 3) scala 0-8 su forza della credenza, irrazionalità, intrusività e resistenza alla credenza 4) BDI; Hamilton Rating Scale for Depression; 5) scala 0-8 di ansia libera 6) scala 0-8 sull'adattamento sociale 7) scala 0-8 8) scala 0-5 9) resistenza cutanea a seguito di stimolazione avversiva e neutra * è stata eseguita una analisi fattoriale (vedi testo)</p>	<p>Fattore 4 : femmina + rituali di lavaggio// Fattore 4 : sesso maschio + rituali di controllo // Fattore 6 : incontrollabilità + severità delle ossessioni // 9) abituaione bassa//</p>	<p>1 a. : Fattore 1 : severità rituali + funzionamento complessivo scedente //</p>
<p>Foa et al. 1992</p>	<p>scala 0-8 punti per paure, evitamento e compulsioni; Compulsive Activity Checklist;</p>	<p>1) depressione</p>	<p>1) depressione alta BDI &gt; 20 depressione media BDI &lt; 20</p>		
<p>Laur et al. 1992</p>	<p>scala 0-8 punti per paure, evitamento e compulsioni; tempo speso nei 4 principali rituali; scala 0-8 per i pensieri ossessivi; Compulsive-compulsive checklist; BDI; Hamilton Rating Scale for Depression; scala 0-8 di ansia libera; scala 0-8 sull'adattamento sociale</p>	<p>1) aspettative sull'efficacia del trattamento 2) compliance</p>	<p>1) scala 0-8 o per la psicoterapia o per i farmaci 2) scala 1-5 sul numero dei compiti casalinghi portati a termine in una settimana</p>	<p>1) alta aspettativa sull'effetto dei farmaci //</p>	

Tabella 1 - (Segue)

Stekler, 1993	scala 0-8 punti per paure e compulsioni; Compulsive Activity Checklist;	1) supporto sociale 2) depressione 3) ansia 4) funzionamento generale 5) variabili demografiche 6) religiosità 7) esperienze stressanti	1) Structured Interview Schedule for Social Interaction; Interpersonal Support Evaluation List; interviste ad altri significativi 2) BDI 3) State Trait Anxiety Inventory 4) Social Adjustment Scale	6) forte affiliazione religiosa ↓ 7) bassa condizione economica ↓	6-14 m. : 1) criticismo e rabbia delle persone significative; credenza che il paziente possa controllare i propri sintomi ↓ 1) empatia delle persone significative ↑ 7) bassa condizione economica ↓
Cottraux, Messy et al. 1993 Cottraux, Mollard et al. 1993	30 % di riduzione su una scala 0-8 punti per rituali quotidiani	1) durata dei sintomi 2) aspettative sulla terapia 3) depressione 4) evitamento e livello di ansia 5) rituali	3) BDI 4) prove comportamentali e livello soggettivo di ansia 5) durata dei rituali e livello di imbarazzo che provocano; Compulsive Activity Checklist	2) aspettative negative per la terapia farmacologica; ↑ aspettative negative sulla terapia psicologica ↓ 3) depressione ↓ 4) alto livello di evitamento ↓ 5) lungo tempo impiegato per ciascun rituale ↑	
Drummond, 1993	riduzione statisticamente significativa al Compulsion Checklist e nel tempo e disagio provato in almeno due rituali bersaglio	1) sesso 2) tipo di rituale		2) rituali di controllo/↑	

Tabella 1 - (Segue)

Legenda: E=Esposizione; BDI=Beck Depression Inventory

AUTORI	CRITERI PER VALUTARE IL SUCCESSO DELLA TERAPIA	FATTORI PROGNOSTICI OGGETTO DI STUDIO	STRUMENTI PER MISURARE I FATTORI STUDIATI	FATTORI PROGNOSTICI A BREVE TERMINE ↓ (negativi) ↑ (positivi)	FATTORI PROGNOSTICI A LUNGO TERMINE ↓ (negativi) ↑ (positivi)
Rabavilas et al. 1979	Leyton Obsessional Inventory, scala 0-4 punti per ossessioni, depressione, ansia libera, ansia soggettiva, differenziale semantico di 3 aggettivi per le ossessioni, frequenza cardiaca, resistenza cutanea, Eysenck Personality Inventory	tratti ossessivi di personalità	intervista semi-strutturata		
Turner et al. 1983	scala 0-8 punti per paure e rituali; guinzaghi clinico sul livello di funzionamento globale	struttura cognitiva	scaling multidimensionale di aggettivi (ipo o iperaciusatori)		1 a. : soggetti con stile cognitivo ipoinclusivo ↓
Foa et al. 1983	scala 0-8 punti per paure e rituali; (almeno il 30% di miglioramento)	1) variabili demografiche 2) durata dei sintomi 3) età di esordio dei sintomi 4) depressione 5) ansia 6) reattività, abitudine entro e tra le sessioni * è stata eseguita una path analysis (vedi testo)	4-5) scala 0-8 a giudizio del clinico 6) età soggettive di stress (no misure psicofisiologiche)	3) bassi livelli di ansia ↑ N.B. non è vero il contrario come fattore negativo 4) depressione ↓ 6) maggiore reattività, maggiore abitudine entro e tra le sessioni ↑	3m. - 3 a. : 3) età maggiore di esordio dei sintomi ↓
Hoggequin et al. 1984	self-monitoring della frequenza e della durata dei sintomi ossessivi e dei rituali (almeno il 50% di miglioramento)	1) variabili demografiche 2) età di inizio trattamento 3) durata dei sintomi 4) età di inizio del disturbo			

Tabella 2 - Rassegna di studi su fattori prognostici in risposta alla terapia comportamentale senza farmaci per il disturbo ossessivo-compulsivo

Jenike et al. 1986	giudizio del clinico in 5 categorie	1) disturbo schizotipico di personalità	1)DSM III -modifiche di Perry et al. (1984)	disturb persone:
Hoogbein et al. 1988	-	1) variabili demografiche 2) età di inizio dei sintomi 3) età di inizio trattamento 4) durata e severità dei sintomi 5) depressione 6) ansia 7) "overvalued ideation" 8) motivazione 9) rabbia 10) intelligenza 11) soddisfazione di coppia	4) Leyton Obsessional Inventory 5) BDI, Zung Self-Rating Depression Scale 6) State Trait Anxiety Inventory 7) scala di Foa 8) Motivation Questionnaire 9) State-Trait Anger Scale 10) Shortened Groninger Intelligence Test 11) Interactional Problem Solving Questionnaire	2-4) sex sintomi: 8) alta consid depress "overv bassa n bassa i capact conflict individ fallime
Kozak et al. 1988	scala 0-8 punti per paure, evitamento e compulsioni	misure psicofisiologiche di processi emozionali: 1) risposta di picco 2) abituzione entro la sessione di E 3) abituzione tra sessioni 4) profilo psicofisiologico di base	1) differenza tra soglia di base e il valore più alto registrato durante 20 minuti di E 2) differenza tra risposta di picco e risposta di fine sessione 3) differenza tra le risposte di picco di sessioni diverse (n.6 e n.14) (frequenza cardiaca, conduttività cutanea, elettrocardiogramma, unità soggettive di ansia)	1) alta r misura cardiac 3) mag session frequca soggett N.B. in progn miglior
Steketee 1990	scala 0-8 punti per le tre principali paure e per i rituali, Compulsive Activity Checklist, BDI, Social Adjustment Scale	1) disturbi di personalità	1) Personality Diagnostic Questionnaire	disturb persone disturb persone xers. ↑

Tabella 2 - (Segue)

Emanuelkamp et al. 1990	Anxiety-Discomfort Scale, Maudsley OC Inventory, Self-Rating Depression Scale, State Trait Anxiety Inventory, State-Trait Personality Inventory	1) conflitto coniugale	1) Maudsley Marital Questionnaire (un punteggio > 20 definisce il conflitto coniugale)	
Riggs et al. 1992	scala 0-8 punti per paura, evitamento e compulsioni	1) problemi coniugali 2) depressione 3) severità dei sintomi	1) Locke-Wallace Marital Adjustment Test 2) BDI 3) scala 0-8 punti per paura, evitamento e compulsioni	
Ricciardi et al. 1992	Yale-Brown OC Scale (almeno il 50% di diminuzione dei sintomi classificano i "successi")	1) disturbi di personalità 2) età 3) durata del disturbo 4) severità del disturbo	1) Revised Structured Clinical Interview for DSM III-R Personality Disorder 4) Yale-Brown OC Scale	
Arts et al. 1993	frequenza e durata dei sintomi ossessivo-compulsivi, State Trait Anxiety Inventory, Leyton Obsessional Inventory, Self-Rating Depression Scale (riduzione di almeno del 30% dei sintomi)	1) disturbi ossessivi senza rituali	intervista sulla base del DSM-III	

Tabella 2 - (Segue)

Legenda: E=Esposizione; BDI=Beck Depression Inventory

AUTORI	CRITERI PER VALUTARE IL SUCCESSO DELLA TERAPIA	FATTORI PROGNOSTICI OGGETTO DI STUDIO	STRUMENTI PER MISURARE I FATTORI STUDIATI	FATTORI PROGNOSTICI A BREVE TERMINE ↓ (negativi) ↑ (positivi)	FATTORI PROGNOSTICI A LUNGO TERMINE ↓ (negativi) ↑ (positivi)
Stekelenz 1993	le tre principali paure ossessive e i tre principali rituali su scala 0-8, Compulsiva Active Checklist,	1) supporto sociale 2) depressione 3) ansia 4) funzionamento generale 5) variabili demografiche 6) religiosità 7) esperienze stressanti	1) Structured Interview Schedule for Social Interaction; Interpersonal Support Evaluation List; interviste ad altri significativi 2) BDI 3) State Trait Anxiety Inventory 4) Social Adjustment Scale		6-14 m. : 2) depressione 3) ansia 4) funzionamento sociale basso e basso livello economico ↓
Foa et al. 1983	scala 0-8 punti per paura e rituali; (almeno il 50% di miglioramento)	1) variabili demografiche 2) durata dei sintomi 3) età di esordio dei sintomi 4) depressione 5) ansia 6) reattività, abitudine entro e tra le sessioni * è stata eseguita una path analysis (vedi testo)	4-5) scala 0-8 a giudizio del clinico 6) unità soggettive di stress (no misure psicofisiologiche)		3 m. - 3 a. : moderato miglioramento ↓

Tabella 3 - Rassegna di studi su fattori prognostici alla fine del trattamento con terapia comportamentale per il disturbo ossessivo-compulsivo

Legenda: E=Esposizione; BDI=Beck Depression Inventory

AUTORI	CRITERI PER VALUTARE IL LIVELLO DI COMPLIANCE DELLA TERAPIA	FATTORI PROGNOSTICI OGGETTO DI STUDIO	STRUMENTI PER MISURARE I FATTORI STUDIATI	FATTORI PROGNOSTICI A BREVE TERMINE ↓ (negativi) ↑ (positivi)	FATTORI PROGNOSTICI A LUNGO TERMINE ↓ (negativi) ↑ (positivi)
Fals - Stewart et al. 1993	n. sedute disdette o comunque non frequentate dai pazienti	caratteristiche di personalità	MMPI	"schizofrenia" (scala 8), "depressione" (scala 2), "introversione" (scala 0) ↓	

Tabella 4 - Studi su fattori prognostici per la compliance alla terapia comportamentale per il disturbo ossessivo-compulsivo

Legenda: E=Esposizione; BDI=Beck Depression Inventory

AUTORI	CRITERI PER VALUTARE IL TASSO DI DROP-OUT	FATTORI PROGNOSTICI OGGETTO DI STUDIO	STRUMENTI PER MISURARE I FATTORI STUDIATI	FATTORI PROGNOSTICI DEL GRUPPO DEI DROP-OUT	FATTORI PROGNOSTICI DEL GRUPPO DI CONTROLLO
Hansen et al. 1992	abbandono unilaterale del trattamento entro la decima sessione con un miglioramento minore del 50%	1)benefici ottenuti dalla terapia, aspettative dalla terapia, impressioni alla presa in carico, compiti a casa, caratteristiche del caso, caratteristiche del terapeuta, atteggiamento della famiglia, circostanze esterne. 2)severità dei sintomi 3)disturbi di personalità	1)questionario con scala 0-2 2)Levyon Obsessional Inventory 3)Personality Diagnostic Questionnaire Revised	1)terapia non rispondente alle aspettative, poca compliance da parte del terapeuta 2)minore severità dei sintomi	1)compiti troppo difficili o troppo assoggen, pressione da parte dei familiari

Tabella 5 - Studi su fattori prognostici di abbandono della terapia comportamentale per il disturbo ossessivo-compulsivo

Legenda: E=Esposizione; BDI=Beck Depression Inventory

3. *Caratteristiche relative alla terapia*: le variabili cruciali di un intervento terapeutico di successo sembrano essere il numero totale delle sedute di esposizione (più alto è, meglio è) e la lunghezza della singola sessione di esposizione (meglio alcune ore). A sostegno di questi dati, una significativa abituação del paziente agli stimoli temuti (misurata tramite rilevazioni psicofisiologiche) attraverso le varie sedute di trattamento, costituisce un fattore positivo per l'esito della terapia, mentre una bassa abituação agli stimoli ansiogeni, costituisce un fattore negativo.

4. *Compliance*: l'unico studio che esamina i fattori legati alla scarsa compliance (e quindi, al probabile rischio di fallimento) ha riscontrato in soggetti poco aderenti al regime terapeutico caratteristiche di introversione, di depressione, di bizzarria o isolamento sociale (Fals-Stewart & Schafer 1993). Tali caratteristiche potrebbero impedire la formazione di una relazione terapeutica accettabile oppure un miglioramento in tempi brevi o, come riportano gli autori, potrebbero essere collegate alla presenza di una credenza eccessiva alle proprie ossessioni ("overvalued ideation").

Per quanto concerne i fattori prognostici a lungo termine, si sono riscontrati i seguenti risultati.

1. *Caratteristiche del disturbo*: tanto è maggiore l'età di esordio dei sintomi, tanto è più probabile una ricaduta da parte del soggetto o, comunque, uno scarso mantenimento a lungo termine dei risultati raggiunti con la terapia. A rischio di ricaduta sono anche quei pazienti che concludono il trattamento moderatamente migliorati o che presentano alti livelli di ansia e depressione alla fine del trattamento.

2. *Caratteristiche socio-ambientali del paziente*: un basso adattamento sociale dei pazienti, la presenza di problemi economici, le reazioni ostili dei familiari uniti ad un loro atteggiamento negativo nei confronti della terapia (la convinzione che il paziente "può farcela da solo, se vuole") sono più frequentemente associati alle ricadute; fattore protettivo sembra essere il sostegno empatico da parte delle figure significative.

3. *Caratteristiche relative alla terapia*: un miglioramento rilevante nelle prime settimane di trattamento è connesso con una minore probabilità di ricadute. Nel caso di terapie combinate ad intervento farmacologico fattori negativi a lungo termine sono gli effetti collaterali dei farmaci.

4. *Caratteristiche personologiche*: la presenza di un disturbo schizotipico di personalità è un fattore negativo mentre il disturbo dipendente di personalità sembra essere un fattore positivo a lungo termine.

Un discorso a parte meritano gli studi che hanno adottato delle tecniche correlazionali multiple per identificare una combinazione di caratteristiche che potessero individuare con minore incertezza i successi o i fallimenti della terapia comportamentale. Foa, Steketee, Grayson e Doppelt (1983) eseguirono una path analysis su una serie di variabili, per evidenziare rapporti di causa-effetto nei fattori prognostici in risposta a terapia comportamentale. Essi trovarono che la depressione poteva essere un fattore negativo, poiché incidendo sulla reattività psicofisiologica del soggetto e provocando di conseguenza un minor livello di abitudine, portava ad un esito poco favorevole della terapia. Un basso livello di ansia, invece, contribuiva direttamente al buon esito della terapia. Infine, l'esito positivo della terapia unito ad una età non tarda di insorgenza dei sintomi erano predittori del mantenimento dei risultati acquisiti fino a 3 anni di distanza dalla terapia. Basoglu, Lax, Kasvikis e Marks (1988), utilizzando un'analisi di regressione multipla non sulle singole variabili prognostiche ma su alcuni insiemi di dette variabili (provenienti da una precedente analisi fattoriale), scoprirono che la severità dei rituali unita ad un funzionamento generale piuttosto scadente, la condizione di maschio con rituali di controllo, l'incontrollabilità, la severità e la bizzarria delle ossessioni erano legate ad un esito a breve scadente della terapia. Ad un anno di distanza, la severità dei rituali unita ad un funzionamento generale scadente, la condizione di maschio con rituali di controllo e la bizzarria delle ossessioni erano predittori di ricaduta o, comunque, di un cattivo mantenimento dei risultati della terapia. La presenza di rituali di pulizia in persone di sesso femminile sembrava invece essere un fattore prognostico positivo. Hoogduin e Duivenvoorden (1988) invece, scoprirono che la severità e la durata dei sintomi costituiscono un buon fattore discriminante tra successi e fallimenti; inoltre applicando un'analisi discriminante, essi trovarono che i punteggi di depressione, ansia, "overvalued ideation", motivazione, aggressività, intelligenza e capacità di gestione dei problemi di coppia, identificavano il 53% dei fallimenti.

Per quanto concerne altri aspetti, l'unico studio che tratta dei fattori legati all'abbandono della terapia (Hansen, Hoogduin, Schaap e de Haan 1992), riscontrò che una minore sintomatologia, una insoddisfacente relazione terapeutica, una serie di aspettative sulla terapia andate deluse e una probabile sottovalutazione dei compiti casalinghi — unite ad una scarsa pressione da parte delle figure significative — caratterizzavano i pazienti che interrompevano precocemente la terapia stessa.

Ai fini dell'esito del trattamento non sembrano particolarmente rilevanti fattori quali il decorso del disturbo, il livello dell'ansia, la presenza di moderata depressione, di problemi familiari, di sole ossessioni e di psicopatologia familiare. Per quanto riguarda le modalità con cui è svolta la terapia, non sembrano essere elementi prognostici molto importanti la modalità di somministrazione della terapia (individuale o di gruppo), un continuo sostegno del terapeuta o la partecipazione alla terapia da parte delle figure significative per il paziente.

## DISCUSSIONE

Gli elementi messi in luce da questa rassegna mostrano che la terapia ha un buon esito quando il paziente riesce a mettere in pratica le indicazioni del terapeuta concernenti l'esposizione e la prevenzione della risposta. Anche i dati concernenti le aspettative e l'auto-efficacia dimostrano che la fiducia nelle proprie capacità e quindi un atteggiamento "attivo" verso la terapia (contrapposto a uno più passivo di chi, per esempio, ripone la fiducia nei farmaci) è legato al buon esito della terapia stessa. Infine, sempre nella stessa direzione portano i dati relativi al disturbo di personalità: un paziente con disturbo dipendente di personalità si sforzerà di fare del proprio meglio per non contravvenire alle richieste del terapeuta, cercando così di mettere in pratica tutte le indicazioni ricevute.

Perciò una delle variabile cruciali per la riuscita del trattamento, fatta salva la corretta esecuzione della terapia e l'assenza di ostacoli nell'ambiente sociale del paziente, sembra risiedere nella capacità del terapeuta di "convincere" il paziente a seguire il più rigorosamente possibile le indicazioni date. In particolare, un atteggiamento fermo e insistente del terapeuta, coniugato alla disponibilità da parte del paziente a seguire le norme prescritte, potrebbero essere elementi molto importanti ai fini dell'esito della terapia. Da questo punto di vista, l'applicazione di un trattamento con elementi di ristrutturazione cognitiva a questo tipo di pazienti (Foa 1995, van Oppen & Arntz 1994, van Oppen, de Haan, van Balkom, Spinhoven, Hoogduin e van Dyck 1994, Salkovskis 1994) potrebbe favorire la compliance del paziente all'intervento di tipo comportamentale e quindi aumentare le probabilità di un buon successo della terapia; esiste anche qualche evidenza sull'efficacia dell'uso di istruzioni paradossali con pazienti particolarmente riluttanti a praticare la terapia comportamentale (Adshead, Drummond, Mercer 1988).

Al di là della relazione terapeutica occorre rimarcare altri importanti aspetti connessi col trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo. Non stupisce che il disturbo schizotipico di personalità sia legato al fallimento della terapia: è abbastanza verosimile che tale disturbo possa rientrare in qualche modo nello spettro schizofrenico; inoltre, una forma vicina a caratteristiche schizofreniche potrebbe celarsi anche in tutti quei casi caratterizzati da ossessioni particolarmente bizzarre o da una forte credenza verso i pensieri ossessivi. In questa chiave, forse, potrebbe venire anche interpretata la differenza di esito che si riscontra nelle donne con rituali di pulizia, rispetto agli uomini con rituali di controllo. Tra le prime è più probabile che si riscontrino disturbi ossessivo-compulsivi "puri" nel senso di una accentuata messa in pratica di attività considerate normali; sappiamo quanto l'educazione potrebbe influenzare la preoccupazione per lo sporco e l'ordine. Negli uomini con rituali di controllo, invece, potrebbe essere presente una serie di casi che si avvicinano più a caratteristiche schizotipiche, proprio perché i rituali di controllo potrebbero essere meno legati a fattori culturali o educativi e quindi sicuramente più difficile da trattare.

Infine, sulla base dei risultati degli studi presentati, ulteriori aspetti meriterebbero maggiore attenzione: il grado di affiliazione religiosa, lo stile cognitivo "ipoinclusivo" (Turner, Newman e Foa 1983) la regolarità nello svolgere i compiti assegnati e la presenza di disturbi di personalità. Gli stessi fattori che non si sono trovati rilevanti per l'esito della psicoterapia —in particolare, la modalità di somministrazione della terapia, il sostegno continuo del terapeuta, l'aiuto da parte di figure significative— potrebbero diventarlo in presenza di un disturbo particolarmente severo o in interazione con caratteristiche particolari dei pazienti.

## CONCLUSIONI

Nel caso del trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo abbiamo interessanti indicazioni riguardo agli elementi responsabili dell'esito della terapia. In particolare, a parità di altri fattori, l'atteggiamento del terapeuta potrebbe avere un ruolo abbastanza importante ai fini del buon esito della terapia stessa. Di particolare rilievo sono le ricerche che hanno studiato una combinazione di fattori prognostici piuttosto che elementi singoli. Tali studi dimostrano che è possibile avvicinare la complessità insita nella ricerca delle variabili prognostiche tramite metodologie statistiche adeguate. Di conseguenza, il grande sforzo

profuso nello studio dei fattori prognostici ha permesso e permetterà, in modo sempre più efficace, di migliorare la pratica clinica con i nostri pazienti.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Adshead, G., Drummond, L. M., Mercer, S. (1988). Paradoxical intention and anti-exposure in a non compliant, obsessive-compulsive ritualiser. *British Journal of Psychiatry*, 153, 821-823.
- Arts, W., Hoogduin, K., Schaap, C., de Haan, E. (1993). Do patients suffering from obsession alone differ from other obsessive-compulsives? *Behavior Research and Therapy*, 31, 119-123.
- Basoglu, M., Lax, T., Kasvikis, Y., Marks, I. M. (1988). Predictors of improvement in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 299-317.
- Beutler, L. E. (1991). Have all won and must all have prizes? Revisiting Luborsky et al.'s verdict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 2, 226-232.
- Cottraux, J., Messy, P., Marks, I. M., Mollard, E., Bouvard, M. (1993). Predictive factors in the treatment of obsessive-compulsive disorders with fluvoxamine and/or behavior therapy. *Behavioural Psychotherapy*, 21, 45-50.
- Cottraux, J., Mollard, E., Bouvard, M., Marks, I. (1993). Exposure therapy, fluvoxamine, or combination treatment in obsessive-compulsive disorder: One year follow-up. *Psychiatry Research*, 49, 63-75.
- Christensen, H., Hazdi-Pavlovic, D., Andrews, G., Mattick, R. (1987). Behavior therapy and tricyclic medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 701-711.
- Drummond, L. M. (1993). The treatment of severe, chronic, resistant obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 163, 223-229.
- Emmelkamp, P. M. G., de Lange, I. (1983). Spouse involvement in the treatment of obsessive-compulsive patients. *Behavior Research and Therapy*, 21, 341-346.
- Emmelkamp, P. M. G., van Linden van den Heuvel, Ruphan, M., Sanderman, R. (1989). Home-based treatment of obsessive-compulsive patients: Inter-session interval and therapist involvement. *Behavior Research and Therapy*, 27, 89-93.
-

- Emmelkamp, P. M. G., de Haan, E., Hoogduin, C. A. L. (1990). Marital adjustment and obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 156, 55-60.
- Emmelkamp, P. M. G., Bouman, T. K., Blaauw, E. (1994). Individualized versus standardized therapy: A comparative evaluation with obsessive-compulsive patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 95-100.
- Enright, S. J. (1991). Group treatment for obsessive-compulsive disorder: An evaluation. *Behavioural Psychotherapy*, 19, 183-192.
- Espie, C. A. (1986). The group treatment of obsessive-compulsive ritualisers: Behaviour management of identified patterns of relapse. *Behavioural Psychotherapy*, 14, 21-33.
- Eysenck, H. J. (1994). The outcome problem in psychotherapy: What have we learned? *Behaviour Research and Therapy*, 32, 477-495.
- Fals-Stewart, W., Marks, A. P., Scafer, J. (1993). A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 189-193.
- Fals-Stewart, W., Schafer, J. (1993). MMPI correlates of psychotherapy compliance among obsessive-compulsives. *Psychopathology*, 26, 1-5.
- Foa, E. B. (1995). *Comunicazione personale*. Center for Treatment and Study of Anxiety. Philadelphia.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Steketee, G. S., McCarthy, P. R. (1992). Treatment of depressive and obsessive-compulsive symptoms in OCD by imipramine and behavior therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 279-292.
- Foa, E.B., Steketee, G., Grayson, J. B. (1985). Imaginal and in vivo exposure: A comparison with obsessive-compulsive checkers. *Behavior Therapy*, 16, 292-302.
- Foa, E. B., Grayson, J. B., Steketee, G. S., Doppelt, H. G., Turner, R. M., Latimer, P. R. (1983). Success and failures in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 287-297.
- Hansen, A. M. D., Hoogduin, C. A. L., Schaap, C., de Haan, E. (1992). Do drop-outs differ from successfully treated obsessive-compulsives? *Behavior Research and Therapy*, 30, 547-550.
- Hoogduin, C. A. L., Duivenvoorden, H. J. (1988). A decision model in the treatment of obsessive-compulsive neuroses. *British Journal of Psychiatry*, 152, 516-521.

- Hoogduin, C. A. L., Hoogduin, W. A. (1984). The outpatient treatment of patients with an obsessional-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 22, 455-459.
- van de Hout M., Emmelkamp, P. M. G., Kraaykamp, H., Griez, E. (1988). Behavioral treatment of obsessive-compulsives: inpatient vs outpatient. *Behavior Research and Therapy*, 26, 331-332.
- Jenike, M. A., Rauch, S. L. (1994). Managing the patient with treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: Current strategies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55 (suppl), 11-17.
- Jenike, M. A., Baer, L., Minichiello, W. E., Schwartz, C. E., Carey, R. J. (1986). Concomitant obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 530-532.
- Kasvikis, Y., Marks, I. M. (1988). Clomipramine, self-exposure, and therapist accompanied exposure in obsessive-compulsive ritualizers: Two-years follow-up. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 291-298.
- Kozak, M. J., Foa, E. B., Steketee, G. (1988). Process and outcome of exposure treatment with obsessive-compulsives: Psychophysiological indicators of emotional processing. *Behavior Therapy*, 19, 157-169.
- Kirk, J. W. (1983). Behavioural treatment of obsessional-compulsives patients in routine clinical practice. *Behavior Research and Therapy*, 21, 57-62.
- Lax, T., Basoglu, M., Marks, I. M. (1992). Expectancy and compliance as predictors of outcome in obsessive-compulsive disorder. *Behavioural Psychotherapy*, 20, 257-267.
- Marks, I. M., Hodgson, R., Rachman, S. (1975). Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in-vivo exposure. *British Journal of Psychiatry*, 127, 349-364.
- Marks, I. M., Stern, R. S., Mawson, D., Cobb, J., McDonald, R. (1980). Clomipramine and exposure for obsessive-compulsive rituals: I. *British Journal of Psychiatry*, 136, 1-25.
- Marks, I. M., Lelliott, M., Basoglu, M., Noshirvani, H., Monteiro, W., Cohen, D., Kasvikis, Y. (1988). Clomipramine, self-exposure and therapist-aided exposure for obsessive-compulsive rituals. *British Journal of Psychiatry*, 152, 522-534.
- Mawson, D., Marks, I. M., Ramm, L. (1982). Clomipramine and exposure for chronic obsessive-compulsive rituals; III. Two year follow-up and further findings. *British Journal of Psychiatry*, 140, 11-18.

- Minichiello, W. E., Baer, L., Jenike, M. A. (1987). Schizotypal personality disorder; A poor prognostic indicator for behavior therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 273-276.
- van Oppen, P., Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 32, 79-87.
- van Oppen, P., De Haan, E., van Balkom, A., Spinhoven, P., Hoogduin, C., van Dyck, R. (1994). *Obsessive-compulsive disorder: Cognitive therapy versus behavior therapy*. 24th Congress of the European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, Corfù, September 6-10.
- Rabavilas, A. D., Boulouguris, J. C., Perissaki, C., Stefanis, C. (1979). Pre-morbid personality traits and responsiveness to flooding in obsessive-compulsive patients. *Behavior Research and Therapy*, 17, 575-580.
- Ricciardi, J. N., Baer, L., Jenike, M. A., Fischer, S. C., Sholtz, D., Buttolph, L. (1992). Changes in DSM-III-R axis II diagnoses following treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 829-831.
- Riggs, D. S., Hiss, H., Foa, E. B. (1992). Marital Distress and the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 23, 585-567.
- Rachman, S., Cobb, J., Grey, S., McDonald, B., Mawson, D., Sartory, G., Stern, R. (1979). The behavioural treatment of obsessional-compulsive disorder, with and without clomipramine. *Behavior Research and Therapy*, 17, 467-478.
- Salkovskis, P. (1994). *Further development of the cognitive-behavioural approach to obsessive-compulsive disorders*. 24th Congress of the European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, Corfù, September 6-10.
- Salkovskis, P. M., Warwick, H. M. C. (1985). Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder: Treating treatment failures. *Behavioural Psychotherapy*, 13, 243-255.
- Sica, C. (1995). Fattori prognostici relativi al trattamento cognitivo comportamentale della depressione. *Psicoterapia Cognitiva e comportamentale*, 2, 29-47
- Steketee, G. (1990). Personality traits and disorders in obsessive-compulsives. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 351-364.
- Steketee, G. (1993). Social support and treatment outcome of obsessive-compulsive disorder at 9-month follow-up. *Behavioural Psychotherapy*, 21, 81-95.

- Turner, R. M., Newman, F. L., Foa, E. B. (1983). Assessing the impact of cognitive differences in the treatment of obsessive-compulsives. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 933-938.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Stanley, M. A., Jacob, R. G. (1988). A comparison of fluoxetine, flooding, and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 219-225.

## RIASSUNTO

La terapia cognitivo-comportamentale ha ormai dimostrato la propria efficacia in diverse aree della psicopatologia. Un passo successivo, che dimostra la continua crescita qualitativa e quantitativa dell'approccio cognitivo-comportamentale, è quello di individuare dei fattori prognostici. A nostro avviso solo fattori specifici, riferiti cioè ad un singolo modello di trattamento e ad un singolo disturbo, possono fornire alcune indicazioni sul possibile esito della terapia. Abbiamo perciò illustrato gli esiti di una esaustiva ricerca bibliografica —dalla fine degli anni '70 alla fine del 1993— sul trattamento cognitivo e/o comportamentale del disturbo ossessivo-compulsivo. Oltre le numerose impressioni cliniche abbiamo riportato, per una serie di ricerche, i seguenti dati: criteri utilizzati per stabilire il miglioramento dei pazienti, fattori prognostici indagati, strumenti di misura dei fattori prognostici, fattori prognostici per un buon esito del trattamento (breve termine) o per il mantenimento dei risultati raggiunti (fino a tre anni di distanza dalla fine della terapia; lungo termine) o fattori prognostici di drop-out. I risultati evidenziano che è possibile delineare alcuni fattori prognostici di esito della terapia e fornire suggerimenti utili per il trattamento. Tra gli altri sembra che la relazione terapeutica, i disturbi di personalità, la presenza di "overvalued ideation", di una grave depressione, la combinazione tra tipo di rituale e sesso e tra severità e durata dei sintomi siano elementi importanti ai fini dell'esito della terapia.

Parole chiave: Psicoterapia cognitivo-comportamentale; Disturbo ossessivo-compulsivo; prognosi; rassegna di ricerche.

## SUMMARY

Cognitive-behavioral therapy has undoubtedly shown its efficiency in several areas of psychopathology. The next step, proving the qualitative and quantitative growth of cognitive-behavioral approach, deals with finding out prognostic factors. In our opinion, specific factors only could provide some clues about the therapy outcome, because if we take in consideration in the same time the factors pertaining to the different forms of therapy and disorders we should inquire into thousand of combinations. Therefore we show the results of a review about cognitive-behavioral therapy (a specific treatment) of obsessive-compulsive disorder (a specific disorder). Such review cover the period from the end of seventies to 1993. We report, beyond the numerous clinical observations, a series of data about researches investigated: criteria for establishing the clinical improvement of patients, prognostic factors studied, instruments for measuring prognostic factors, prognostic factors concerning the improvement at the end of therapy or the long term maintenance of the improvement itself (up to three years from the end of the therapy), prognostic factors pertaining to drop-out. Results show that it is possible to outline some prognostic factors and that it is crucial studying a combination of factors rather than single ones. Among the others, therapeutic relationship, personality disorders, "overvalued ideation", severe depression, the combination between type of compulsion and sex, severity and duration of symptoms seem to be relevant elements for the therapy outcome.

We offer also clinical suggestions concerning treatment outcomes.

**Key Words:** Cognitive-behavior therapy; Obsessive-compulsive disorder; prognosis; literature review.