



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia Generale (DPG)**

**Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica**

**Tesi di laurea magistrale**

**Applicazione del Formal Psychological Assessment al disturbo  
ossessivo compulsivo: costruzione del contesto clinico.**

**Applying Formal Psychological Assessment to obsessive-compulsive disorder:  
building the clinical context.**

***Relatore***

**Prof. Andrea Spoto**

***Laureanda: Francesca Maltinti***

***Matricola: 2056318***

Anno accademico 2022/2023



## INDICE

<b>Capitolo I</b> .....	1
1.1 Disturbo ossessivo compulsivo.....	1
1.2 Diagnosi .....	3
1.3 Epidemiologia .....	5
1.4 Caratteristiche cliniche e variabili demografiche.....	5
1.5 Comorbilità .....	6
1.6 Sottotipi fenomenologici.....	7
1.7 Ossessioni e compulsioni .....	11
1.7.1 Contaminazione e pulizia .....	11
1.7.2 Dubbio patologico e controllo .....	13
1.7.3 Ossessioni religiose, sessuali e aggressive.....	15
1.7.4 Simmetria e riordino .....	17
1.7.5 Ossessioni e compulsioni somatiche .....	18
1.7.6 Numeri e conteggio .....	18
1.7.7 Ossessioni e compulsioni di accumulo.....	19
1.8 Caratteristiche cognitive .....	20
1.9 Fattori motivazionali .....	22
1.9.1 Evitamento del pericolo.....	23
1.9.2 Incompletezza.....	24
1.10 Trattamento.....	25
<b>Capitolo II</b> .....	29
2.1 Knowledge Space Theory.....	29
2.2 Formal Concept Analysis .....	31
2.3 Formal Psychological Assessment .....	34
2.3.1 Il problema dell'assessment psicologico .....	34
2.3.2 Scopi e differenze con l'Item Response Theory .....	36
2.3.3 Elementi del Formal Psychological Assessment.....	37

2.3.4	Vantaggi e limiti .....	39
2.3.5	Applicazioni .....	41
<b>Capitolo III</b>	.....	<b>43</b>
<b>3.1</b>	<b>Costruzione del contesto clinico .....</b>	<b>43</b>
3.1.1	La scelta degli oggetti .....	43
3.1.2	La scelta degli attributi.....	49
3.1.3	Il contesto clinico.....	51
<b>3.2</b>	<b>Considerazioni sulla matrice .....</b>	<b>56</b>
3.2.1	Inferenze .....	56
3.2.2	Item non informativi .....	57
3.2.3	Item datati e da riformulare .....	60
3.2.4	Item ridondanti .....	61
3.2.5	Attributi non indagati .....	62
3.2.6	Attributi sui fattori motivazionali .....	64
3.2.7	Attributi sulle caratteristiche cognitive .....	66
3.2.8	L'accumulo, un attributo da valutare con cautela .....	67
<b>Capitolo IV</b>	.....	<b>71</b>
<b>4.1</b>	<b>Conclusioni .....</b>	<b>71</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	.....	<b>81</b>
<b>APPENDICE</b>	.....	<b>89</b>

# Capitolo I

## 1.1 Disturbo ossessivo-compulsivo

Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) è un disturbo psichiatrico cronico, associato ad un importante grado di disabilità, caratterizzato dalla presenza di ossessioni e/o compulsioni. Rappresenta uno dei disturbi mentali maggiormente debilitanti, a causa dell'intensità dei sintomi, del decorso tendenzialmente non positivo e del deterioramento a livello del funzionamento interpersonale e occupazionale che provoca.

Le ossessioni sono pensieri, immagini, impulsi ricorrenti e persistenti, che vengono vissuti come intrusivi, non voluti e nella maggior parte delle persone causano marcata ansia e disagio. Di solito, sono incongruenti con il sistema di valori del paziente e con quello che lui stesso si aspetterebbe di pensare e riguardano le cose che il paziente ha più a cuore, come avere pensieri blasfemi essendo molto religiosi o avere paura di fare del male ai propri cari. Le ossessioni possono avere come trigger degli stimoli presenti nell'ambiente esterno, ad esempio, un'immagine di una figura religiosa o guidare un'auto, oppure possono presentarsi senza uno stimolo scatenante, come l'impulso ad imprecare. I soggetti cercano di resistere alle ossessioni, nel senso che hanno la sensazione di doversene occupare, neutralizzandole o evitandole, perché in caso non lo facciano, temono che accadranno conseguenze disastrose.

Le compulsioni sono comportamenti ripetitivi o atti mentali che le persone si sentono spinte a mettere in atto in risposta ad un'ossessione, seguendo delle regole create da loro stessi, che devono essere applicate rigidamente, fino a che non si sentono meglio. Secondo le teorie cognitivo-comportamentali, solitamente, prima insorgono le ossessioni e solo dopo le compulsioni, messe in atto al fine di gestire l'eccessiva ansia e disagio che le ossessioni producono.

Le compulsioni possono essere overt, cioè manifeste e osservabili (es. controllare la manopola del gas o di aver chiuso la porta di casa) o covert, cioè nascoste, come i rituali mentali (es. ripetere mentalmente delle formule per evitare che qualcosa di brutto accada). I rituali compulsivi sono molto comuni e includono anche il lavare più volte sé stessi o gli oggetti presenti nell'ambiente, controllare di aver fatto o non fatto qualcosa, cercare rassicurazioni dagli altri, ripetere un'attività finché non sembra giusta, ordinare o riordinare gli oggetti.

Le compulsioni sono molto insidiose, in primis perché intensificano il disturbo (Abramowitz, Tolin, & Street, 2001), poiché il tentativo di reprimere dei pensieri rende più forte la loro presenza, come in un gioco di forze di uguale intensità e direzione opposta, in cui all'aumentare dell'una, aumenta anche l'altra per controbilanciarla. In secondo luogo, le compulsioni mantengono il disturbo, perché impediscono di correggere le valutazioni catastrofiche attese e di far diminuire l'ansia e il distress successivi alle compulsioni, agendo come un rinforzo negativo e finendo in un circolo vizioso.

Esistono anche forme non compulsive di resistenza alle ossessioni (Freeston & Ladouceur, 1997), come distrarsi dai pensieri e dai trigger ossessivi, sopprimere i pensieri indesiderati (non pensarci) oppure usare strategie di neutralizzazione sottili (ad esempio, stringere la presa del volante mentre si guida nel traffico quando arriva un pensiero ossessivo).

Anche l'evitamento è un'altra forma di resistenza non compulsiva, ma ha una funzione diversa rispetto alle strategie sopra nominate. La neutralizzazione ha lo scopo di reagire all'ossessione che si è già manifestata nella mente del paziente, invece, l'evitamento ha lo scopo di prevenire che i pensieri ossessivi arrivino e che le conseguenze temute si verifichino (Rachman & Hodgson, 1980). L'evitamento può essere rivolto potenzialmente a qualsiasi cosa, purché si leghi al contenuto dell'ossessione, ad esempio, chi ha pensieri ossessivi riguardo al ferire suo figlio, eviterà di usare coltelli e altri oggetti appuntiti che potrebbero essere usati come arma.

In uno stesso individuo, le ossessioni e le compulsioni tendono a rimanere stabili lungo l'arco della vita e a subire pochi cambiamenti all'interno delle dimensioni dei sintomi. Inoltre, le osservazioni cliniche dei pazienti, hanno individuato una certa coerenza tra le ossessioni e le compulsioni, infatti, nella maggioranza dei casi le due sono collegate a livello tematico. L'ossessione di contaminazione è di solito associata alla compulsione di lavarsi le mani o più in generale ai rituali compulsivi di pulizia, l'ossessione di essere responsabili di tragedie e disastri improbabili si lega alla compulsione di controllo e di ricerca di rassicurazioni da parte degli altri, le ossessioni di ordine e simmetria producono rituali di riordino degli oggetti, infine, le ossessioni violente, religiose o sessuali sono collegate a forme covert di resistenza.

## 1.2 Diagnosi

Per poter effettuare una diagnosi di DOC, inizialmente si utilizzano strumenti quali il colloquio, le interviste ed i questionari ad ampio spettro, come la *Structured Clinical Interview for DSM-5*, la Batteria CBA 2.0 e l'MMPI-2. Qualora si presentino indizi sulla possibile presenza di DOC, sarà necessario approfondire con questionari più specifici e valutare meglio i sintomi e la gravità del disturbo, ad esempio con la *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS; Goodman, Price e Rasmussen 1989) per gli adulti e la *Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (CY-BOCS; Goodman et al., 1991) per i bambini.

I due principali manuali contenenti i criteri di riferimento per la diagnosi in generale di tutti i disturbi mentali, usati a livello internazionale, sono: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) e *International Classification of Diseases* (ICD). Nella quarta versione del DSM, il disturbo ossessivo-compulsivo era stato inserito nel capitolo dei disturbi d'ansia, invece, nell'edizione successiva (DSM-5) è stato spostato in un capitolo a sé, chiamato "Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati", che include anche: disturbo da dismorfismo corporeo, disturbo da accumulo, tricotillomania e disturbo da escoriazione compulsiva. La stessa decisione di adottare un capitolo a parte, è stata presa anche dall'ICD, che vi inserisce, oltre ai già citati disturbi, anche l'ipocondria, il disturbo da riferimento olfattivo e la sindrome di Tourette.

Ciò che accomuna questi disturbi fra loro è il produrre quotidianamente pensieri e azioni ripetitive che i pazienti non vorrebbero mettere in atto.

I fenomeni sensoriali, che includono anche le "percezioni di perfezione", cioè quando l'individuo continua a ripetere la stessa compulsione fino a che non arriva la sensazione che le cose siano state fatte in modo perfetto, si ritrovano in diversi dei disturbi correlati, come nel DOC e nella sindrome di Tourette.

Invece, si differenziano tra loro, perché alcuni disturbi si focalizzano maggiormente sulle preoccupazioni e i comportamenti compulsivi, come nel DOC e nel disturbo da dismorfismo corporeo, mentre altri hanno principalmente sintomi comportamentali motori, come la tricotillomania. Inoltre, i disturbi ossessivo-compulsivo correlati hanno preoccupazioni e comportamenti ripetitivi rivolti ad un focus diverso rispetto al DOC. Le preoccupazioni e ruminazioni sono caratteristiche anche dei disturbi d'ansia e depressivi, ma sono tipicamente rivolte a preoccupazioni di vita reali e sono molto

meno irrazionali del DOC. I disturbi da abuso di sostanze, parafilie, disturbi della condotta e del controllo degli impulsi, sono egosintonici e con componenti gratificanti nel breve periodo, caratteristiche assenti nel DOC. Le ossessioni e compulsioni, nel senso di comportamenti ristretti, ripetitivi, inflessibili, si possono ritrovare in disturbi dello spettro autistico, ma le difficoltà comunicative e nelle interazioni sociali sono assenti nel disturbo ossessivo-compulsivo.

Sia il DSM-5 che l'ICD-11 identificano come caratteristica principale del DOC, la presenza di ossessioni e/o compulsioni. È esperienza comune di tutti avere ogni tanto dei pensieri intrusivi, ripetere dei comportamenti più volte e mettere in atto dei “rituali”, che sono una normale parte dello sviluppo di un individuo, soprattutto in età evolutiva (avere delle routine durante la giornata).

Dunque, un altro criterio di decisiva importanza per la diagnosi di DOC è la significatività clinica, cioè le ossessioni e le compulsioni devono produrre un disagio clinicamente significativo o una netta compromissione del funzionamento nelle principali aree di vita, a scuola, a lavoro o nelle attività sociali. Questo deriva anche dal fatto che le ossessioni e le compulsioni occupano il paziente per molto tempo, almeno un'ora al giorno, causandogli molto disagio.

La qualità di vita dei pazienti, intesa come la percezione soggettiva del proprio benessere, è gravemente ridotta in tutte le aree principali, ripercuotendosi anche su quella dei loro caregiver. Sebbene gli studi sulla qualità di vita siano limitati dalla mancanza di strumenti per misurarla in relazione a questo specifico disturbo, sembra che i principali fattori che la diminuiscano siano: la comorbilità con la depressione, la restrizione delle attività svolte quotidianamente a causa dei sintomi o dell'evitamento di luoghi/situazioni temuti, difficoltà con la famiglia/partner a causa dei sintomi e le strategie usate per affrontare la malattia.

Durante la diagnosi, vengono considerati anche degli specificatori, come l'insight ed i tic. I pazienti possono avere un insight: buono, scarso o assente, nell'ultimo caso i pazienti sono convinti che i loro pensieri siano completamente veri e potrebbero esserci anche dei pensieri deliranti, quindi è necessario svolgere un'attenta diagnosi differenziale rispetto ai disturbi psicotici. Lo specificatore dei tic viene assegnato nel caso il soggetto abbia o abbia avuto dei disturbi con tic, questo sottolinea quanto il DOC sia vicino alla sindrome di Tourette.



Il disturbo ossessivo-compulsivo deve essere quindi distinto da una serie di situazioni di normalità e da altri disturbi mentali che hanno delle caratteristiche simili che si sovrappongono a quelle del DOC.

### **1.3 Epidemiologia**

Inizialmente, si credeva che il disturbo ossessivo-compulsivo fosse alquanto raro, a seguito di studi retrospettivi su pazienti psichiatrici e di uno studio sulla popolazione generale, svolti tra gli anni 50 e 60. Alcuni ricercatori erano convinti che questo disturbo dovesse essere più comune, visto che i pazienti cercavano di nascondere i sintomi e nella maggior parte dei casi non cercavano aiuto o un trattamento.

L'istituto nazionale della salute mentale americano negli anni 70 ha condotto un'indagine sulla prevalenza, sia durante tutta la vita, sia negli ultimi sei mesi, del DOC nella popolazione generale e sorprendentemente, la prevalenza era rispettivamente del 2.5% e 1.6%. Questo lo ha reso il quarto disturbo psichiatrico più comune, dopo le fobie, l'abuso di sostanze e la depressione.

Gli studi epidemiologici sono stati ripetuti ed è stato confermato che la prevalenza del DOC durante l'arco della vita è del 2-3%. Inoltre, sono stati svolti studi anche in altri paesi con culture completamente diverse e le stime non variano significativamente.

Il DOC si presenta con profili sintomatologici molto simili, indipendentemente da cultura o paese, l'unica differenza può essere in come i sintomi vengono espressi o vissuti e verso cosa vengono diretti. Le ossessioni di contaminazione, ad esempio, possono essere rivolte a cose specifiche diverse, in alcuni paesi la preoccupazione di contaminarsi sarà rivolta alla sifilide e in altri all'HIV, ma il tipo di sintomo ossessivo resta lo stesso da un punto di vista clinico.

### **1.4 Caratteristiche cliniche e variabili demografiche**

Usualmente, i sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo si manifestano per la prima volta all'inizio dell'età adulta, verso i vent'anni. In molti casi, però, il disturbo ha un onsets più precoce, collocandosi in media attorno ai 13 anni, durante la pubertà, anche se nei maschi risulta essere leggermente prima, verso i 10 anni e nelle femmine un po'

dopo, in adolescenza. L'età sembra essere il più forte predittore sociodemografico del DOC, sebbene esistano delle rare eccezioni di onset in più tarda età, cioè sui 30 anni.

Si riscontra grande variabilità nella durata e gravità del disturbo. Inoltre, studi su adolescenti con sintomi di DOC sottosoglia, hanno presentato esiti divergenti al follow-up, alcuni erano gravemente malati, altri continuavano a non raggiungere la soglia per poter effettuare una diagnosi. Nella maggior parte dei casi, i pazienti convivono con i sintomi per decenni e solo in una più piccola percentuale di loro si verifica una remissione totale dei sintomi.

Il disturbo è più frequente nelle femmine che nei maschi, però, nei campioni clinici di vari studi questa differenza non risulta significativa. Diverso è nei bambini, infatti l'incidenza del DOC è maggiore nei bambini maschi, visto che in loro il disturbo tende a manifestarsi prima rispetto alle femmine.

Solitamente, i pazienti con questo disturbo non si sposano, ma non sembra essere un elemento specifico del DOC, poiché è comune a tutti i disturbi mentali.

Sebbene non sia certo, sembra che crescere in un ambiente molto religioso e rigido potrebbe facilitare la comparsa di ossessioni religiose, sessuali o aggressive rispetto alle altre.

## **1.5 Comorbilità**

Il DOC è caratterizzato da sostanziali comorbilità, si stima infatti che il 40-60% dei pazienti presenti almeno un altro disturbo mentale contemporaneamente (Pinto et al., 2006), mentre la stima sale al 90% se si considera la comorbilità durante tutto l'arco di vita (Ruscio et al., 2010). Nonostante la considerevole eterogeneità nei risultati di questi studi, i più comuni disturbi in comorbilità con il DOC secondo il *National Comorbidity Survey Replication* negli Stati Uniti (NCS-R; Ruscio et al., 2010) sono: i disturbi d'ansia (75.8%), i disturbi dell'umore (63.3%), i disturbi del controllo degli impulsi (55.9%) e disturbi legati all'abuso di sostanze (38.6%).

Anche i disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo sono frequentemente diagnosticati insieme al DOC e la loro prevalenza può variare dal 28.4% (de Mathis et al., 2013) al 67.1% (du Toit et al., 2001), quelli più frequenti sono: disturbo da escoriazione (28.2%), disturbo da dismorfismo corporeo (12.9%) e tricotillomania (12.9%).

## 1.6 Sottotipi fenomenologici

L'idea di base è che il disturbo ossessivo-compulsivo sia un disturbo unitario, che però può presentarsi con caratteristiche cliniche molto diverse tra i vari pazienti. Ad un primo sguardo, sembra essere molto eterogeneo, ma in realtà il vasto numero di ossessioni e compulsioni può essere classificato in un numero più limitato di categorie.

Le ossessioni più comuni riguardano: la contaminazione, il dubbio patologico, il corpo, il bisogno di simmetria e l'aggressività/violenza. Le compulsioni più frequenti, che spesso sono legate in maniera più o meno logica al contenuto delle ossessioni, sono: controllare, lavare, pulire, contare, ordinare e riordinare. Quindi, ad esempio, se è presente un'ossessione di contaminazione, la relativa compulsione riguarderà la pulizia e il lavaggio ripetuto e se invece le ossessioni riguardano la simmetria e l'ordine, la compulsione sarà di riordinare gli oggetti in una certa posizione o sequenza.

I ricercatori hanno cercato a lungo di suddividere in categorie le ossessioni e le compulsioni più comuni usando un approccio fattoriale, giungendo a modelli a quattro o cinque fattori. I fattori più comunemente individuati sono:

- contaminazione, che riguarda tutte le preoccupazioni soprattutto per i germi e i batteri, le cui compulsioni prevedono il lavarsi ripetutamente ed eccessivamente alcuni parti del corpo come le mani o pulire gli oggetti che sono ritenuti contaminati.

- sintomi legati al nuocere, si riferisce al terrore di poter ferire o danneggiare sé stessi o gli altri o esserne anche solo in parte responsabili. Queste ossessioni sono associate alla compulsione del controllo.

- inaccettabilità, riferita all'avere pensieri ritenuti inaccettabili, in quanto vanno contro i propri ideali e valori, come le ossessioni religiose, sessuali o aggressive. Vengono tenuti sotto controllo con dei rituali mentali o delle preghiere.

- simmetria, riguarda il bisogno di precisione e simmetria degli oggetti che ci circondano e la relativa compulsione a riordinare gli oggetti o a contarli.

- accumulo, riguarda le preoccupazioni sul buttare o separarsi dai propri averi e risparmiare, con la relativa compulsione di accumulare più oggetti che si può. Nell'edizione più recente del DSM, il disturbo da accumulo è stato classificato come un'entità separata, anche se in alcuni pazienti con DOC possono comunque manifestarsi sintomi di questo genere.

Molti ricercatori hanno tentato di classificare il DOC in sottogruppi, concentrandosi soprattutto sui sintomi manifesti, tralasciando le differenze legate ai meccanismi d'azione sottostanti il disturbo. Sono state fatte anche altre classificazioni in base a: età di insorgenza della malattia, storia familiare, presenza di altri disturbi psichiatrici e genere, ma non hanno portato a grandi risultati.

I tentativi di classificazione del DOC sono nati dall'esigenza di: facilitare la comunicazione tra i professionisti della salute mentale, sviluppare le basi per delle nuove teorie psicopatologiche, predire il decorso della malattia e sviluppare dei trattamenti più adeguati ed efficaci, su misura per ogni paziente.

Per classificare, è necessario che tutti gli elementi di una classe siano omogenei tra loro e che ci siano chiare distinzioni e confini tra sottogruppi diversi, i quali devono essere mutualmente esclusivi. I metodi più comuni di categorizzazione dei sintomi sono stati l'analisi fattoriale e l'analisi dei cluster.

I primi e grossolani approcci suddividevano i pazienti in base al loro comportamento compulsivo principale oppure in base alla presenza contemporanea o meno di tic ed erano limitati dall'assenza di studi empirici che supportassero questi sottogruppi.

La prima classificazione svolta con uno strumento psicometrico validato, il *Maudsley Obsessional Compulsive Inventory*, è stata fatta da Hodgson and Rachman nel 1977 e poi replicata da Sanavio e Vidotto nel 1985 su un campione non clinico. I loro studi hanno identificato tre categorie dei sintomi del DOC: lavaggio, controllo e dubbio.

L'analisi fattoriale della Compulsive Activity Checklist ha prodotto due categorie: lavaggio/pulizia e controllo (Philpott, 1975).

Invece, il Padua Inventory (PI) ha prodotto tre fattori simili a quelli precedentemente nominati: contaminazione, comportamenti di controllo, controllo delle attività mentali (uguale al sottogruppo "dubbio") e un fattore diverso, ovvero impulsi e perdita di controllo sul comportamento motorio, cioè la spinta a commettere azioni violente o pericolose senza volerlo (Sanavio, 1988).

Una versione aggiornata del PI ha prodotto cinque sottogruppi leggermente diversi: lavaggio, controllo, ruminazione, impulsi, precisione (van Oppen, Hoekstra, & Emmelkamp, 1995). I risultati di questi studi sono estremamente limitati a priori, perché innanzitutto i test che sono stati usati per indagare i sintomi ossessivo-compulsivi si focalizzano su alcune aree come la contaminazione, il dubbio, il controllo

e pertanto le dimensioni latenti trovate ruotano intorno a questi temi e in secondo luogo, non vengono considerati i sintomi meno studiati del DOC, come la simmetria, i rituali mentali e l'accumulo.

Quindi, gli studiosi si sono orientati su altri strumenti di misura, che includessero un più ampio range di sintomi, come la Y-BOCS Checklist (Goodman et al., 1989). Essa comprende 60 sintomi specifici del DOC, suddividendoli in ossessioni e compulsioni. Le prime sono organizzate in otto categorie: aggressive, di contaminazione, sessuali, accumulo, legate alla simmetria e precisione, religiose, somatiche, altro. Le seconde comprendono: lavare, controllare, contare, riordinare e sistemare, accumulare, ripetere, altro. A seguito di un'analisi fattoriale, studi diversi hanno identificato dimensioni latenti diverse. I differenti risultati sono attribuibili al metodo con cui vengono codificati i sintomi dei pazienti in varie categorie e al metodo di analisi utilizzato.

Di seguito sono presentati alcuni studi che hanno utilizzato l'analisi fattoriale.

Baer (1994) aveva identificato tre principali categorie di sintomi: simmetria e accumulo, guidata da un senso di imperfezione e incompletezza che spinge ad accumulare, riordinare, contare; contaminazione e pulizia, che include anche le ossessioni somatiche e le compulsioni di controllo (per la prima volta pulizia e controllo vengono accorpate nella stessa categoria); ossessioni pure, come quelle religiose, sessuali e violente. Queste categorie non corrispondono a gruppi di pazienti separati, ma più che altro a gruppi di sintomi che un paziente può avere in qualche misura.

Leckman (1997) aveva invece indentificato quattro fattori: ossessioni e controllo, pulizia e lavaggio, accumulo, simmetria e ordine. Con quest'analisi, per primo, si accorse della stretta correlazione tra le ossessioni aggressive e le compulsioni di controllo, che rientrano entrambe nel primo fattore. Infatti, spesso questo tipo di pazienti teme ad esempio di ferire qualcuno e quindi, deve assicurarsi che nei paraggi non ci siano oggetti con cui poter fare del male agli altri. Anche le ossessioni sessuali e religiose vengono incluse nello stesso fattore.

Mataix-Cols et al. (1999, 2002) identificarono cinque fattori, quattro dei quali erano gli stessi trovati da Leckman (1997). Il quinto fattore, nel primo studio, erano le ossessioni sessuali e religiose, che a differenza di Leckman vengono fatte rientrare in un fattore a sé, mentre nel secondo studio erano le ossessioni sessuali e somatiche senza alcuna compulsione.

Altri studi invece hanno preferito avvalersi dell'analisi dei cluster per suddividere i pazienti in vari sottogruppi, come quello di Calamari et al. (1999), che ha identificato cinque gruppi: danneggiare, in cui i soggetti presentano ossessioni aggressive e compulsioni di controllo; accumulo; contaminazione; certezza, che caratterizza tutti quei pazienti che sono accomunati dalla necessità di avere la certezza di qualsiasi cosa, soprattutto riguardo gli esiti di azioni potenzialmente dannose; ossessivo.

Non c'è un gruppo di simmetria/riordino, perché le relative ossessioni di simmetria sono state identificate sia nel gruppo "danneggiare", che in quello "certezza" e le compulsioni di riordino solo nel sottogruppo "certezza".

Questo è il primo studio dove viene considerata la categoria di ossessioni e compulsioni "altro" (*miscellaneous*), in cui sono presenti i rituali mentali. Inizialmente, erano state esaminate e approfondite solo le compulsioni overt o manifeste del DOC e non era stata riconosciuta l'importanza di quelle covert o nascoste, che invece sono molto comuni tra i pazienti e sono funzionalmente equivalenti alle altre.

Sempre Calamari e i suoi colleghi hanno replicato lo studio del 1999 nel 2004, ottenendo quasi gli stessi risultati e aggiungendo il sottogruppo relativo alla contaminazione.

Questi lavori hanno strenuamente cercato di classificare i sintomi del disturbo ossessivo compulsivo, e di conseguenza i suoi pazienti, al fine di inserirli in sottogruppi omogenei, per comprendere meglio questa patologia, ma soprattutto per poter sviluppare dei trattamenti più adatti alle caratteristiche ed esigenze dei pazienti. È evidente che, ad esempio, pazienti con caratteristiche prevalenti di controllo avranno bisogno di un intervento diverso da chi ha problemi legati alla contaminazione e alla pulizia. Inoltre, queste classificazioni permettono di fare previsioni sulla prognosi del paziente, perché alcuni sottogruppi sono più resistenti al trattamento di altri.

Di coloro che si rivolgono a degli specialisti e ricevono una diagnosi di DOC, la maggior parte sono pazienti con sintomi che riguardano principalmente la pulizia e/o i rituali di controllo ripetuti ed eccessivi, mentre un numero minore ma comunque consistente è caratterizzato da sintomi di altra natura come contare, ripetere, simmetria, riordino, accumulo. I primi rispondono meglio alla terapia cognitivo-comportamentale (CBT) rispetto ai secondi. Non è tuttora chiaro se il motivo sia la maggiore facilità nel trattarli per le caratteristiche sintomatologiche o se sia solo perché sono stati i

sottogruppi fin dall'inizio più studiati del DOC e quindi involontariamente il trattamento si è strutturato adattandosi maggiormente ad essi.

Nello specifico, i pazienti con sintomi di accumulo sono i più complessi da trattare, perché non rispondono alle procedure standard di trattamento, come la CBT o la farmacoterapia. Hanno maggiore probabilità di abbandonare la terapia e anche quando riescono a raggiungere dei miglioramenti, sono limitati. Anche nel caso di ossessioni religiose e sessuali e in tutti i casi di ossessioni pure senza compulsioni, la prognosi non è buona né a seguito della terapia comportamentale né serotoninergica.

Una possibile spiegazione del motivo per cui i trattamenti sono più efficaci su alcuni tipi di pazienti e non su altri, potrebbe essere che essi non agiscono sulle vere credenze disfunzionali e sui deficit dei vari sottogruppi. I soggetti divorati dal dubbio patologico, ad esempio, sono molto lenti ed indecisi, sono molto preoccupati che la loro memoria possa tradirli dimenticando una cosa importante e sono più sensibili alla manipolazione della responsabilità di coloro che hanno compulsioni di pulizia e lavaggio. Questo perché i meccanismi sottostanti il disturbo differiscono da tipo a tipo di paziente e non ci si può aspettare che un unico trattamento funzioni per ogni paziente con una categoria di sintomi predominanti diversa. Pertanto, una delle tante sfide che i ricercatori dovranno affrontare per riuscire a suddividere in sottoclassi il DOC, sarà considerare gli aspetti cognitivi alla base delle diverse manifestazioni dei sintomi.

Allo stato attuale della letteratura sono necessarie maggiori ricerche per definire i sottotipi del DOC e i loro meccanismi cognitivi che alimentano i sintomi, così da creare una tassonomia più chiara e condivisa tra gli esperti di questo disturbo. Via via che i ricercatori comprendono meglio il DOC e ne approfondiscono i sintomi meno studiati, si aggiungono sottocategorie nuove del disturbo, rendendola una tassonomia non statica ma in continua evoluzione.

## **1.7 Ossessioni e compulsioni**

### **1.7.1 Contaminazione e pulizia**

L'ossessione di essere contaminati e la compulsione di pulizia sono tra i sintomi meglio conosciuti e più facilmente individuabili del DOC. Di solito, le sostanze contaminanti a cui i pazienti si riferiscono sono lo sporco visibile, i germi e le malattie, i liquidi

corporei, ma anche altre sostanze possono essere fonte di grande preoccupazione, come gli agenti chimici tossici, i veleni, le radiazioni e i metalli pesanti. Gli oggetti ritenuti contaminati producono principalmente ansia e secondariamente disgusto e vergogna, legati ad imbarazzo e senso di colpa. La contaminazione, secondo questi soggetti, viene magicamente trasmessa da un oggetto sporco ad uno pulito per contatto. Quindi anche tutti gli oggetti che sono stati in contatto con la fonte di contaminazione elicitano lo stesso disgusto e apprensione rispetto alla fonte stessa.

La paura ossessiva di essere contaminati è associata alla compulsione di lavarsi ripetutamente ed eccessivamente tutto il corpo o parti di esso, soprattutto le mani, al fine di liberarsi da germi e batteri o semplicemente di sentirsi puliti. Il lavaggio delle mani può essere svolto in modo ritualizzato, lavando ognuna delle dita singolarmente o anche la parte inferiore di ogni unghia. Per questo motivo, le mani dei pazienti si possono presentare rosse e screpolate, talvolta abrasi. Una volta che hanno finito di lavarsi le mani, il rubinetto viene richiuso con un altro oggetto come un fazzoletto o un asciugamano per evitare una nuova contaminazione. Quando i soggetti si trovano lontani da un lavandino, usano molto i disinfettanti per le mani. Quest'ultime però non sono l'unica zona corporea soggetta a pulizia compulsiva, infatti, i pazienti possono spendere molto tempo a fare docce troppo lunghe o numerose, a spazzolarsi i denti, a tenere puliti i capelli e in generale, a svolgere tutte le attività di cura del proprio aspetto. Se i soggetti ne hanno la possibilità, preferiscono direttamente evitare di toccare gli oggetti ritenuti contaminati, rispetto a lavarsi compulsivamente o a controllare che gli oggetti siano abbastanza puliti. È frequente che usino guanti o fazzoletti per aprire le porte o per aggrapparsi alle maniglie sui mezzi pubblici. Oppure l'evitamento del contatto può essere totale, i pazienti possono evitare di toccare le scarpe, togliendosele spingendo il tallone di una scarpa contro la punta dell'altra o evitare proprio di andare in luoghi contaminati, come i mezzi e i bagni pubblici.

Esistono due tipi di pazienti con i rituali compulsivi di lavaggio: quelli che temono la contaminazione per non ammalarsi e stare male e quelli che sono più preoccupati di trasportare la contaminazione e far così ammalare i loro cari. I primi, si concentrano sulla sensazione di contaminazione e riportano un numero inferiore di ossessioni rispetto agli altri. I secondi, focalizzano l'attenzione sulle conseguenze potenzialmente disastrose della contaminazione, evidenziando un senso di responsabilità molto



accentuato. La compulsione a lavare sé o altro nell'ambiente serve dunque per evitare un possibile pericolo e la minaccia relativa alla contaminazione sia che la preoccupazione sia rivolta a se stessi sia agli altri.

Il trattamento di esposizione con prevenzione della risposta viene usato per entrambi i sottogruppi e include: psicoeducazione su come lavarsi normalmente, una graduale esposizione agli stimoli che i pazienti credono contaminati e la prevenzione della risposta compulsiva sia comportamentale che cognitiva. La terapia cognitiva viene applicata in modo diverso nei due gruppi, nel primo si concentra sull'insegnamento di strategie per tollerare, rivalutare, decatastrofizzare la sensazione di disagio emozionale e sensoriale che il lavaggio vorrebbe eliminare, mentre nel secondo gruppo il focus diventa l'identificazione e rivalutazione della minaccia e dei pensieri riguardo la responsabilità di fare del male agli altri.

In caso di pazienti refrattari a questi trattamenti, vengono prese in considerazione terapie senza esposizione, come la *Danger Ideation Reduction Therapy* (DIRT), che si è rivelata utile per diminuire l'aspettativa di minaccia ed aumentare la consapevolezza del disturbo nel paziente. Include una prima fase psicoeducativa con informazioni correttive, una di ristrutturazione cognitiva dove vengono messi in discussione i pensieri irrazionali di contaminazione e cognizioni più realistiche vengono impiantate; una di modifica del focus attenzionale; la successiva in cui assistono alla visione di interviste a persone che per lavoro stanno a contatto con lo sporco e si contaminano facilmente; infine, l'ultima di esperimenti microbiologici in cui si contaminano le mani con oggetti temuti dal paziente e si discutono le analisi di laboratorio delle impronte digitali. Più recentemente è stata utilizzata anche per i pazienti DOC con compulsioni predominanti di controllo che non rispondono agli altri trattamenti (Vaccaro et al., 2010).

### **1.7.2 Dubbio patologico e controllo**

Alcuni pazienti con DOC sono incessantemente preoccupati che qualcosa di orribile accadrà se non controllano completamente o parzialmente qualcosa, o se non sono abbastanza cauti e prudenti. Questo accade perché hanno un bisogno estremo di certezza che niente di brutto si verifichi, anche se la reale probabilità che quell'evento accada è bassissima, come assicurarsi di aver chiuso ogni finestra della casa prima di uscire per

evitare che i ladri entrino. Il loro lato razionale che sa di aver controllato e ad esempio, spento il gas, ma questo si scontra con il lato irrazionale che si sente spinto a controllare di nuovo. Se il controllo non viene effettuato, l'ansia sale talmente tanto che diventa insopportabile. Il controllo può scattare quando il paziente si trova in specifiche situazioni, come uscire di casa o quando spegne/accende la luce o quando compaiono all'improvviso nella mente dei pensieri di potenziali pericoli imminenti. Di frequente, i pazienti credono che il solo pensare ad un brutto evento renda la sua realizzazione più probabile.

Un tipo di controllo molto comune è rivolto a serrature e chiavistelli di porte, finestre, auto, scatenato dalla paura che qualcuno possa entrare in casa, derubarli o fargli del male, tutto per colpa della loro disattenzione. I pazienti controllano spesso anche i fornelli, forni, tostapane, phon, piastre per capelli, per assicurarsi che siano spenti, con la spina staccata o non più caldi dopo averli usati. Anche le prese elettriche e le luci generano grandi preoccupazioni a causa della possibilità che facciano scoppiare un incendio con una scintilla o un cavo difettoso. Compulsioni meno comuni sono quelle di controllare i rubinetti e le possibili perdite, affinché non danneggino la casa o addirittura i vicini.

Di solito, durante il trattamento si cerca di ridurre il tempo speso a controllare, ad esempio, limitando il numero di controlli, anche se spesso i pazienti hanno dei rituali relativi a numeri buoni e cattivi e al conteggio in generale. Le azioni di controllo, nella maggior parte dei casi, vengono ripetute finché non se ne va la sensazione della necessità di controllare, anche se non c'è nessun apparente motivo.

I rituali di controllo vengono eseguiti con lo scopo di evitare che cose terribili accadano, ma ci sono anche casi in cui questo si generalizza a situazioni che, anche se si verificassero, non succederebbe niente di catastrofico, come non chiudere bene il frigo. In questi casi, gli stessi pazienti riferiscono che sarebbe meglio che l'evento negativo si realizzasse, rispetto a dover sopportare le ossessioni e i rituali, ma nonostante questo, non riescono ad esercitare un controllo sul comportamento cognitivo e motorio.

Molti pazienti con la compulsione di controllo, seguono la regola del "*What if*", cioè se esiste una possibilità su un milione che un evento indesiderato si verifichi, allora si verificherà, poiché la probabilità che un evento accada può essere molto bassa, ma non zero. Quindi si chiedono continuamente "Che cosa succederebbe se...?", ad esempio,

“se prendessi in mano un coltello?”, “se il cavo dell’ascensore si rompesse?”, “se avessi dimenticato di chiudere la porta di casa?”.

I soggetti sovrastimano la propria parte di responsabilità nel far accadere delle disgrazie e la probabilità di commettere degli errori che porteranno a conseguenze disastrose. Da qui nasce la necessità di assicurarsi che le cose temute non accadano.

I trattamenti cognitivi per questi individui hanno come obiettivo l’apprendimento della capacità di valutare correttamente la loro responsabilità nelle varie situazioni.

Questo sottogruppo in realtà soddisfa tutti i domini cognitivi del DOC, infatti, sovrastimano la probabilità che una minaccia si verifichi, non tollerano l’incertezza, attribuiscono troppa importanza ai loro pensieri e al loro controllo, si sentono responsabili per tutto e sono perfezionisti.

### **1.7.3 Ossessioni religiose, sessuali e aggressive**

Le ossessioni possono riguardare cose molto care al paziente, come i propri valori morali o le persone a loro care e costituire una minaccia. Infatti, possono risultare davvero angoscianti pensieri volgari o immagini blasfeme per un paziente fortemente religioso, se compaiono insistentemente, ad esempio, ogni volta che vede oggetti di culto o luoghi di preghiera, poiché questo va contro ciò in cui crede e il suo senso di moralità. Le ossessioni religiose, sebbene siano estremamente angoscianti e insopportabili per i pazienti, spesso sono quelle di cui ci si accorge di meno, perché possono credere che quella sia una forma di sofferenza imposta da Dio e che lui gli sta chiedendo di sopportare. In paesi con codici morali molto rigidi, la frequenza di ossessioni religiose in pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo è maggiore rispetto agli altri.

Le ossessioni aggressive e violente, invece, riguardano la possibilità di ferire in qualche modo sé o gli altri e questa paura deriva dal senso di responsabilità molto elevato riguardo al causare danni, sopra già menzionato. Ferire accidentalmente o colpire impulsivamente il proprio bambino con un coltello o un oggetto appuntito, investire un passante mentre si è alla guida, picchiare qualcuno, spingere una persona sui binari quando si è alla stazione in attesa del treno, tagliare la gola o soffocare il proprio partner

mentre dorme, affogare il proprio figlio, sono tutte preoccupazioni possibili di questi pazienti.

Infine, i pensieri ricorrenti e indesiderati inerenti la sfera sessuale, riguardano il dubbio di poter avere un orientamento sessuale diverso da quello attuale o di essere attratto da oggetti o persone ritenute non socialmente accettabili, perdere il controllo e diventare sessualmente violento, il timore di essere attratto da bambini, impulsi o immagini sessuali rivolti a membri della famiglia.

Questi sono tutti pensieri accompagnati da forti sensi di colpa, paura o vergogna nei pazienti, a volte arrivando perfino a credere di dover essere puniti per essi.

A differenza dei parafilici, i pazienti con DOC sono più preoccupati dal voler davvero fare le cose che pensano, invece, i primi sono più oppressi dai sensi di colpa e dall'ansia che segue l'aver realizzato l'azione.

Ciò che rafforza le ossessioni è il fatto che i pazienti ritengano che cose del genere siano perverse, immorali e non dovrebbero essere pensate, e così questi pensieri diventano tanto più ricorrenti e intrusivi quanto più il paziente cerca di allontanarli.

Spesso, passano intere sedute dal terapeuta raccontando nel dettaglio i pensieri che hanno avuto, come in una sorta di confessione. Il bisogno di confessarsi gli serve per cercare rassicurazioni, cioè che loro non sarebbero mai capaci di fare le cose orribili che pensano o che non sono delle persone orribili solo perché hanno avuto dei pensieri immorali.

Nella maggior parte dei casi, le ossessioni religiose, sessuali e aggressive non presentano compulsioni overt o manifeste, infatti, venivano definite "pure obsessional". Questo succede approssimativamente nel 25% dei pazienti DOC e questo sottogruppo è considerato difficile da trattare, perché è resistente al trattamento CBT e ai farmaci. Le compulsioni in realtà ci sono, è solo che passano inosservate. Vengono usate per ridurre l'ansia provocata dai pensieri intrusivi e si tratta di rituali mentali. Questi ultimi possono essere: recitare a mente delle parole "buone" dopo aver avuto dei brutti pensieri, contare, pregare, fare delle liste mentali, riesaminare conversazioni o azioni già svolte, cancellare mentalmente le immagini ossessive, pensare a delle rassicurazioni. Queste compulsioni sono funzionalmente uguali a quelle comportamentali e perseguono lo stesso scopo. L'alternativa a cui i pazienti ricorrono è l'evitamento degli stimoli

esterni che innescano le intrusioni, ad esempio, una madre che teme di ferire suo figlio eviterà di tenere coltelli e oggetti appuntiti in casa.

In questi casi, in fase di trattamento, è molto utile sia normalizzare i pensieri indesiderati, sia cambiare le specifiche credenze associate alle ossessioni per vedere un effettivo miglioramento dei sintomi. Questo viene svolto con la CBT, usando la tecnica della freccia discendente, per arrivare a comprendere le assunzioni sottostanti i sintomi e disconfermarle con esperimenti comportamentali.

#### **1.7.4 Simmetria e riordino**

Alcuni pazienti sono ossessionati dall'ordine e per loro è necessario che tutti gli oggetti siano disposti in un certo modo, posizione, o sequenza, così da renderli simmetrici o "equilibrati". Sono persone molto preoccupate dall'esattezza, precisione e perfezione, spingendosi oltre quella che può essere una normale preferenza per l'ordine.

I pazienti, quando trovano gli oggetti non allineati o ordinati nella maniera corretta (secondo loro), provano una sensazione più di tensione e insoddisfazione, piuttosto che di ansia. La tensione cresce fino a quando mettono in atto la compulsione di riordino, e a quel punto viene rilasciata.

Per porre fine a queste sensazioni disturbanti, alcuni dispongono libri e penne sulla loro scrivania secondo un ordine prestabilito, altri continuano a spostare gli oggetti finché non si sentono soddisfatti, altri ancora allineano le scarpe e altri oggetti personali.

Di solito questi pazienti sono troppo lenti nello svolgimento di compiti anche molto semplici, perché l'obiettivo si sposta dal portare a termine il compito al completare una routine in modo perfetto, causando così ritardi a lavoro e una diminuzione del livello di funzionamento.

I pazienti che compiono le compulsioni di riordino, riferiscono di farlo perché vogliono che sia tutto perfetto o per allontanare un'ipotetica minaccia che in realtà è totalmente fuori dal loro controllo. Le rare volte in cui sentono di aver raggiunto questa perfezione, provano una sensazione che non riescono a paragonare ad altro, invece, in caso non ci riescano, vengono pervasi da un senso di incompletezza. L'unico modo per eliminare quest'ultima è ripetere azioni che per gli altri non hanno tanto valore finché non si

sentono soddisfatti e in qualche modo “completi”. Questo contribuisce alla difficoltà di interrompere una compulsione quando è già stata avviata.

### **1.7.5 Ossessioni e compulsioni somatiche**

Le ossessioni somatiche sono caratterizzate dalla paura di sviluppare una grave malattia che potrebbe mettere in pericolo la propria vita. Le ossessioni più comuni riguardano malattie che portano alla morte e soprattutto, cancro, attacchi di cuore, malattie veneree, aids.

Le compulsioni che spesso vi seguono sono: il controllo del proprio stato di salute tramite esami e visite mediche, parlare con amici, familiari, conoscenti per ricevere delle rassicurazioni sulla propria condizione fisica, controllare visivamente la pelle alla ricerca di segni di malattia come rossori o bollicine, acquistare strumenti per monitorare i livelli di pressione, frequenza cardiaca, glicemia o temperatura corporea.

Questi pazienti sono simili agli ipocondriaci, ma a differenza loro hanno anche altre ossessioni e compulsioni.

### **1.7.6 Numeri e conteggio**

Contare compulsivamente è una compulsione comune del DOC, i pazienti possono contare a voce alta o nella mente gli oggetti che vedono, i passi quando camminano o corrono, o i numeri che compaiono sui dispositivi elettronici (orologi digitali o i minuti che trascorrono dall’inizio di un film). Oppure, contano facendo riferimento a certi numeri precisi, credendo che abbiano un significato speciale, quindi ripetono le azioni quell’esatto numero di volte.

Di solito, le compulsioni appaiono illogiche o irrealistiche, ma nella mente di chi ne soffre hanno perfettamente senso e assolvono ad uno scopo ben preciso. Invece, questo sottotipo di pazienti con compulsioni di conteggio, si rendono quasi sempre conto che non c’è un reale motivo per farlo, ma lo fanno lo stesso. Le compulsioni possono nascere da pensieri intrusivi che irrompono nella mente all’improvviso, come “guarda l’orologio quando segna le 11:11 o un membro della tua famiglia si ammalerà”. Se la persona viene interpellata, sa che è ridicolo, ma lo fa lo stesso perché non si sa mai che

accada davvero. È una sorta di pensiero magico, nel senso che il paziente crede di poter influenzare le situazioni ed evitare catastrofi o danni con il proprio pensiero tramite rituali scaramantici o gesti ripetuti, secondo un meccanismo che esula dalle normali relazioni di causa-effetto. Però, non sempre il conteggio è motivato da scongiurare eventi non graditi, ma a volte lo scopo è semplicemente sentirsi soddisfatti a seguito della ripetizione di un'azione.

### **1.7.7 Ossessioni e compulsioni di accumulo**

Per accumulo si intende l'acquisizione di oggetti apparentemente inutili o di limitato valore e la successiva incapacità nel liberarsene. Gli accumulatori sono molto attaccati agli oggetti che possiedono, anche se realisticamente il loro valore è pressoché nullo, e li reputano molto importanti e utili in quel momento o credono che potrebbero servirgli in futuro.

Molte persone si definiscono accumulatrici, ma non tutte hanno un disturbo clinicamente significativo. La differenza risiede nel grado di ingombro e disordine che questi oggetti di poco conto producono nelle case degli accumulatori, piuttosto che nella quantità di oggetti posseduti. Si tratta di patologia quando le case sono così ingombre da oggetti, al punto da precludere lo svolgimento di qualsiasi attività per cui quegli spazi erano stati progettati. Ad esempio, un paziente potrebbe non essere più in grado di usare la cucina, perché è così piena di oggetti da non aver spazio sufficiente per muoversi attraverso di essa.

L'accumulo compulsivo si accompagna da un notevole disagio e/o una riduzione nel normale funzionamento dell'individuo e può presentarsi sotto vari aspetti, come provare forte ansia quando altre persone cercano di buttare via gli oggetti accumulati e fare pulizia, discussioni con il partner a causa dell'accumulo, malattie di familiari tipo allergie, imbarazzo nel ricevere ospiti, vivere in un ambiente non adatto ai propri bambini, ritiro sociale o incapacità di lavorare.

I pazienti con OCD che presentano questo tipo di ossessioni e compulsioni sono circa il 20% e sono quelli con il più basso grado di funzionamento e qualità di vita rispetto alle altre forme del disturbo.

Per trattarli è necessaria una forma specifica di CBT, identificando le aree compromesse della loro abitazione, categorizzando gli oggetti da buttare, per poi buttarli o almeno far assistere a tale evento il paziente (esposizione). La terapia è più lunga rispetto agli altri pazienti con DOC e talvolta può richiedere anche 1 anno, mentre gli altri necessitano di circa 16 sessioni realizzabili in qualche mese. In parte, perché l'intervento si concentra sulla correzione dei deficit sottostanti l'accumulo compulsivo, come le abilità decisionali e quelle di categorizzazione/organizzazione, in aggiunta ai problemi di attaccamento emotivo eccessivo agli oggetti.

## **1.8 Caratteristiche cognitive**

I ricercatori cognitivisti, tra cui A.T. Beck, hanno basato i loro modelli sull'assunzione che alla base dei disturbi mentali ci siano delle strutture cognitive (schemi) rigidi e disfunzionali, tramite cui gli individui interpretano la realtà che li circonda in modo distorto. Per quanto concerne l'eziologia del disturbo ossessivo-compulsivo, gli esperti hanno evidenziato il ruolo di alcuni fattori cognitivi: la responsabilità esagerata, la fusione pensiero-azione e altre credenze relative all'eccessiva importanza attribuita ai pensieri, la necessità di controllare tali pensieri, la sovrastima della probabilità di realizzazione e della gravità di eventi negativi, l'intolleranza per l'incertezza e il perfezionismo (OCCWG; 1997, 2001).

Il ruolo della responsabilità era stato precedentemente individuato anche da Salkovskis (1985; 1989). Si riferisce alla credenza di essere i principali responsabili di avvenimenti negativi futuri e di conseguenza i pazienti si sentono obbligati a prevenire queste potenziali catastrofi. Mettono sullo stesso piano avere una qualche potenziale influenza su un evento e la responsabilità per come vanno a finire le cose. Gli individui si sentono oppressi non solo dalla gravosa presenza della responsabilità per ciò che si fa, ma anche per ciò che non fanno (bias di omissione), così da moltiplicare esponenzialmente i comportamenti preventivi.

Una possibile spiegazione può essere che i pazienti DOC abbiano una percezione più estrema dell'influenza che una persona ha su ciò che lo circonda, infatti, credono di avere un potere maggiore di provocare o evitare eventi spiacevoli rispetto ai soggetti sani.



Per quanto riguarda i pensieri, i pazienti affetti da DOC li ritengono significativi, sovrastimando la loro importanza. Sono intimamente convinti che un pensiero sia indicativo di qualcosa di sé (es. “ho avuto un pensiero immorale, allora sono una persona orribile”), che avere un pensiero aumenti la probabilità che ciò che è stato pensato accada davvero (es. “se ho questi pensieri violenti, vuol dire che prima o poi lo farò”), molto simile al pensiero magico, che avere un pensiero vuol dire che esso è importante e che il semplice pensare qualcosa equivalga alla sua realizzazione. Quest’ultima è una fusione del pensiero con l’azione, rendendoli praticamente equivalenti, strettamente legata alla religiosità (anche il solo pensare qualcosa di immorale è peccato tanto quanto averlo messo in pratica).

I pazienti ritengono sia possibile e anche necessario controllare questi pensieri, attraverso vari comportamenti ritualistici. Credono che se i pensieri non vengono controllati o se si fallisce il tentativo di controllo, accadrà qualcosa di brutto. Le strategie più utilizzate per controllare i pensieri sono: distrazione (pensare a cose piacevoli), supporto sociale (cercare rassicurazioni), preoccuparsi per altre cose, autopunirsi (arrabbiarsi con se stessi e svalutarsi) e rivalutazione (attribuire al pensiero un’interpretazione e un significato diversi). I tentativi di controllo dei pensieri non sono molto efficaci, perché quanto più un pensiero cerca di essere controllato, tanto meno il soggetto ci riesce e questo vale per tutti, anche per chi non soffre di DOC o di disturbi d’ansia.

Riguardo la valutazione dei pericoli, i pazienti si prefigurano le minacce come molto probabili e nel caso in cui si verificassero, estremamente dannose, quando invece, realisticamente, si tratta di scenari altamente improbabili, se non impossibili e anche nel caso in cui si verificassero, non è detto siano senza rimedio. La sovrastima della minaccia contribuisce al disturbo, perché la grandezza del pericolo percepita è sproporzionata rispetto alla capacità soggettivamente esperita di poterlo affrontare (con strategie solitamente disfunzionali, come l’evitamento e i rituali).

L’intolleranza all’incertezza consiste nel credere che sia sempre necessario essere certi delle proprie scelte e decisioni, infatti, i pazienti ripetono e ripetono i rituali compulsivi, perché questo alimenta la loro certezza. È probabilmente dovuta alla scarsa capacità di gestire le situazioni ambigue e gli imprevisti. Questo dominio cognitivo è altamente

correlato con gli altri, creando non poche sovrapposizioni (l'intolleranza all'incertezza può essere interpretata come il bisogno di controllo ossessivo sul pensiero o la necessità di scegliere di prendere sempre la decisione perfetta).

Il perfezionismo si riferisce alla credenza che ci sia un modo giusto per fare le cose e pertanto bisogna farlo così, poiché gli errori e le imperfezioni non sono ritenuti accettabili. È la caratteristica che è stata indagata solo più recentemente e il legame tra perfezionismo e DOC sembra chiaro, anche se tra tutti i domini cognitivi questo è quello più centrale anche in altri disturbi.

L'ambiguità e l'incertezza non sono tollerate, infatti questo spiega l'evidente carattere ripetitivo del disturbo e nello specifico delle azioni di controllo dei pazienti.

Negli anni, sono stati sviluppati diversi modelli per spiegare il DOC considerando questi fattori cognitivi e si suddividono in modelli metacognitivi e cognitivi. I pensieri possono essere classificati in due grandi gruppi, metacognitivi e cognitivi, i primi sono dei pensieri sui pensieri, quindi sulla loro importanza e significato, i secondi sono pensieri generali o sociali. Un modello metacognitivo del DOC è stato elaborato da Wells e Matthew nel 1994 e successivamente modificato dallo stesso Wells negli anni successivi, sottolineando l'importanza dei pensieri metacognitivi e la necessità di mettere in atto dei rituali di controllo sui pensieri per prevenire i pericoli. Salkovskis (1985) ha basato il suo modello sui pensieri non-metacognitivi di responsabilità, cioè il credere di avere il potere decisivo di determinare o impedire un risultato negativo e dannoso. Wells (1997) ha obiettato che il senso di responsabilità è un prodotto delle metacognizioni, che aggiunge solo un piccolo contributo alla spiegazione del DOC.

## **1.9 Fattori motivazionali**

I tentativi di classificazione del DOC si sono per lo più basati su similarità comportamentali, tralasciando le caratteristiche motivazionali significative sottostanti. Per una corretta classificazione, è importante capire perché i pazienti si comportano in un certo modo. Ad esempio, un paziente con ossessioni di contaminazione e compulsioni di lavaggio, si lava eccessivamente perché vuole rimuovere completamente ogni possibile germe per evitare di ammalarsi/far ammalare i propri cari, oppure per

raggiungere una sensazione di soddisfazione e completezza, che non riesce a provare perché l'azione non gli sembra svolta nel modo giusto? O ancora, i pazienti che girano ripetutamente la manopola del gas vicino ai fornelli, lo fanno per essere sicuri che il gas non resti acceso e provochi un'esplosione, o perché sentono la necessità di girarla fino a che non gli sembra che la manopola nella loro mano sia nella posizione giusta?

Gli stessi sintomi possono essere alimentati da motivazioni diverse, come negli esempi appena descritti, oppure al contrario, sintomi diversi possono essere accomunati dallo stesso fattore motivazionale. Ad esempio, alcuni pazienti con compulsioni di controllo e altri di pulizia, potrebbero entrambi sentirsi spinti a mettere in atto questi comportamenti per prevenire un pericolo potenziale e imminente, anche se poco probabile.

### **1.9.1 Evitamento del pericolo**

Le concettualizzazioni cognitivo-comportamentali del disturbo ossessivo-compulsivo identificano l'evitamento del pericolo come la principale causa che spinge i pazienti a compiere le compulsioni. L'interpretazione catastrofica dei pensieri ossessivi, unita ad un elevato senso di responsabilità nel prevenire il pericolo, sfocia nei comportamenti compulsivi di neutralizzazione, per scongiurare le potenziali minacce future.

Infatti, i pazienti con compulsioni di pulizia, temono di contaminarsi con i germi e lo sporco o di ammalarsi, coloro che controllano i fornelli e le porte di casa temono i pericoli come incendi o furti e chi compie rituali mentali teme che qualcosa di terribile possa accadere alla sua famiglia.

A livello di trattamento, la terapia cognitivo-comportamentale è quella più utilizzata per il DOC e si rivolge solitamente a quei pazienti che hanno le ossessioni focalizzate su potenziali minacce e le compulsioni finalizzate a prevenire la realizzazione dell'evento negativo minaccioso. Infatti, su questo tipo di pazienti la CBT sembra essere molto efficace, perché i clinici individuano e ristrutturano le credenze profonde ed errate dei pazienti, che costituiscono la base delle valutazioni catastrofiche e pericolose di situazioni in realtà assolutamente normali.

### 1.9.2 Incompletezza

Le “*not just right experiences*” (NJREs) sono frequentemente riferite da pazienti DOC e riguardano la spiacevole sensazione che le cose non siano assolutamente perfette. I pazienti provano una sensazione di imperfezione, come se l’azione che hanno appena svolto non fosse stata realizzata in modo corretto o non producesse la soddisfazione desiderata ed attesa.

È stata anche definita come “il senso di imperfezione interiore legato ad azioni o obiettivi che vengono realizzati in modo incompleto”.

Essa può presentarsi attraverso qualsiasi modalità sensoriale, visiva (l’aspetto delle proprie cose), uditiva (preferenza per la monotonia e la ripetizione dei rumori ambientali), tattile (controllare la consistenza degli oggetti toccandoli) e propriocettiva (il bisogno di “bilanciare” le azioni). Anche delle esperienze non sensoriali ma cognitive più complesse (esprimere i propri pensieri nel miglior modo possibile, senza ambiguità) possono rientrare in questa categoria.

Di conseguenza, i pazienti si sentono spinti a mettere in atto un’azione per ridurre questa sensazione di fastidio e la ripetono fino a che non gli sembra di averla svolta nel modo giusto. Ne sono esempi il rileggere lo stesso passaggio più volte, riscrivere una cosa più volte lasciando segni di correzione, rifare attività di routine (entrare/uscire dalla porta, alzarsi/sedersi dalla sedia, scendere/salire le scale), e ripetere le cose più volte perché non sono state dette come volevano.

A tutti può capitare di provare delle NJREs nella vita di tutti i giorni, infatti, nello studio di Coles et. Al del 2003, il 99% dei soggetti che hanno partecipato alla ricerca ne ha fatto esperienza almeno una volta nella vita e il 95% le aveva provate in quella settimana. Queste esperienze sono potenzialmente innocue secondo i modelli cognitivo-comportamentali, fino a che non vengono rigidamente interpretate come catastrofiche, generando una forte ansia. Infatti, quanto più l’individuo valuta le esperienze intense ed importanti, tanto più assumeranno delle caratteristiche problematiche. Criteri più specifici per distinguere le esperienze normali da quelle patologiche non esistono, perché sebbene non sia una scoperta recente, non sono stati sviluppati degli strumenti di misura adatti per rilevarle e dei relativi cut-off.

Negli studi in cui le NJREs sono state valutate, risultano essere molto legate al disturbo ossessivo-compulsivo e alle sue caratteristiche cliniche, rilevando forti correlazioni tra i

punteggi complessivi dei due. Nello specifico, sembrano essere più relate ad alcuni sottotipi di DOC, infatti correlano maggiormente con le ossessioni di dubbio e di simmetria e le rispettive compulsioni di controllo e di riordino, rispetto ai sintomi di contaminazione, pulizia ed accumulo.

Sono legate anche al perfezionismo maladattivo (preoccupazioni eccessive di commettere errori e dubbi sull'aver svolto ogni compito nel modo giusto), caratteristica cognitiva facilmente riscontrabile in molti pazienti DOC.

Questa manifestazione di disturbo ossessivo-compulsivo, fu per la prima volta descritta un secolo fa dal neurologo e psicologo Pierre Janet, nella sua opera *Les obsessions et la psychasthénie*, in cui parla di “*les sentiments d'incomplétude*”, cioè una sensazione di imperfezione connessa alla percezione di azioni o intenzioni realizzate in maniera incompleta. Altri autori ne hanno parlato descrivendola come una sensazione di incompletezza, un fenomeno sensoriale, una spiccata sensibilità percettiva o un deficitario sentimento di sapere (un malfunzionamento nel meccanismo interno che segnala il termine di un'azione, poiché è stata correttamente completata).

Da un punto di vista teorico, Pitman (1987) ha spiegato le NJREs del DOC come il frutto dell'incompatibilità tra le percezioni esterne in entrata ed i segnali interni (le aspettative). Essa genera fastidio e disagio, portando a mettere in atto le compulsioni per ridurli. In quest'ottica, essendo le compulsioni un tentativo perfezionistico di abbinare le sensazioni alle relative aspettative, un'ipotesi è che le NJREs siano una forma particolare di perfezionismo basato sulle sensazioni, specifica del DOC.

Al momento, però, la ricerca non ha avuto successo nel dimostrarlo empiricamente, anche se ci sono indizi che portano in quella direzione. Come i risultati della ricerca di Ferrari del 1995, che evidenziano come sia le NJREs sia il perfezionismo siano strettamente legati ai rituali di controllo compulsivo, avvalorando l'ipotesi che si tratti di una forma particolare di perfezionismo.

## **1.10 Trattamento**

Può accadere che i pazienti aspettino molto tempo prima di iniziare a cercare un trattamento, questo perché alcuni di loro non hanno grande consapevolezza del disturbo,

altri per l'imbarazzo riguardo ai sintomi o per l'ansia di essere esposti agli stimoli temuti. Nella primissima fase del trattamento è necessario costruire una solida alleanza terapeutica con il paziente e fare psicoeducazione. Quest'ultima ha un'importanza imprescindibile, perché permette ai pazienti e alle loro famiglie di essere messi al corrente del fatto che si tratta di un disturbo relativamente comune e ben conosciuto e che esistono dei trattamenti che diminuiscono, almeno parzialmente, i sintomi, migliorando sensibilmente la qualità di vita.

Successivamente, si passa alla terapia psicologica e/o farmacologica. La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) o gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) sono i trattamenti di prima linea per il DOC, usati singolarmente o insieme, a seconda della necessità.

La CBT è la forma di psicoterapia evidence-based più efficace per il DOC e comprende due componenti principali: il reappraisal cognitivo e l'intervento comportamentale. Quest'ultimo è una tecnica chiamata esposizione con prevenzione della risposta e consiste nell'esposizione graduale e prolungata del paziente agli stimoli che inducono paura e ansia, seguendo delle istruzioni per astenersi dal compiere le compulsioni. La componente cognitiva della terapia aiuta invece i pazienti a sottoporsi all'esposizione nonostante la riluttanza e consiste nel discutere le possibili conseguenze temute e i pensieri disfunzionali che vi stanno alla base.

La terapia cognitivo-comportamentale può essere erogata individualmente o in gruppo, di persona o via internet con protocolli appositi.

Il predittore più forte di risultati a breve e a lungo termine è l'aderenza al trattamento tra una sessione e l'altra, durante cui vengono dati al soggetto dei "compiti a casa" da svolgere, come per esempio, esporsi agli stimoli temuti anche a casa e nella vita di tutti i giorni, altrimenti si rischia che i miglioramenti raggiunti in seduta non vengano generalizzati alle situazioni quotidiane.

La terapia farmacologica solitamente prevede la somministrazione di SSRI per 8-12 settimane e le dosi nel trattamento del DOC sono più alte rispetto a quelle per i disturbi d'ansia. I farmaci sono associati ad un'alta efficacia, ma il tasso di drop out da questa terapia è alto a causa degli effetti collaterali indesiderati, come i dolori gastrointestinali e le disfunzioni sessuali.

Esistono anche dei trattamenti alternativi, ma sono meno efficaci e consistono in: la combinazione di CBT e di mindfulness, delle tecniche di meditazione, l'esercizio fisico e l'agopuntura.

Coloro che non rispondono agli interventi di prima linea sono purtroppo molti, in alcuni casi si può provare semplicemente a combinare la terapia psicologica con quella farmacologica o ad aumentare la dose dei farmaci, mentre in altri casi ancora più disperati si ricorre alla neurochirurgia, usata come ultima spiaggia in pazienti molto gravi e refrattari ad ogni altro tipo di trattamento.





## Capitolo II

### 2.1 Knowledge Space Theory

La *Knowledge Space Theory* (KST) è un approccio alla valutazione della conoscenza di un individuo, basata su un modello matematico, combinatorio e probabilistico. I primi ad averla teorizzata sono stati Jean-Paul Doignon e Jean-Claude Falmagne nel 1985. Tradizionalmente viene usata per fare una valutazione computerizzata ed efficiente della conoscenza e del livello di apprendimento di un individuo (Doignon & Falmagne, 1999; Dowling, Hockemeyer, & Ludwig, 1996; Hockemeyer, Held, & Albert, 1998), infatti il suo principale campo di applicazione è stato quello dell'educazione.

I metodi principali che vengono usati per la valutazione della conoscenza nell'ambiente scolastico sono i test, in tutte le loro forme. Pertanto, questa costituisce un'area di grande interesse per i ricercatori, a cui essi hanno rivolto la loro attenzione già dalla fine dell'ottocento. I risultati di questi strumenti sono problematici, poiché comprimono la conoscenza degli studenti in una scala ordinale di giudizi, non tenendo conto delle relazioni tra le domande che vengono fatte e non riuscendo a distinguere la vera comprensione dello studente rispetto al tirare a caso e indovinare così la risposta. Inoltre, i test non identificano né i punti di forza e di debolezza del soggetto, né le abilità che ha acquisito. Quindi, potrebbe essere utile applicare la KST ai test valutativi, per modificarli e migliorarli, al fine di ottenere più accurati profili di conoscenza degli studenti, mostrando cosa gli alunni sono già in grado di fare e cosa sono pronti ad imparare (Doignon, 1985).

Il computer viene spesso usato come mezzo di acquisizione di conoscenza e poi di successiva valutazione dell'apprendimento. Se da un lato, è in grado tanto quanto un insegnante, di fornire ad un soggetto delle informazioni, non si può dire lo stesso per la valutazione. Infatti, un computer non potrà mai completamente sostituire un'interazione uno ad uno con un insegnante, proprio perché non riesce a valutare in modo efficace la conoscenza di uno studente. La valutazione da parte dell'insegnante viene svolta in modo implicito, attraverso una serie di domande poste allo studente, dove ogni domanda successiva viene scelta in funzione della risposta alla precedente. Così, in modo veloce ed efficiente, già dopo poche domande, l'insegnante è in grado di avere una chiara immagine dello stato di conoscenza dell'alunno. L'insegnante potrebbe non essere

in grado di spiegare e giustificare nel dettaglio i vari passaggi che l'hanno guidato fino alla valutazione finale e quindi potrebbe non essere un metodo molto preciso, considerando anche la difficoltà e la complessità di questo compito.

I ricercatori hanno quindi cercato di implementare nei computer questa abilità tipicamente umana, al fine di svolgere una valutazione iniziale della conoscenza che un soggetto possiede in un dato momento, aggiornandola costantemente.

È il momento di introdurre i concetti principali della KST, che ruotano attorno alla *knowledge structure*. Però, per poterne parlare bisogna prima esplicitare dei concetti più basilari, quelli di dominio e di stati di conoscenza.

Un *knowledge domain* è definito dall'insieme  $Q$ , che comprende tutti gli item che possono essere indagati riguardo un determinato argomento.

Un *knowledge state*  $K \subseteq Q$ , consiste in un sottoinsieme di  $Q$ , cioè quella parte di domande a cui un individuo riesce a rispondere o di problemi che è in grado di risolvere in condizioni ideali.

Una *knowledge structure* è un insieme di *knowledge states*, ed include anche l'insieme vuoto ( $\emptyset$ ) e l'intero dominio  $Q$ , perché tiene in considerazione il caso in cui lo studente non sappia niente o che conosca tutto di quell'argomento. Viene indicata con la coppia  $(Q, K)$ , dove  $Q$  è il dominio e  $K$  è una famiglia di sottoinsiemi di  $Q$  inclusi nella struttura. In generale, ha un numero finito di elementi se anche il dominio  $Q$  lo è, e solitamente in campo educativo è così, perché anche se concettualmente si possono formulare un numero infinito di domande, esse sarebbero ugualmente informative e non avrebbe senso sottoporle tutte allo studente. In sostanza, una *knowledge structure* è una rappresentazione delle implicazioni tra gli item appartenenti a  $Q$ . Questo ci permette di identificare il campo di conoscenza preso in considerazione, cioè la conoscenza che un singolo soggetto ha acquisito e le relazioni che collegano le varie domande in  $Q$ .

Si parla invece di *knowledge space*, quando una famiglia  $K$  di una *knowledge structure*  $(Q, K)$  è chiusa sotto unione, cioè ogni unione di *knowledge states* è ancora uno stato incluso nella struttura. Questo perché se due studenti vengono lasciati interagire e i loro iniziali *knowledge states* sono rispettivamente  $K$  e  $K'$ , ad un certo punto è possibile e probabile che uno dei due acquisisca la conoscenza di entrambi  $K \cup K'$ , quindi è ragionevole considerare questo stato all'interno della struttura. Altri motivi per cui è stata usata la chiusura sotto unione sono la maggiore facilità di implementazione della

struttura nella memoria di un computer e il fatto che gli stati sono equivalenti ai grafici AND/OR usati dalle intelligenze artificiali.

Un *knowledge space* può essere costruito in vari modi, quello più comune è utilizzare le risposte che gli esperti danno quando vengono interrogati da degli algoritmi (Koppen & Doignon, 1990; Stefanutti & Koppen, 2003), tramite le *skill maps* (Spoto, 2010) o tramite l'analisi esplorativa guidata dai dati (Schrepp, 2002; Unlu et al., 2013).

Tra gli item all'interno di  $Q$ , possono esistere delle relazioni, ad esempio, un item  $a$  potrebbe essere prerequisito di  $b$ , nel senso che se lo studente riesce a rispondere a  $b$ , deve per forza saper rispondere anche ad  $a$ , se invece lo studente fallisce ad  $a$ , deve per forza aver sbagliato anche  $b$ , senza tener conto della possibilità di errori o della fortuna. Una proprietà del *knowledge space* riguarda proprio i prerequisiti, perché un item potenzialmente può anche avere più gruppi di prerequisiti, nel senso che si può considerare che quell'item può essere risolto in vari modi ugualmente corretti, usando strategie differenti.

Un altro concetto di base della *Knowledge Space Theory*, è la *skill map*, un concetto che può essere adattato al contesto clinico. Una *skill map* è definita da una tripletta  $(Q, S, f)$ , dove  $Q$  è un insieme non vuoto di item,  $S$  è un insieme non vuoto di abilità,  $f$  è la funzione da  $Q$  a  $2^S \setminus \{\emptyset\}$ . In sostanza si tratta di una funzione che assegna ogni item  $q$  di  $Q$  a un gruppo di abilità che servono per rispondere correttamente. Quindi  $f(q)$  di  $S$  rappresenta l'insieme delle abilità necessarie per svolgere il problema  $q$ . Se lo studente risolve il problema  $q$ , allora significa che ha acquisito le abilità in  $f(q)$ .

Più recentemente, l'approccio della *Knowledge Space Theory* è stato applicato al contesto clinico, per svolgere una valutazione adattiva dello stato clinico dei pazienti (Bottesini et al., 2014).

## 2.2 Formal Concept Analysis

La *Formal Concept Analysis* (FCA) è un campo della matematica applicata, basata sull'interpretazione ed espressione matematica di concetti e gerarchie di concetti, al fine di analizzare i dati e di organizzare la conoscenza, e può essere considerata una branca di applicazione della teoria del reticolo (*lattice theory*). La FCA permette di rappresentare matematicamente, analizzare e costruire strutture concettuali.

La nozione di “concetto” si è evoluta nelle teorie filosofiche e la loro influenza è giunta fino ad oggi. In matematica, ha giocato un ruolo importante quando si è sviluppato il campo della logica matematica all’inizio del diciannovesimo secolo, ma fino alla fine degli anni settanta non ha avuto un grande impatto sul pensiero matematico. Infatti, l’espressione *Formal Concept Analysis* è stata introdotta per la prima volta da Rudolf Willie nel 1981, partendo dalla teoria dei reticoli e degli insiemi ordinati sviluppata da Garrett Birkhoff negli anni trenta.

È stato dimostrato che questo tipo di analisi può essere utile in una grande varietà di campi come la medicina, la psicologia, la sociologia, la linguistica, l’ingegneria civile e dei software, la matematica e nello studio dell’informazione e della tecnologia.

Per poter parlare di FCA, è necessario comprendere i concetti base degli insiemi e delle relazioni, in modo tale da poterli considerare all’interno di concetti ben più complessi. Un insieme è un raggruppamento di elementi di varia natura e nel caso della FCA gli elementi di interesse sono gli oggetti e gli attributi. Consideriamo un gruppo di oggetti  $G$  che si presume possiedano una serie di caratteristiche  $M$ . Questi due insiemi  $G$  e  $M$  sono legati da una relazione. Pensando agli oggetti tangibili reali, essi dispongono di caratteristiche differenti a seconda del tipo di oggetto che si sta considerando e inoltre, oggetti diversi possono condividere una o più caratteristiche. È possibile esplicitare matematicamente la relazione che lega gli oggetti con le loro caratteristiche con un sottoinsieme del prodotto cartesiano tra i due insiemi  $G$  e  $M$ .

Illustrate queste premesse, si può proseguire con il concetto fondamentale della FCA, cioè il *formal context*, la cui notazione è data da una triade  $(G, M, I)$ , in cui  $G$  è l’insieme di oggetti,  $M$  è l’insieme di attributi, e  $I \subseteq G \times M$  è la relazione binaria tra ogni oggetto e un gruppo di attributi. Per comprendere meglio il *formal context*, consideriamo la sua rappresentazione grafica, cioè una matrice booleana, dove ogni riga è un oggetto e ogni colonna è un attributo. Ogni volta che viene assegnato il valore 1, significa che esiste una relazione  $gIm$  tra l’oggetto e il rispettivo attributo, in parole povere l’oggetto possiede quell’attributo e quando si assegna 0, significa che tra i due non vi è alcuna relazione. In pratica la matrice raffigura in maniera chiara e sintetica le relazioni che intercorrono tra gli oggetti e gli attributi. È anche possibile ottenere delle informazioni riguardanti le relazioni tra i vari attributi in base agli oggetti inseriti nel

contesto. In questo caso si parla di dipendenze funzionali e permettono di analizzare le regole su cui si basa il contesto.

In un *formal context*, tra oggetti e attributi si forma una connessione di Galois, definita da queste due trasformazioni:

$$A' = \{m \in M \mid gIm, \forall g \in A\}$$

$$B' = \{g \in G \mid gIm, \forall m \in B\}$$

tenendo conto che  $A \subseteq G$  e  $B \subseteq M$ .

Quindi  $A'$  è l'insieme di tutti gli attributi che tutti gli oggetti di  $A$  hanno in comune e  $B'$  è l'insieme degli oggetti che hanno tutti gli attributi in  $B$ .

Ci troviamo di fronte ad un *formal concept* se la coppia  $(A, B)$  soddisfa le seguenti condizioni:

$$A = B' \text{ e } B = A'$$

Cioè, l'*extent*  $A$  del concetto contiene tutti gli oggetti in  $G$  che hanno gli attributi in  $B$  e l'*intent*  $B$  di un concetto contiene quegli attributi posseduti da tutti gli oggetti in  $A$ .

I *formal concepts* sono legati tra loro da una relazione d'ordine, creando una gerarchia.

Dati due *formal concepts*  $(A_1, B_1)$  e  $(A_2, B_2)$  di un contesto  $K$ , una relazione d'ordine  $\leq$  è definita così:

$$(A_1, B_1) \leq (A_2, B_2) \leftrightarrow A_1 \subseteq A_2$$

$$(A_1, B_1) \leq (A_2, B_2) \leftrightarrow B_1 \supseteq B_2$$

In modo tale che un concetto è di un livello inferiore ad un altro, se esso ha un *extent* maggiore o un *intent* più piccolo dell'altro. Ogni gruppo di concetti ha un sotto-concetto più comune, chiamato *meet* (infimum o estremo inferiore), il cui *extent* è composto da tutti gli oggetti comuni a tutti gli *extent* del gruppo e un sovra-concetto meno comune, chiamato *join* (supremum o estremo superiore), il cui *intent* comprende tutti gli attributi che gli oggetti di un gruppo hanno.

I concetti di un contesto formano un *complete lattice*, cioè un gruppo parzialmente ordinato in cui tutti i sottoinsiemi hanno un *meet* e un *join*. Se viene soddisfatta solo una di queste due condizioni, si parla di *conditionally complete lattice*. Il *complete lattice* è sostanzialmente un *concept lattice* di  $(G, M, I)$  e si tratta di un reticolo di *formal concepts* provenienti da un *formal context*. Visivamente risulta essere un grafo i cui nodi costituiscono ciascuno una coppia di insiemi.

Tenendo conto che gli attributi di un *concept lattice* sono chiusi sotto intersezione, cioè che ogni intersezione tra i gruppi di attributi è ancora inclusa nel reticolo e i complementi degli attributi (*complements of intents*) sono chiusi sotto unione, possiamo dire che si tratta di un *knowledge space*. È dunque possibile creare dei *knowledge space* a partire da dei *formal contexts*. Per farlo, bisogna costruire il contesto con un insieme G di soggetti, trattati come oggetti formali, e un altro M di item, legati dalla relazione binaria gIm, nel senso che il soggetto g ha correttamente risposto alla domanda m. L'insieme di risposte del soggetto al test diventa un insieme di attributi formali, cioè un *intent* e dalla relazione tra questi e i loro complementi è possibile produrre un *knowledge context* che abbia come dominio l'insieme di item e per stati i complementi dei pattern di risposta osservati.

## **2.3. Formal Psychological Assessment**

### **2.3.1 Il problema dell'assessment psicologico**

Assessment psicologico è il nome con cui si indica la prima fase di una valutazione psicologica, in cui l'esperto valuta globalmente il funzionamento cognitivo, emotivo e comportamentale della persona che ha davanti. È un complesso processo di raccolta, analisi ed elaborazione di informazioni del soggetto, volto a: valutare le sue condizioni psicologiche, decidere se prenderlo in carico, individuare e concordare con lui/lei gli obiettivi a breve e/o a lungo termine ed identificare le tecniche di trattamento più adeguate al caso (Sanavio, 1991). Si tratta di una fase molto delicata, perché il clinico ha il ruolo di sviluppare una serie di ipotesi diagnostiche e di raccogliere in poco tempo un numero sufficiente di informazioni per confermare o smentire le già citate ipotesi. Gli scopi ultimi dell'assessment sono molteplici, tra cui capire come il paziente sperimenta soggettivamente le proprie difficoltà, capire quali eventi possono aver contribuito alle difficoltà attuali e soprattutto giungere alla concettualizzazione del caso, ovvero, formulare il problema e spiegare il comportamento del soggetto in base alla sua storia e ai seguenti fattori: predisponenti, precipitanti, di mantenimento ed esacerbanti. Un ultimo scopo, altrettanto importante e forse quello che più velocemente viene alla mente quando si pensa ad una valutazione psicologica, è la formulazione di una diagnosi, dal greco *diágnôsis* (*diá* = attraverso e *gnôsis* = conoscenza). Essa consiste

nell'identificazione di una patologia attraverso le risposte del paziente durante il colloquio, la rilevazione dei sintomi e gli esami di laboratorio, quando necessari. Ovviamente questo implica anche lo svolgimento di una diagnosi differenziale, nel senso di un esame critico dei sintomi presentati per poter distinguere patologie con caratteristiche simili tra loro. Una diagnosi corretta si basa su tutti i dati rilevati in fase di valutazione e sulla loro reciproca interazione e andamento nel tempo.

Passando alle modalità con cui l'assessment viene svolto, esso si articola in una successione sistematica e logicamente organizzata di approfondimenti, procedendo dal generale al particolare, come un processo ad imbuto. Gli strumenti più utilizzati durante la valutazione sono i questionari o le interviste ad ampio spettro.

I questionari autovalutativi o self-report vengono utilizzati ad integrazione del colloquio per potenziare il lavoro di esplorazione e per farlo con maggiore sistematicità. Quelli ad ampio spettro più conosciuti sono il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-II* (MMPI-II; Hathaway e McKinley, 1989) e la batteria *Cognitive Behavioural Assessment* (CBA 2.0; Sanavio et al., 1992), a cui segue l'utilizzo di strumenti più specifici a seconda dei risultati che emergono. Permettono di raccogliere grandi quantità di informazioni ed evitare l'imbarazzo che nasce nei pazienti a parlare di problemi di cui spesso si vergognano.

Le interviste semi-strutturate, sono simili a dei questionari somministrati oralmente, ma a differenza dei questionari, sono più adattabili alle persone a cui devono essere somministrate, poiché l'intervistatore deve porre una serie di domande che vengono selezionate sulla base delle risposte che vengono fornite via via.

L'uso di questi test psicometrici, sebbene sia un buon modo per cogliere dei segnali di potenziali problematiche da approfondire in un secondo momento, comporta anche degli svantaggi. Difatti i test ad ampio spettro sono molto dispendiosi a livello di tempo ed energie, sia per il clinico, che potrebbe commettere degli errori nella somministrazione, che per il paziente, il quale potrebbe svolgere l'ultima parte del test in modo più superficiale e distratto; le informazioni raccolte potrebbero risultare ridondanti e quindi superflue o non informative; il clinico potrebbe avere dei bias di giudizio. In realtà il problema più preoccupante è un altro. I test forniscono una serie di punteggi tramite la somma degli item a cui il soggetto ha risposto, però due individui potrebbero ottenere alla fine lo stesso risultato nonostante abbiano risposto

affermativamente a domande diverse. Tralasciando in questo modo i pattern di risposta, vengono perse delle informazioni potenzialmente rilevanti per costruire un piano terapeutico personalizzato per ogni paziente e in questo modo maggiormente efficace.

### **2.3.2 Scopi e differenze con l'Item Response Theory**

Il *Formal Psychological Assessment* (FPA) è un metodo che intende rispondere alle problematiche dei test psicometrici sopra citate pur mantenendo i loro vantaggi, fornendo un contesto formale a cui far riferimento per la costruzione di strumenti di valutazione psicologica.

La clinimetria è lo studio di indici, scale di valutazione e altri mezzi utilizzati per descrivere e misurare sintomi, segni e altri fenomeni clinici, che permette di trasformare dei dati qualitativi quali sono i costrutti psicologici in informazioni quantitative.

Essa condivide con il FPA lo stesso intento di ricavare più informazioni possibili dalle misure cliniche, andando oltre il mero punteggio dei test. Quest'ultimo, se considerato da solo, può nascondere delle informazioni importanti, che un clinico può ottenere solo leggendo attentamente gli item a cui il soggetto ha risposto affermativamente e ragionandoci sopra, a costo di una grande perdita di tempo, di imprecisioni o dell'utilizzo di ulteriori test di approfondimento.

È importante avere dei criteri e dei cut-off di riferimento per diagnosticare un disturbo, ma è altrettanto importante non lasciarsi sfuggire informazioni sul tipo e sulle caratteristiche dei sintomi, che invece possono essere estratte dai pattern di risposta dei singoli soggetti.

Questo scopo viene perseguito non solo dal FPA, ma anche dall'*Item Response Theory* (IRT), che si concentra sulle caratteristiche del singolo item, stimandone la difficoltà e mettendola in relazione con il livello di abilità del soggetto mediante un preciso modello statistico. In questo modo è quindi possibile collocare sia gli individui che gli item su un continuum che rappresenta una scala comune di misura del tratto latente. L'IRT assume che ogni soggetto quando risponde a un item abbia un certo valore di abilità sottostante, a cui corrisponde un livello proporzionale di probabilità di rispondere correttamente a quello specifico item. Le differenze tra IRT e FPA sono sostanzialmente due: l'IRT presume che il costrutto sia limitato ad una sola dimensione, mentre il FPA si apre alla



possibilità che il costrutto non sia collocato su un continuum, ma bensì in uno spazio; in secondo luogo, l'IRT ordina secondo un ordine totale, nel senso che tutti i gruppi di item possono essere confrontati fra loro, mentre il FPA secondo un ordine parziale, permettendo la compresenza di gruppi di pattern di risposta non confrontabili. In questo senso, l'*Item Response Theory* può essere vista come un caso specifico del *Formal Psychological Assessment*.

### 3.3.3 Elementi del Formal Psychological Assessment

Il *Formal Psychological Assessment* è nato dall'applicazione di due teorie matematiche, la *Formal Concept Analysis* e la *Knowledge Space Theory*, al campo clinico e per comprenderlo meglio, è necessario chiarire alcuni concetti.

I suoi elementi basilari sono gli **oggetti** e gli **attributi**, i primi sono gli item che investigano un costrutto psicologico e che fanno parte di test psicometrici, i secondi sono le caratteristiche cliniche di un disturbo, cioè i sintomi o i criteri clinici con cui esso viene descritto.

L'insieme di item che indaga un disturbo è il **dominio clinico** del contesto e si identifica con la lettera Q.

Il **contesto clinico** viene costruito a partire da questi elementi, infatti consiste in una matrice booleana in cui in ogni riga viene inserito un item e in ogni colonna un attributo. Nelle celle che si creano dalla loro intersezione viene inserito il numero 1 ogni volta che un item indaga un attributo, quindi quando i due sono in relazione, in caso contrario viene inserito uno 0.

Lo **stato clinico** è un sottoinsieme K di item del dominio che descrive un individuo, secondo le relazioni di prerequisiti definite tra gli item, cioè gli item che soddisfa. È un costrutto latente e non direttamente osservabile, che può essere inferito sulla base del pattern di risposte del soggetto e dei parametri di errore.

Questo concetto permette di andare oltre l'approccio della teoria classica dei test (*Classical Test Theory*, CTT; Gulliksen, 1950), che si configura come il riferimento teorico più usato per costruire strumenti di valutazione. Secondo la teoria classica, l'unica cosa veramente importante è il punteggio globale ottenuto dal numero di risposte esatte (o affermative) fornite dal soggetto, quindi un individuo in possesso di un

maggior tratto dovrebbe rispondere correttamente a un maggior numero di domande. Questo non considera la situazione in cui due pazienti ottengano lo stesso punteggio perché hanno risposto allo stesso numero di domande pur avendo dei pattern di risposta diversi, cioè hanno risposto affermativamente a domande diverse. Dunque, sebbene l'etichetta diagnostica sia la medesima, le caratteristiche cliniche dei due saranno diverse e lo stato clinico permette di tenere conto di queste informazioni.

È un punto particolarmente rilevante per il disturbo ossessivo-compulsivo, perché si tratta di un disturbo mentale che può presentarsi con un vasto numero di combinazioni di caratteristiche diverse, può essere classificato in diversi sottotipi ed avere dei fattori psicologici alla base diversi.

Il contesto clinico è indispensabile per la costruzione della **struttura clinica** che rappresenta le implicazioni tra i vari item del dominio. È definita da una coppia  $(Q, k)$ , dove  $Q$  è il dominio clinico e  $k$  è un insieme di stati clinici che possono esistere dati un insieme di item e una struttura teorica di riferimento. Ci sono insiemi di item che non sono ammissibili, poiché in base ai criteri teorici scelti i loro pattern di risposte non lo sono. Gli stati clinici, concettualmente uguali a ai pattern di risposta appena nominati, si basano sul concetto di **prerequisiti**, cioè delle relazioni tra gli item del dominio secondo cui un item che indaga un insieme di attributi di un altro item, il primo si dice prerequisito del secondo. Per chiarire meglio ecco un esempio: dati due item o oggetti  $i$  e  $i'$ , se l'insieme di attributi indagati da  $i$  è un sottoinsieme degli attributi di  $i'$ , si può affermare che  $i$  sia un prerequisito di  $i'$ .

Partendo dal contesto clinico, è possibile rappresentare le relazioni sottostanti gli item e i criteri teorici clinici con un **reticolo completo** (*complete lattice*), in cui ogni nodo è uno stato clinico ammissibile, cioè un pattern di risposte ammissibile associato ad un insieme di attributi e tutti i nodi sono disposti gerarchicamente secondo le regole imposte dai prerequisiti.

All'interno del reticolo, gli item che si trovano a livelli superiori sono quelli maggiormente informativi, perché gli stati clinici che li contengono (non necessariamente tutti) hanno maggiore probabilità di essere legati ad attributi critici. Più un item si trova in alto, più supporta attributi critici, più bassa sarà la probabilità di registrare una risposta affermativa a quell'item.

Purtroppo un modello deterministico non è sufficiente per parlare di disturbi psicologici, perché ognuno di essi ha una prevalenza diversa dall'altro ed è insensato che ogni stato clinico abbia la stessa probabilità di presentarsi. Perciò si ricorre al *basic local independent model* (BLIM; Doignon & Falmagne, 1999), un modello probabilistico che assegna una certa probabilità ad ogni stato clinico, creando una struttura clinica probabilistica. Il modello può stimare la probabilità di osservare uno specifico stato clinico, tenendo in considerazione che quello potrebbe anche non corrispondere al vero stato clinico del paziente perché lui/lei potrebbe avere una scarsa capacità di insight, non comprendere il significato degli item o interpretarli in modo diverso da come erano stati intesi dagli ideatori del test. Inoltre, il modello deve anche considerare gli errori per ogni item, essi si distinguono in falsi positivi ( $\alpha$ ), ossia la probabilità di osservare una risposta affermativa ad un item  $i$  anche se il soggetto non soddisfa tutti gli attributi indagati da  $i$  e falsi negativi ( $\beta$ ), cioè la probabilità di osservare una risposta negativa a  $i$  quando il soggetto soddisfa tutti gli attributi indagati da  $i$ . Questi errori possono essere stimati per ogni item e si presume che quelli che indagano attributi specifici (un certo attributo non è indagato da altri item eccetto quello) abbiano un errore pari a zero. Successivamente si può stimare la probabilità di un attributo ( $0 < p < 1$ ), ossia la probabilità che l'attributo sia soddisfatto da un soggetto che risponde affermativamente ad almeno uno degli item che lo indagano. La probabilità che un individuo presenti un attributo è dunque influenzata da: lo stato clinico attraverso la probabilità dell'attributo, gli errori  $\alpha$  e  $\beta$ , e il numero di item all'interno dello stato che indagano l'attributo. Questi indici possono anche essere usati per migliorare il questionario stesso, per decidere se sia il caso eliminare item poco informativi o ridondanti, stabilire la plausibilità di un pattern di risposte ad un test, riformulare degli item poco chiari, cambiare gli attributi che indagano o suddividerli in due o più parti.

### **2.3.4 Vantaggi e limiti**

Il FPA non ha l'obiettivo finale di stabilire quale sia la diagnosi di un individuo, ma di valutare quantitativamente lo stato del paziente e di descrivere gli elementi clinici che lo caratterizzano, per aiutare il professionista nella formulazione del caso in fase di assessment.

È una metodologia ampiamente flessibile, che può essere utilizzata per qualsiasi disturbo e partendo da qualsiasi struttura teorica di riferimento, cosicché le stesse domande di un questionario possano essere legate ad attributi diversi. Ad esempio, nel caso la ricerca vada avanti e produca una nuova versione del DSM con criteri aggiornati per la diagnosi dei disturbi mentali o si scoprissero nuovi meccanismi sottostanti ad un disturbo, si potrebbe usare il FPA per aggiornare anche i relativi questionari e interviste, semplicemente cambiando gli attributi nel contesto clinico.

Oltre ad essere adattabile ad ogni contesto teorico, è una risorsa molto preziosa per le implicazioni cliniche concrete che possiede, ossia costruire dei trattamenti su misura per ogni specifico paziente. Infatti, pazienti con fenotipi sintomatologici diversi ma con lo stesso disturbo, necessitano di trattamenti diversi e personalizzati.

Il FPA ci viene in aiuto, perché i pattern di risposta contenuti negli stati clinici sottolineano le differenze tra i pazienti con la stessa diagnosi, chiarendo la loro sintomatologia, permettendo così di sviluppare degli interventi terapeutici mirati per quelle specifiche caratteristiche del disturbo. Anche le diverse probabilità assegnate ai vari stati clinici contribuiscono a differenziare i pazienti, perché riflettono la presenza di meccanismi sottostanti diversi a fenotipi simili. Ad esempio, nel disturbo ossessivo-compulsivo può essere utile considerare in modo diverso gli item che indagano il senso di incompletezza dovuto alla sensazione di non aver fatto abbastanza bene qualcosa, da quelli che si concentrano sulla prevenzione di danni o catastrofi improbabili.

Come si può ben capire il FPA è una risorsa e uno strumento pieno di potenziale per l'ambito clinico, ma non è esente da limitazioni. Soprattutto riguardanti la costruzione della matrice, che richiede molto tempo agli esperti per essere costruita e la procedura è suscettibile ad errori. Inoltre, sono disponibili pochi dati sull'accordo tra valutatori (*inter-rater agreement*).

Un altro problema è che la matrice a livello teorico potrebbe contenere un grande numero di item, ma attualmente è limitato ad un massimo di 35 item a causa del numero di possibili stati  $2^{35}$ . Per ovviare a questo problema, si può applicare separatamente alle diverse sottoscale di un test, che conterranno un numero di item più gestibile. Inoltre, l'uso di questo strumento è molto più utile, non tanto per gli item che palesemente indagano certi attributi, ma per quelli dubbi che lasciano spazio a interpretazioni diverse.

### 2.3.5 Applicazioni

L'applicazione più immediata del *Formal Psychological Assessment* può essere il miglioramento e l'ottimizzazione degli item di un questionario o intervista già esistente, e/o la creazione, a partire da test già esistenti, di nuovi strumenti di valutazione per i disturbi mentali (Serra et al., 2015).

Dato che il FPA analizza le relazioni tra item e criteri diagnostici, è in grado di mostrare la presenza di item che indagano gli stessi attributi e ci permette di decidere riguardo l'eliminazione di alcuni di questi item portatori di informazioni ridondanti, visto che spesso si trovano item formulati in maniera diversa ma il cui significato è esattamente lo stesso. Oppure al contrario, potrebbe mostrare come alcuni attributi chiave per poter effettuare la diagnosi non vengano indagati da nessun item e in questo caso si potrebbe pensare di aggiungerne alcuni. Altri item ancora potrebbero risultare obsoleti, con scarsa validità di contenuto o magari non indagano i criteri di interesse, e quindi potrebbero essere eliminati.

Dopo aver sistemato gli item ed essere giunti alla versione definitiva del test, il contesto e la struttura clinica ottenuti con il FPA possono essere implementati in un algoritmo per creare uno strumento computerizzato ed adattivo di valutazione psicologica (*Computerized Adaptive Testing*, CAT). La caratteristica di essere adattivi (*adaptivity*) è particolarmente utile, perché così si evita di dover somministrare tutto il questionario al soggetto, selezionando solo le domande necessarie sulla base delle sue risposte, riducendo notevolmente i tempi di somministrazione e raccogliendo la stessa quantità di informazioni del test integrale (Spoto et al., 2018). Questa procedura mima quella delle interviste semi-strutturate, lasciando all'algoritmo il compito di eseguire inferenze che tengano conto di tutte le informazioni ottenute, seguendo un processo logico e corretto. Oltre a questo, il CAT evita una riduzione nell'accuratezza della somministrazione e incrementa l'efficienza dell'assessment. Per questi motivi i test adattivi vengono impiegati sempre più di frequente e vengono modificati quelli tradizionali per renderli tali (Granziol & Spoto, 2022). Esempi di strumenti adattivi sono: un sistema interattivo di auto-aiuto online che diagnostica la depressione e fornisce raccomandazioni per alleviarla (Yong et al. 2007), un modello integrato per misurare i tratti dei disturbi di personalità (Simms et al. 2011) e una versione ridotta del CES-D, scala self-report per valutare i sintomi depressivi (Finkelman et al., 2012).

Strumenti di questo tipo sono stati progettati anche per i terapeuti, come il sistema esperto di Spiegel e Nenh (2004), che permette allo psicologo di inserire un insieme di sintomi, che vengono collegati ad un database contenente tutte le combinazioni di sintomi possibili per ogni disturbo, per poi restituire tutte le possibili diagnosi con la relativa probabilità.

Ciò che rende adattivi i test psicometrici, sono le relazioni dei prerequisiti all'interno della struttura clinica realizzate con il FPA, perché esse implicano che non sono ammissibili tutti gli stati ottenibili combinando le risposte agli item all'interno di un contesto teorico di riferimento. Quindi, l'aver risposto in un certo modo a delle domande preclude la possibilità di rispondere ad ulteriori domande le cui risposte non sarebbero coerenti con le precedenti.

I test che si intendono sviluppare con il FPA hanno le seguenti caratteristiche: la cui compilazione possa essere svolta nello stesso o minor tempo che servirebbe per completare un questionario o intervista standard, adatti a raccogliere informazioni come le interviste, validi, affidabili, che incoraggino delle inferenze logiche corrette, quantitativi per poter produrre dei punteggi numerici e sintetici, qualitativi per fornire informazioni dettagliate sulle caratteristiche del disturbo e adattivi nel senso che le domande vengano selezionate in base alle risposte del paziente per massimizzare le informazioni che si possono ottenere.

## Capitolo III

### 3.1 Costruzione del contesto clinico

Quanto detto fino ad adesso è stato necessario per fornire un quadro generale su quali siano le caratteristiche salienti del disturbo ossessivo-compulsivo e quali siano le basi teoriche che hanno contribuito allo sviluppo del *Formal Psychological Assessment*.

In questo capitolo, verranno applicate le nozioni illustrate nel capitolo precedente sulla metodologia del FPA al disturbo ossessivo-compulsivo, al fine di poter elaborare un contesto clinico. Quest'ultimo, come già accennato, consiste in una matrice booleana che rappresenti le relazioni tra i criteri diagnostici e clinici, distintivi e rappresentativi del disturbo, in questo caso del DOC, e gli item dei questionari che intendono valutarlo. Per poter procedere in questa direzione, innanzitutto, è necessario selezionare gli elementi che costituiranno le righe e le colonne della matrice, cioè rispettivamente gli oggetti e gli attributi.

#### 3.1.1 La scelta degli oggetti

La scelta degli oggetti è ricaduta sugli item dei test più utilizzati in Italia per diagnosticare e indagare il DOC. Di seguito, sono presentati tutti gli strumenti psicometrici che sono stati considerati per costruire la matrice.

Il *Padua Inventory* (PI; Sanavio, 1988) è un questionario di autovalutazione usato per indagare i sintomi ossessivi e compulsivi sia in soggetti con disturbo conclamato, sia non patologici con sintomi sottosoglia, sia con altri disturbi. Nello specifico, valuta la tipologia e la gravità dei pensieri e impulsi ossessivi e dei comportamenti compulsivi nella popolazione clinica e normale. Si è dimostrato sensibile anche nel rilevare i cambiamenti nella gravità della sintomatologia dopo interventi che hanno avuto successo sul disturbo ossessivo-compulsivo. Il questionario da solo non fornisce una diagnosi, ma semplicemente delle indicazioni, sulla base di risposte soggettive date da un individuo in un preciso momento, infatti si possono riscontrare punteggi elevati pur in assenza di psicopatologia. Inoltre, il test non indaga il motivo per cui l'individuo ha indicato una certa risposta.

Rispetto agli altri test, il PI ha cercato di raccogliere tutte le ossessioni e compulsioni, anche quelle covert e meno studiate, per valutare in modo più completo il disturbo.

È costituito da 60 item valutati su una scala Likert a 5 punti che misura il livello di disagio da 0 (per nulla) a 4 (moltissimo). Le sottoscale fattoriali sono quattro: “Controllo insufficiente su attività mentali”, che rileva la scarsa abilità dell’individuo di gestire i pensieri indesiderati e le incertezze circa le proprie responsabilità negli eventi quotidiani; “Comportamenti di controllo”, che misura la presenza di eccessivi comportamenti di controllo per verificare se un’azione abbia prodotto l’esito voluto; “Venire contaminati”, che indaga la preoccupazione dell’individuo di essere contaminato e la presenza di comportamenti finalizzati alla pulizia; “Impulsi e preoccupazioni di perdere il controllo del proprio comportamento motorio”, per capire se la persona ha paura di perdere il controllo e fare del male a se stesso/gli altri. È prevista anche una scala totale, calcolata sommando il numero di tutti gli item e una sottoscala che si ottiene dalla somma degli item a cui il soggetto ha risposto con il punteggio massimo.

In generale, i punteggi corrispondenti a valori percentili minori di 85 sono considerati nella media e non sono rilevanti dal punto di vista clinico, quelli compresi tra l’85° e il 94° percentile indicano una condizione limite in cui i soggetti presentano aspetti ossessivo-compulsivi ma in quantità moderata e per tanto risultano sottosoglia, e infine, i punteggi uguali o superiori al 95° percentile indicano che le caratteristiche misurate sono presenti in misura significativamente superiore alla media. Di conseguenza, le persone che si collocano in quest’ultima fascia devono essere valutate attentamente dal clinico.

*Obsessive-Compulsive Inventory* (OCI; Foa et al., 1998) è un questionario self-report che nasce per valutare quantitativamente le varie dimensioni del DOC. È composto da 42 item e sette diverse sottoscale: “*Washing*”, “*Checking*”, “*Doubting*”, “*Ordering*”, “*Obsessing*”, “*Hoarding*”, “*Mental neutralizing*”. Ogni item viene valutato due volte su scala Likert a cinque punti (0 = per nulla, 4 = moltissimo) per misurare sia il disagio provato, sia la frequenza del fenomeno descritto. Si ottengono pertanto 8 punteggi per il disagio (7 sottoscale e 1 totale) e 8 per la frequenza (7 sottoscale e 1 totale).

La versione aggiornata e più breve del test, la *Obsessive-Compulsive Inventory – Revised* (OCI-R; Foa et al., 2002), è stata sviluppata per colmare delle lacune della



versione precedente, come la sovrapposizione tra il punteggio di disagio e quello di frequenza, l'assenza di dati sulla struttura fattoriale e l'eccessiva lunghezza. Gli item sono stati ridotti a 18, è stata eliminata la valutazione della frequenza, rendendo lo scoring più agile, e sono stati individuati 6 fattori (gli stessi dell'altra versione, ma senza il "Doubting"). Il test ha rivelato ottime capacità discriminative, per distinguere tra soggetti con DOC e soggetti non clinici.

L'OCI-R è uno strumento di approfondimento dei sintomi ossessivo-compulsivi, da usare nel caso in cui altri strumenti come il colloquio o i questionari ad ampio spettro abbiano indicato la possibile presenza di questo disturbo.

Per l'interpretazione del punteggio, punteggi grezzi: inferiori all'84° percentile sono considerati nella media, compresi tra l'85° e il 90° percentile indicano una condizione di confine, compresi tra il 91° e il 95° percentile indicano la presenza di ossessioni e compulsioni che provocano un certo disagio e infine, superiori al 95° percentile indicano una situazione di particolare difficoltà e la presenza clinicamente significativa di ossessioni e/o compulsioni. Le sottoscale di "Checking", "Ordering", "Washing" e "Obsessing" hanno altri percentili di riferimento: quando i punteggi grezzi sono inferiori all'84° sono nella media, compresi tra l'85° e il 94° sono al confine con aspetti patologici, e superiori al 94° indicano una situazione di particolare difficoltà e la presenza clinicamente significativa dei sintomi indagati.

Strumenti di misura come l'OCI-R minimizzano la possibilità di falsi negativi, ma sono problematici per i falsi positivi. Quindi, si può essere abbastanza certi del fatto che punteggi nell'ambito della norma segnalino effettivamente l'assenza di problemi, ma una uguale sicurezza circa la presenza di una psicopatologia specifica in caso di punteggi elevati non si può avere. Punteggi elevati potrebbero essere riscontrati anche in presenza di ansia elevata non necessariamente associata al disturbo ossessivo-compulsivo, oppure di aspetti depressivi, di disturbi alimentari o somatoformi. È bene comunque ricordare che ad oggi l'OCI-R risulta essere uno degli strumenti più specifici per la misura di ossessioni e compulsioni riferite al DOC.

Un altro limite è la sua brevità, che da un lato è un vantaggio visti i tempi di somministrazione molto brevi, che lo rendono perfetto per i contesti di ricerca, ma dall'altro, è uno svantaggio perché implica che anche poche omissioni possono

invalidare il test, nello specifico più di due. Il punteggio riferito alla singola scala viene invalidato anche in presenza di una sola omissione, perché gli item sono davvero pochi.

L'*Obsessive Beliefs Questionnaire* (OBQ) è un test adatto a valutare le credenze caratteristiche e specifiche del pensiero ossessivo, individuate dal gruppo *Obsessive Compulsive Cognitions Working Group* (OCCWG, 1997; 2001). Si compone di 87 item (inizialmente 129) su scala Likert a 7 punti (da 1 = per niente d'accordo a 7 = del tutto d'accordo). Sono presenti 6 sottoscale: "Controllo dei pensieri", "Importanza dei pensieri", "Responsabilità", "Intolleranza dell'incertezza", "Sovrastima del pericolo", "Perfezionismo". Il test è stato successivamente rivisitato, arrivando ad una versione finale con un numero notevolmente minore di item (44), suddivisi in 3 scale: "Responsabilità/stima del pericolo", "Perfezionismo/certezza" e "Importanza/controllo dei pensieri" (OCCWG, 2003; 2005).

L'OBQ è stato tradotto e adattato per creare una sua versione italiana. Quest'ultima è composta da 46 item su scala Likert 0-7, divisi in 5 scale: "Perfezionismo", che indaga la necessità di fare sempre le cose in maniera perfetta e il fallimento percepito soggettivamente qualora non si raggiungano gli standard prefissati; "Responsabilità per danno", cioè il senso di responsabilità percepito quando si commette un'azione ritenuta immorale o dannosa; "Controllo dei pensieri", ossia il bisogno di esercitare un completo controllo sui pensieri; "Responsabilità per omissione", che approfondisce la dimensione di eccessiva responsabilità in relazione a situazioni in cui non si agisce per prevenire un potenziale danno; "Importanza dei pensieri", che misura la convinzione secondo cui la sola formulazione di un pensiero indica che è importante, richiamando l'equivalenza pensiero-azione. Il punteggio di ogni singola scala è dato dalla semplice somma delle risposte del soggetto e non sono previsti item invertiti. Per valutare i punteggi si usano i percentili, in generale se il punteggio è inferiore al 79° percentile è nella media, se è compreso tra l'80° e il 94° c'è una condizione patologica di confine che indica la possibile presenza di patologia, se è compreso tra il 95° e il 99° è presente quella dimensione misurata dalla scala in modo clinicamente significativo.

Il questionario si compila in poco tempo, massimo un quarto d'ora e di solito viene somministrato solo dopo la fase di valutazione iniziale ed eventuale diagnosi, quando risulta evidente che siano implicati degli aspetti metacognitivi. Non è adatto per scopi diagnostici in senso stretto, perché non descrive i sintomi ossessivo-compulsivi previsti

dai criteri diagnostici, ma vengono indagate le convinzioni caratteristiche dei pazienti e il loro significato, utili soprattutto in fase di trattamento per verificare di aver avuto successo nel modificarle.

L'elevazione delle scale può essere presente anche in altri disturbi oltre il DOC, come la depressione maggiore, i disturbi del comportamento alimentare e i disturbi d'ansia, perché di per sé questi costrutti sono caratterizzati in termini patologici, ma non sono caratteristiche esclusive del DOC. Vale anche il contrario, cioè un paziente con diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo potrebbe non mostrare nessuna elevazione delle scale dell'OBQ, se il meccanismo motivazionale sottostante le ossessioni e compulsioni non è cognitivo ma sensoriale (NJREs).

Il *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory* (VOCI; Thordarson et al., 2004) consiste in una rivisitazione del *Maudsley Obsessional Compulsive Inventory* (MOCI; Hodgson e Rachman, 1977). Il MOCI è stato costruito a partire dalle interviste a dei pazienti con DOC e dall'esperienza clinica dei suoi autori. È uno strumento self-report per la valutazione dei sintomi ossessivo-compulsivi, composto inizialmente da 65 affermazioni dicotomiche vero/falso, la metà delle quali erano invertite per evitare effetti di acquiescenza. L'analisi fattoriale ha individuato 4 dimensioni: "Pulizia", "Controllo", "Dubbio/coscienziosità", "Lungaggine ossessiva". Nonostante le sue buone caratteristiche psicometriche, è uno strumento che è stato costruito sulle basi di un modello comportamentista, che non indaga le componenti cognitive del DOC e quindi riesce a valutare soltanto marginalmente gli impulsi ossessivi, l'accumulo compulsivo e i rituali mentali. In aggiunta a questo, altri limiti sono la bassa sensibilità ai cambiamenti a seguito del trattamento, la formulazione poco comprensibile di alcuni item (doppia negazione) e la scarsa replicabilità della struttura fattoriale.

Il VOCI è stato sviluppato per superare le limitazioni del MOCI ed ha il principale pregio di permettere una valutazione delle componenti sia cognitive che comportamentali del DOC. È uno strumento composto da 55 item su scala Likert a 5 punti, per andare oltre il precedente approccio dicotomico. Le affermazioni sono tutte formulate senza negazioni e si riferiscono a situazioni e comportamenti attuali per evitare fraintendimenti. I fattori identificati sono 6: "*Contamination*", che indaga la paura di essere contaminato da denaro, animali o in bagni pubblici e la compulsione di lavarsi le mani; "*Checking*", che valuta i comportamenti ripetitivi di controllo come

chiudere a chiave le porte o spengere gli interruttori della luce; “*Obsession*”, che approfondisce i pensieri intrusivi e le preoccupazioni relative ad arrecare danni a se stessi o agli altri durante le normali attività quotidiane e a mettere in atto azioni immorali; “*Hoarding*”, che valuta l’accumulo compulsivo di oggetti di scarso valore e le sue conseguenze emotive (vergogna) e pratiche (non poter utilizzare alcuni ambienti della propria abitazione a causa dell’accumulo); “*Just right*”, che misura la difficoltà di completare determinati compiti perché devono essere ripetuti fino a che non siano stati eseguiti in modo «perfetto» e il bisogno di rispettare delle tabelle di marcia e dei rituali particolari di riordino degli oggetti secondo certi criteri; infine “*Indecisiveness*”, che valuta la difficoltà di prendere decisioni su questioni di poca importanza.

Per il momento non è ancora stato possibile determinare dei cut-off clinici, perché non sono disponibili dati su pazienti italiani affetti da DOC. In linea di principio però, possono essere considerati relativamente nella norma i punteggi fino al 85° percentile e invece più estremi e bisognosi di attenzione clinica tutti i punteggi superiori, soprattutto se oltrepassano il 95° percentile. È comunque miglior cosa considerare i punteggi solo in un’ottica dimensionale, come livelli autoriferiti, più o meno alti, di specifici sintomi del disturbo. Inoltre, siccome i punteggi del VOICI tendono a rimanere stabili a distanza di mesi in assenza di fattori che favoriscano il cambiamento, il test può essere utilmente impiegato a fini clinici per valutare l’efficacia di una terapia in corso.

Il *Maudsley Obsessional-Compulsive Questionnaire* (MOCQ/R) è la forma ridotta e validata in italiano del questionario di Hodgson e Rachman (1977), che indaga i problemi ossessivo-compulsivi. Consiste in un breve questionario inserito nella batteria ad ampio spettro *Cognitive Behavioural Assessment 2.0* (CBA 2.0; Sanavio et al., 1997). Il CBA 2.0 viene solitamente impiegato per i seguenti scopi: individuare e descrivere eventuali aree problematiche in popolazioni cliniche, misurare alcuni costrutti psicologici, raccogliere un’anamnesi psicosociale del paziente, suggerire ipotesi sulle relazioni funzionali tra i problemi e le manifestazioni disadattive, e permettere di valutare l’evoluzione del caso e l’esito del trattamento. La batteria è composta da 10 schede (questionari o inventari), ossia le scale primarie, che hanno lo scopo di mettere in luce gli eventuali problemi lamentati dal paziente, che dovranno essere successivamente approfonditi. La scheda 9 contiene il MOCQ/R, uno strumento self-

report costituito da 21 item con risposta vero/falso, da cui è possibile ottenere un punteggio totale e uno per ognuna delle 4 sottoscale: “*Checking*” (controlli ripetuti e superflui), “*Cleaning*” (contagi e contaminazioni) e “*Doubting-ruminating*” (dubbi ricorrenti e pensieri sgradevoli).

### **3.1.2 La scelta degli attributi**

La scelta degli attributi è stata svolta in base alle caratteristiche distintive del DOC, a livello di: criteri clinici diagnostici, sintomatologia e caratteristiche cognitive.

Ho selezionato per primi i criteri clinici riportati nell’ultima versione del Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali (DSM-5), nella sezione “Disturbo ossessivo compulsivo e disturbi correlati”. In totale ho identificato otto criteri, di cui i primi due descrivono le caratteristiche principali delle ossessioni, ossia i pensieri, gli impulsi e le immagini ricorrenti, persistenti, intrusivi, non voluti, che causano marcata ansia o distress, che il soggetto cerca di ignorare, allontanare o neutralizzare con altri pensieri o azioni. I successivi quattro criteri riguardano le compulsioni, cioè quei comportamenti o atti mentali ripetitivi, e le loro caratteristiche: vengono messe in atto in risposta ad un’ossessione; vengono eseguite secondo procedure, sequenze e regole specifiche; hanno come scopo quello di rispondere all’ossessione ed alleviare il fastidio che genera o quello di evitare che accadano conseguenze catastrofiche indesiderate; non sono concretamente collegate a quello che dovrebbero prevenire o consistono in comportamenti palesemente eccessivi.

Il settimo criterio sottolinea il dispendio temporale che le ossessioni e le compulsioni comportano. È un criterio stabilito arbitrariamente, secondo cui se il tempo speso in preoccupazioni e rituali supera un’ora al giorno, risulta eccessivo quindi clinicamente significativo. Lo stesso criterio comprende anche le conseguenze invalidanti del disturbo, infatti ai fini della diagnosi è necessario che esso provochi una sensibile diminuzione della qualità di vita e delle compromissioni notevoli nelle aree principali di funzionamento (casa, scuola, lavoro, ecc.).

L’ultimo criterio ispirato al manuale diagnostico che ho inserito nella matrice, riguarda il grado di consapevolezza del paziente verso le sue credenze ossessivo-compulsive. Infatti, nel DSM-5 il grado di insight del paziente viene inserito tra gli specificatori, e

può essere classificato come: ottimo o abbastanza buono quando l'individuo riconosce che le sue credenze sono sicuramente o molto probabilmente o con qualche grado di probabilità non vere, scarso quando crede che siano probabilmente vere, assente/delirante quando è completamente convinto che siano vere.

I criteri relativi a: le sintomatologie simili a quelle del disturbo in questione ma dovute agli effetti fisiologici di una sostanza, la diagnosi differenziale con altri disturbi come disturbo d'ansia generalizzato, disturbo da distorsione corporea, tricotillomania, depressione ecc. e lo specificatore legato alla presenza di tic non sono stati inseriti, poiché non aggiungono niente agli altri criteri e non descrivono tanto il disturbo in sé e i suoi tratti distintivi, quanto le differenze che possono esserci con altri fenomeni o delle caratteristiche che si riscontrano solo saltuariamente.

Da qui in poi ho considerato le caratteristiche di ossessioni e compulsioni, facendo riferimento alle categorie identificate da vari autori che hanno tentato di suddividere il DOC, sia raggruppando dei sottotipi di sintomi (analisi fattoriale), sia cercando di suddividere i pazienti in gruppi (analisi dei cluster). Le ossessioni che ho riscontrato con maggiore frequenza sono: le preoccupazioni riguardo la contaminazione, il dubbio di aver fatto/non fatto qualcosa che potrebbe nuocere a sé/altri, la simmetria e la precisione, la violenza o l'aggressività verso sé/altri, le immagini o i pensieri sessuali, religiosi o riguardanti il corpo. Le rispettive compulsioni sono: lavare sé stessi o altri oggetti, controllare di aver o non aver svolto una certa azione, cercare rassicurazioni, ordinare/riordinare gli oggetti secondo dei criteri personali, compiere dei rituali mentali e contare mentalmente o ad alta voce.

Ho inserito un'unica categoria per l'accumulo, che si riferisce sia all'ossessione di risparmiare e conservare gli oggetti perché forse in futuro potrebbero servire ed essere importanti, sia alla sua rispettiva compulsione, cioè l'effettivo comportamento di non buttare gli oggetti di poco valore e accumularli fino ad occupare tutto lo spazio disponibile.

Le compulsioni appena presentate sono il modo con cui tipicamente il paziente cerca di gestire i suoi pensieri intrusivi e sgradevoli, ma non è l'unico modo possibile. Esistono forme di resistenza non compulsiva alle ossessioni, come ogni forma di evitamento. È risaputo che i pazienti che soffrono di DOC evitano attivamente certe persone, luoghi,

oggetti o azioni, perché temono che essi possano costituire dei trigger per le ossessioni, o per evitare la sensazione di disagio e ansia che si prefigurano e si aspettano da certe situazioni, o ancora, per evitare di mettere in atto una compulsione (un paziente con ossessioni di contaminazione potrebbe decidere di non pulire mai più casa sua, perché iniziare a pulire vorrebbe dire non essere più in grado di smettere). L'evitamento nelle sue forme più estreme conduce a grandi problemi a livello funzionale, rendendo la malattia davvero invalidante, più di quanto non facciano le ossessioni, le compulsioni e l'ansia da sole. È un criterio difficile da operationalizzare, dal momento che si tratta di misurare l'assenza di un comportamento e perché l'evitamento non è sempre un elemento negativo, dipende da cosa si sta evitando. Se il paziente evita di andare a lavoro per paura di essere contaminato (segno di patologia), è diverso da evitare di mettere in atto i rituali mentali compulsivi (segno di guarigione). Questo, insieme alla mancanza di studi sui tassi di prevalenza dell'evitamento tra i pazienti con DOC, è uno dei motivi per cui non è stato inserito tra i criteri diagnostici, ma a causa della portata delle sue conseguenze ho deciso di inserirlo comunque nella matrice.

Infine, ho inserito i sei attributi riguardanti le caratteristiche cognitive del DOC. La scelta dei criteri cognitivi è ricaduta sulle credenze (*beliefs*) inizialmente identificate dall'OCCWG: la responsabilità esagerata, la fusione pensiero-azione e l'eccessiva importanza attribuita ai pensieri, la necessità di controllare i propri pensieri, la sovrastima della probabilità e della gravità di eventi negativi, l'intolleranza per l'incertezza e il perfezionismo. Ho preferito selezionare questi e non i criteri identificati nella versione italiana a seguito della traduzione e dell'adattamento della versione originaria dell'OBQ, perché nella traduzione non viene considerato il fattore della sovrastima della minaccia e perché viene posta un'eccessiva attenzione alla differenza tra la responsabilità per omissione e quella per danno, non particolarmente rilevante ai fini della comprensione del disturbo.

### **3.1.3 Il contesto clinico**

Il contesto clinico è stato costruito a partire dagli item dei test sopra descritti (oggetti) e dai 29 criteri individuati (attributi), formando una tabella in cui gli oggetti costituiscono le righe e gli attributi le colonne. Ogni volta che ritenevo che un item investigasse un

certo attributo, ho inserito un 1 nella cella della matrice e uno zero in caso contrario. Questo ha permesso di costruire una matrice booleana che descrivesse le relazioni tra gli oggetti e gli attributi. Immediatamente sotto è presente la tabella raffigurante il contesto clinico. Anche se la forma è diversa rispetto alla matrice con le righe piene di zero e uno, contiene le stesse identiche informazioni, è solo una versione più compatta per facilitarne l’inserimento nel foglio.

ID	Attributi
PI_1	a16
PI_2	a16, a25
PI_3	a16
PI_4	a16
PI_5	a3, a5, a9, a16
PI_6	a3, a5, a9, a16
PI_7	a6, a7, a10
PI_8	a3, a10, a16, a17
PI_9	a3, a10, a16
PI_10	a3, a10, a16
PI_11	a2, a12
PI_12	
PI_13	
PI_14	a4, a14
PI_15	a14
PI_16	a13
PI_17	a4, a14, a15
PI_18	a26
PI_19	a6, a11
PI_20	a11
PI_21	a3, a11, a17
PI_22	a7, a11
PI_23	a11
PI_24	a15
PI_25	a6, a11
PI_26	
PI_27	a17, a27
PI_28	a26
PI_29	a26
PI_30	a6, a7
PI_31	a17
PI_32	a1, a2, a29
PI_33	a1, a2, a29
PI_34	a2, a21, a29



<b>PI_35</b>	a1, a7
<b>PI_36</b>	a25, a26
<b>PI_37</b>	a7, a19, a24
<b>PI_38</b>	a24
<b>PI_39</b>	a7, a22
<b>PI_40</b>	a15
<b>PI_41</b>	a15
<b>PI_42</b>	a4
<b>PI_43</b>	
<b>PI_44</b>	a26, a29
<b>PI_45</b>	a19
<b>PI_46</b>	a19
<b>PI_47</b>	a19
<b>PI_48</b>	
<b>PI_49</b>	a19
<b>PI_50</b>	a19
<b>PI_51</b>	a19
<b>PI_52</b>	a1
<b>PI_53</b>	a19
<b>PI_54</b>	
<b>PI_55</b>	
<b>PI_56</b>	a19
<b>PI_57</b>	
<b>PI_58</b>	
<b>PI_59</b>	a1, a2
<b>PI_60</b>	a16, a22
<b>OCI_1</b>	a23
<b>OCI_2</b>	a6, a7, a11
<b>OCI_3</b>	a18
<b>OCI_4</b>	a15
<b>OCI_5</b>	a16
<b>OCI_6</b>	a2, a29
<b>OCI_7</b>	a23
<b>OCI_8</b>	a11
<b>OCI_9</b>	a13, a18
<b>OCI_10</b>	a14, a15
<b>OCI_11</b>	a10, a16
<b>OCI_12</b>	a1
<b>OCI_13</b>	a23, a27
<b>OCI_14</b>	a11
<b>OCI_15</b>	a13, a18
<b>OCI_16</b>	a15
<b>OCI_17</b>	a6, a7, a10
<b>OCI_18</b>	a1, a2
<b>OBQ_1</b>	a29

OBQ_2	a24
OBQ_3	a28, a29
OBQ_4	a24
OBQ_5	a4, a26
OBQ_6	a29
OBQ_7	a26
OBQ_8	a28
OBQ_9	a1, a29
OBQ_10	a29
OBQ_11	a26
OBQ_12	a24
OBQ_13	a25
OBQ_14	a28
OBQ_15	a27
OBQ_16	a26
OBQ_17	a1, a29
OBQ_18	a26
OBQ_19	a19, a28
OBQ_20	a25
OBQ_21	a24
OBQ_22	a25
OBQ_23	a24
OBQ_24	a24
OBQ_25	a29
OBQ_26	a26
OBQ_27	a28
OBQ_28	a24, a25
OBQ_29	a26
OBQ_30	a27
OBQ_31	a29
OBQ_32	a29
OBQ_33	a28
OBQ_34	a29
OBQ_35	a24, a26
OBQ_36	a26
OBQ_37	a24
OBQ_38	a24
OBQ_39	a25, a28
OBQ_40	a24
OBQ_41	a26
OBQ_42	a24
OBQ_43	a26
OBQ_44	a24
OBQ_45	a28
OBQ_46	a26

VOCI_1	a11
VOCI_2	a1, a19
VOCI_3	a16
VOCI_4	
VOCI_5	a26
VOCI_6	a1, a25
VOCI_7	a11
VOCI_8	a6, a10, a16, a24
VOCI_9	
VOCI_10	a7, a23
VOCI_11	
VOCI_12	a1
VOCI_13	a7, a10
VOCI_14	a7, a26
VOCI_15	a16
VOCI_16	a1, a20
VOCI_17	
VOCI_18	a4, a14
VOCI_19	a13, a18
VOCI_20	a2, a11
VOCI_21	a16
VOCI_22	a23
VOCI_23	a22
VOCI_24	a7
VOCI_25	a9, a16
VOCI_26	a7, a23
VOCI_27	a1
VOCI_28	a1, a21
VOCI_29	a24
VOCI_30	a1, a19
VOCI_31	a15
VOCI_32	a16
VOCI_33	a7, a11
VOCI_34	a1
VOCI_35	a23
VOCI_36	a15
VOCI_37	a2, a11
VOCI_38	a4, a14
VOCI_39	a16
VOCI_40	a1, a19
VOCI_41	a7, a11
VOCI_42	a23
VOCI_43	a11
VOCI_44	a6, a7, a10
VOCI_45	a23, a27

VOCI_46	a1, a21
VOCI_47	a7
VOCI_48	a26
VOCI_49	a1, a22
VOCI_50	a16
VOCI_51	a23
VOCI_52	a1, a21
VOCI_53	a7, a26
VOCI_54	a1, a19
VOCI_55	a4, a7, 26
MOCQ/R_1	a9, a16
MOCQ/R_2	a1, a2
MOCQ/R_3	a16
MOCQ/R_4	a11
MOCQ/R_5	a1, a7
MOCQ/R_6	a17
MOCQ/R_7	a7, a11
MOCQ/R_8	a6, a10
MOCQ/R_9	a11
MOCQ/R_10	a6, a10, a26
MOCQ/R_11	a7
MOCQ/R_12	a7, a11
MOCQ/R_13	a16, a22
MOCQ/R_14	a11
MOCQ/R_15	a4
MOCQ/R_16	a16
MOCQ/R_17	a10
MOCQ/R_18	a6, a10
MOCQ/R_19	a7, a11
MOCQ/R_20	a13
MOCQ/R_21	a26

## 3.2 Considerazioni sulla matrice

### 3.2.1 Inferenze

Come criterio decisionale per assegnare o meno un 1, quindi per stabilire se la relazione tra item e attributo sia effettivamente presente, ho deciso di limitarmi alle parole dell'item in senso stretto, cercando di evitare quasi completamente le inferenze. Mi spiego meglio, prendiamo come esempio l'item 9 del *Padua Inventory*, "Mi è difficile toccare un oggetto quando so che è stato toccato da estranei o da determinate persone."

Se il soggetto risponde affermativamente a questa domanda e quindi con un punteggio che può andare da 1 (un poco) a 4 (moltissimo), significa che ha delle evidenti difficoltà a toccare certi oggetti, quindi sembra quasi automatico inferire che cercherà in ogni modo di evitare di toccare quei determinati oggetti. Questo implicherebbe di dover registrare la presenza di una relazione non solo per il criterio di contaminazione, ma anche per quello di evitamento. Il problema è che non possiamo avere la completa certezza che il paziente adotti una strategia di evitamento per far fronte alle sue difficoltà, dal momento che potrebbe anche toccare gli oggetti nonostante il disagio e utilizzare un metodo di coping diverso, come ad esempio i rituali di lavaggio, per alleviare la tensione e il disgusto provocati dalla contaminazione.

Nella lista sono presenti molti altri item come questo, che esemplificano una dimensione sintomatologica del DOC, fornendo un esempio di una situazione concreta in cui il soggetto potrebbe trovarsi, senza però esplicitare la ragione per cui quel comportamento viene messo in atto. Dunque, ho fortemente limitato le inferenze, perché altrimenti il rischio è quello di creare confusione, assumendo la presenza di attributi che in realtà non sono presenti e identificando relazioni item-attributi laddove non ci sono.

Per alcuni attributi che definiscono le caratteristiche di ossessioni e compulsioni, è stato indispensabile allentare questo criterio, perché è piuttosto chiaro che alcuni item si riferiscano a questi attributi sebbene non lo facciano con la stessa precisione che è stata utilizzata nel manuale diagnostico. Nello specifico, nel caso di item in cui venga usato uno specificatore temporale come “a lungo” (es. PI\_22) o “più volte del necessario” (es. PI\_30), ho considerato soddisfatto il criterio secondo cui le ossessioni e le compulsioni occupano molto tempo e creano disagio clinicamente significativo (A7), anche se non è specificato il tempo preciso, che nel criterio risulta essere superiore ad un’ora. Un altro caso analogo riguarda le espressioni come “mi sento costretto a...” (es. PI\_14-17), che a mio parere soddisfano, oltre alla specifica compulsione esemplificata, anche almeno uno dei criteri che definiscono il concetto di compulsione stessa (A3, A4).

### **3.2.2 Item non informativi**

Alcuni item non presentano nemmeno un 1 nella loro riga, cioè non investigano alcun attributo. Non riescono a cogliere alcuna informazione sugli aspetti salienti del DOC,

poiché non utili né alla definizione della sintomatologia, né al suo successivo trattamento. Questo significa che sono superflui per la valutazione del disturbo ossessivo-compulsivo e pertanto, si può prendere in considerazione l'idea di eliminarli, al fine di rendere più rapida e veloce la somministrazione dei questionari.

Gli item in questione appartengono al *Padua Inventory* e al *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory*.

Il PI\_13 e il PI\_12 indagano la tendenza a ripetere e a farsi ripetere da altre persone delle parole per diverse volte, anche se non ce ne sarebbe bisogno. Questa caratteristica non corrisponde a nessun criterio selezionato. Le affermazioni non fanno riferimento alla ripetizione di parole legata ai numeri (es. ripetere una parola tre volte, perché il tre viene ritenuto un numero buono o fortunato), quindi non indagano nemmeno l'attributo di contare. Un'ipotesi potrebbe essere che questi item siano stati inseriti nel questionario per valutare le NJRE, cioè quelle esperienze in cui la ripetizione è finalizzata a raggiungere una soddisfazione che sembra non presentarsi a seguito dello svolgimento e completamento di un'azione. Quindi, il motivo per cui avverrebbe la ripetizione, sarebbe la necessità di raggiungere una sensazione di soddisfazione e di completezza. Però, se così fosse, l'item dovrebbe specificarlo più chiaramente, precisando il motivo per cui l'individuo si sente spinto a ripetere/farsi ripetere delle parole.

Sono state svolte alcune ricerche in merito alle NJRE nel DOC, ma necessitano ulteriori approfondimenti per comprendere più a fondo questo aspetto, quindi sembra prematuro inserire un nuovo attributo su ciò. In più, i test considerati, fatta eccezione per questi due item del *Padua Inventory*, non sembrano aver avuto interesse nel considerare questo aspetto. Perciò, sarebbe eventualmente necessario rivalutare se sia necessario aggiungere nuovi item che indagano il senso di incompletezza e di imperfezione.

Gli item PI\_26 e VOICI\_4-11-17, si riferiscono tutti alla difficoltà di prendere decisioni, anche non particolarmente importanti. Questo problema è stato effettivamente riscontrato in pazienti con DOC, ma non è presente tra i criteri diagnostici e le ricerche a questo proposito hanno fornito risultati non molto chiari. I ricercatori hanno usato solo lo *Iowa Gambling Task* per indagare la capacità di prendere decisioni in situazioni di incertezza, mettendo successivamente a confronto i pazienti DOC e i controlli. Questi studi, però, sono limitati dalla numerosità dei campioni di pazienti, che risulta essere

abbastanza piccola e dagli scarsi dati statistici disponibili. Dunque, in generale i risultati sembrano propendere a favore dell'ipotesi che le scarse abilità decisionali rappresentino un endofenotipo del disturbo in esame (Nisticò et al., 2021), sebbene non tutti gli studi abbiano riscontrato una differenza clinicamente significativa tra i pazienti DOC e i controlli sani. Tornando alla matrice, la limitata letteratura e i risultati contrastanti degli studi esistenti fino ad oggi, sono i principali motivi per cui non ho incluso l'insufficiente decision-making tra gli attributi. In futuro, a seguito di ulteriori ricerche potrebbe essere riconsiderato. Per di più, è un argomento che fino a ora è stato indagato solo in situazioni incerte e non chiare, quindi sembra essere collegato al costrutto cognitivo dell'intolleranza all'incertezza (i soggetti fanno fatica a decidere perché non possono essere assolutamente certi che sia la scelta giusta). In realtà, potrebbe essere legato ad altre caratteristiche cognitive tipiche del disturbo, come il perfezionismo (non vogliono prendere una decisione per timore di commettere un errore) o la sovrastima della minaccia (non riescono a decidere per paura che la decisione finale porti a conseguenze gravi e catastrofiche) o ad entrambe.

Una soluzione quindi potrebbe essere quella di eliminare gli item PI\_26 e VOICI\_4-11-17, poiché non indagano alcun attributo, oppure di aggiungere un attributo e conservarli con una modifica alla formulazione della frase, chiarendo che il motivo per cui non si riesce a prendere una decisione è l'intolleranza dell'incertezza (es. "Ho difficoltà a prendere decisioni persino per questioni di scarsa importanza, perché non posso mai essere certo che sia la scelta giusta.").

Ci sono diversi altri item del *Padua Inventory* che risultano non indagare alcun attributo. I numeri 54 e 55 approfondiscono la cleptomania, fornendo esempi di situazioni in cui è presente un impulso irrefrenabile a rubare degli oggetti, anche se non hanno utilità personale o valore commerciale per chi li ruba. Nella lista dei sintomi del Y-BOCS, la paura di poter rubare qualcosa viene classificata tra le ossessioni aggressive, anche se non è propriamente una forma di aggressività. Inoltre, nell'item PI\_55 viene esplicitamente detto che si tratta di oggetti di un supermercato, quindi è altamente improbabile che possano essere usati per danneggiare gravemente qualcuno. Diverso sarebbe stato se il soggetto avesse avvertito l'impulso di rubare una pistola ad un poliziotto o un altro tipo di arma, perché in quel caso sarebbe stato evidente che lo scopo del rubare fosse ferire/danneggiare un'altra persona. Per questo motivo i due item

non sono stati attribuiti al criterio delle ossessioni di violenza e aggressività, finendo per non rientrare in nessuno degli attributi selezionati.

L'item PI\_58 si riferisce al bisogno di mangiare a costo di stare male, una situazione più vicina alla bulimia che al DOC. Il numero PI\_48 invece si riferisce alla necessità impellente di strapparsi i vestiti in pubblico. Entrambi questi item valutano delle caratteristiche che sono tipiche dei disturbi in cui i soggetti non riescono a controllare i propri impulsi, ma non del disturbo ossessivo-compulsivo. In caso questi sintomi siano compresenti ad altri del DOC, è più probabile e realistico pensare ad un caso di comorbidità.

Anche gli item PI\_43 e VOICI\_9 non corrispondono a nessun criterio, sono molto specifici e riguardano le capacità mnemoniche del soggetto, soprattutto la sua capacità di memorizzare quante più informazioni possibili anche se egli è cosciente della loro inutilità o poca importanza (es. numeri di targa, scritte sulle etichette, ecc.). Ciò non sembra essere caratteristico e distintivo del DOC, anche se potrebbe apparire simile al meccanismo di accumulo compulsivo, ma in una forma più cognitiva. Nel senso che il paziente cerca di “accumulare” quante più informazioni possibili in memoria perché non si sa mai che un giorno gli possano essere utili. Alla base c'è una sovrastima delle potenziali minacce e una profonda incertezza rivolta al futuro, come nel DOC, ma questo non è sufficiente per considerarla una caratteristica chiave del disturbo.

L'item numero 57 del PI, al contrario dei due precedenti, è troppo generico e non è chiaro quali siano i gesti particolari a cui si riferisce. Inoltre non si allude né a sequenze di movimenti che avrebbero potuto soddisfare il criterio di riordino (A13), né a rituali mentali (A14), perché è chiaro che si tratti di azioni overt.

### **3.2.3 Item datati e da riformulare**

Alcuni item, pur indagando degli attributi inseriti nella lista, hanno scarse possibilità di ricevere risposta affermativa, anche da quei soggetti che effettivamente soddisferebbero quegli attributi. Un motivo può essere la presenza di item vecchi e obsoleti, che forniscono esempi di ossessioni e compulsioni non attuali e realistici, come il VOICI\_1 “Mi sento costretto a ricontrollare lettere/sms/email molte volte prima di spedirli.” e il



VOCI\_25 “Evito di usare i telefoni pubblici per paura di potermi contaminare” (uguale al MOCQ/R\_1). Mantenere degli item a cui siamo certi che un soggetto non risponderebbe mai affermativamente in ogni caso, non è di alcuna utilità. È quindi necessario riformulare in altro modo gli item obsoleti. Nel primo caso basterebbe aggiungere la voce “messaggi” o ancora meglio, sostituirla alla parola “sms”, soprattutto in caso vengano esaminate persone molto giovani. Per il secondo item, invece, si dovrebbe sostituire i “telefoni pubblici” con qualcosa che sia più probabile che un soggetto si possa trovare costretto ad usare, visto che nessuno li utilizza più, neanche in situazioni di estrema necessità. Oltre a questo, dovrebbe essere qualcosa usato da molte persone e quindi pieno di germi e batteri, in modo da indagare comunque il criterio della contaminazione (A16), come ad esempio i bagni pubblici.

Un altro motivo per cui un soggetto potrebbe non rispondere ad un item che soddisfa, può essere la scarsa comprensibilità dell’item stesso, poiché formulato in maniera troppo complessa e poco intellegibile. È il caso di alcuni item dell’OBQ, soprattutto quelli che riguardano lo scenario in cui il soggetto non riesce a prevenire un danno e quindi crede di esserne il principale responsabile (es. OBQ\_21). Questi item potrebbero essere eliminati, perché anche in caso di riformulazione le frasi sarebbero troppo lunghe e il soggetto rischierebbe di perdersi o di non cogliere il punto. È necessario, quindi, chiarire se sia così necessario indagare lo specifico caso dell’attributo A16 (senso di responsabilità) in cui il soggetto si sente responsabile per non aver fatto qualcosa per prevenire un danno, rispetto alla più semplice preoccupazione o impulso a dover fare qualcosa evitare quel danno.

### **3.2.4 Item ridondanti**

Il contesto clinico permette anche di identificare gli item ridondanti, cioè quelli che portano le stesse informazioni, dal momento che indagano gli stessi identici attributi (hanno lo stesso pattern di zero e uno nella matrice). Infatti, dopo una breve analisi degli item di ciascun test, possiamo notare come all’interno di essi siano presenti item ridondanti:

*Padua Inventory*: 1-3-4 (A16), 5-6 (A3, A5, A9, A16), 9-10 (A3, A10, A16), 18-28-29 (A26), 19-25 (A6, A11), 20-23 (A11), 24-40-41 (A15), 32-33 (A1, A2, A29), 45-46-47-49-50-51-53-56 (A19)

*Obsessive-Compulsive Inventory Revised*: 1-7 (A23), 4-16 (A15), 8-14 (A11), 9-15 (A13, A18)

*Obsessive Beliefs Questionnaire*: 1-6-10-31-32-34 (A29), 2-4-12-21-23-37-38-40-44 (A24), 7-11-16-18-26-29-36-41-43-46 (A26), 13-20-22 (A25), 9-17 (A1, A29), 15-30 (A27), 8-14-27-33-45 (A28)

*Vancouver Obsessional Compulsive Inventory*: 1-7-43 (A11), 12-27-34 (A1), 2-54 (A1, A19), 3-15-21-32-39-50 (A16), 5-48 (A26), 22-35-42-51 (A23), 24-47 (A7), 28-46 (AA1, A21), 30-40-54 (A1, A19), 33-41 (A7, A11)

*Maudsley Obsessional-Compulsive Questionnaire* - forma ridotta: 3-16 (A16), 4-9-14 (A11), 8-18 (A6, A10), 12-19 (A7, A11)

Il problema si può risolvere facilmente scegliendo un solo item tra tutti quelli che indagano gli stessi attributi. Nella scelta è raccomandabile selezionare l'item che più rispecchia l'attributo, in maniera chiara, non fraintendibile e sintetica, con il minor numero di negazioni e il minor grado di complessità. Non dovrebbe essere né troppo specifico né troppo generico, altrimenti genererà l'effetto soffitto o pavimento (il paziente non risponde affermativamente a nessun item, perché legge degli item troppo particolareggiati che non lo rappresentano o risponde a tutto, perché chiunque potrebbe rispecchiarsi in quelle affermazioni).

Quindi, questa procedura si è dimostrata ottimale per eliminare gli item in esubero, che non apportano niente di nuovo alle informazioni già raccolte, facendo risparmiare tempo e fatica durante la somministrazione dei questionari.

### **3.2.5 Attributi non indagati**

Tutti gli attributi sono investigati da almeno un item, tranne uno, e si tratta del criterio diagnostico proveniente dal DSM-5 che riguarda l'insight. Il criterio intenderebbe specificare il grado di consapevolezza che il paziente ha del proprio problema e possono presentarsi diverse situazioni, il paziente: si rende conto e riconosce che le proprie credenze ossessivo-compulsive siano sicuramente o probabilmente false, crede che

siano probabilmente vere in qualche misura oppure è estremamente convinto che siano sicuramente vere. Innanzi tutto, la formulazione del criterio è problematica in sé, in quanto contiene tre casistiche diverse che possono anche essere diametralmente opposte, riflettendo un insight buono, scarso o assente. Inoltre, nessun item dei test considerati si riferisce mai esplicitamente alla veridicità o falsità delle convinzioni o dei comportamenti in esame, ma piuttosto al fatto che siano inutili ed eccessivi. Quando un soggetto ritiene che ciò che pensa o fa sia inutile, eccessivo o senza apparente ragione, implica una consapevolezza almeno parziale di ciò che sta vivendo e quindi in lui/lei sarà presente un certo grado di insight. Questo, però, non è il punto focale dell'affermazione, ma solo un'inferenza.

Per risolvere il problema si presentano due modi, l'attributo potrebbe essere eliminato definitivamente o mantenuto ma riformulato. Una possibile riformulazione potrebbe essere: "Riconoscere che le proprie credenze ossessive siano completamente o parzialmente inutili, irragionevoli, immotivate o eccessive.". In realtà questo criterio, originariamente presente nel DSM-IV, poi successivamente abbandonato dal DSM-5, includeva l'espressione "credenze ossessivo-compulsive" e non solo "credenze ossessive". Però, il fatto che il soggetto riconosca che le proprie compulsioni siano eccessive, è già presente in uno dei criteri selezionati per definire le compulsioni stesse, quindi risulterebbe ridondante. I due criteri, quello già presente per le compulsioni e quello appena riformulato per le ossessioni, sarebbero sufficienti al clinico per formulare un giudizio iniziale sul grado di insight del paziente. Inoltre, questa scelta sopperirebbe anche al problema della mancanza di un criterio apposito che indaghi la consapevolezza che l'individuo possiede verso le sue ossessioni, visto che ci sono diversi item che oltre ad indagare un'ossessione specifica, sottolineano anche la consapevolezza che essa sia inutile o poco sensata (es. PI\_60: "Mi creo preoccupazioni inutili per i germi e le malattie.").

I due criteri dell'eccessività, apparentemente simili come significato, potrebbero essere uniti in un criterio unico. Il problema è che erano stati originariamente pensati per indagare due aspetti diversi, quello delle ossessioni serviva per indagare l'insight e quello delle compulsioni per caratterizzare esse stesse. Quindi, se l'obiettivo fosse quello di diminuire il numero di criteri, vista la loro numerosità, sarebbe meglio pensare

di accorpare tra loro alcuni attributi relativi alle caratteristiche delle compulsioni tra di loro, piuttosto che questi due.

### **3.2.6 Attributi sui fattori motivazionali**

In principio, i ricercatori avevano teorizzato che alla base del disturbo ossessivo-compulsivo ci fosse l'evitamento del pericolo, in quanto unico fattore che sembrava spingere i pazienti a mettere in atto le compulsioni. Successivamente, si sono aperti alla possibilità che potessero esistere altri fattori motivazionali, come l'incompletezza, un senso interiore di imperfezione, connesso con azioni o piani che non vengono realizzati in maniera completa. Questo si è verificato a seguito dei risultati di alcune ricerche che sembravano andare in questa direzione. Uno studio di Radomsky e Rachman (2004) ha mostrato come un gruppo di studenti con alti livelli di sintomi legati alla simmetria e al riordino, non riuscisse ad identificare una specifica minaccia associata all'eventualità di non mettere in atto le compulsioni. Invece, la spiegazione per i loro comportamenti di riordino consisteva nel sentire che non era giusto il modo con cui avevano organizzato gli oggetti, quindi dovevano continuare a riordinarli finché non gli sembrava corretto. Un altro studio (Foa et al., 1995) procede sulla stessa scia, mostrando che il 40% dei partecipanti con DOC non aveva ossessioni primarie collegate all'evitamento di conseguenze temute.

Quindi, gli esperti sono passati dal credere che le compulsioni caratteristiche del DOC fossero tutte motivate primariamente dal desiderio di prevenire il pericolo, ad ipotizzare l'esistenza di un continuum motivazionale, le cui due estremità sono rappresentate una dall'evitamento del pericolo e l'altra dall'incompletezza.

È stato confermato dallo studio di Pietrefesa e Coles nel 2008 che si trattava di due costrutti motivazionali separati, sebbene fortemente correlati fra loro, e che erano strettamente legati al DOC, infatti la correlazione tra loro ed i sintomi tipici del disturbo era molto forte.

Inoltre, erano state trovate delle correlazioni tra i fattori motivazionali e degli specifici sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo. La dimensione dell'incertezza correlava molto con i sintomi di riordino, mentre le compulsioni di lavaggio, di controllo e i rituali mentali correlavano maggiormente con la prevenzione delle minacce (nel senso

che i primi cercano di prevenire la contaminazione e le malattie, i secondi gli incendi o le rapine, i terzi delle disgrazie generiche e ipotetiche).

Questo lasciava pensare che i due fattori motivazionali fossero legati a dei tipi di compulsioni diverse. Purtroppo, quest'idea non si è dimostrata del tutto corretta, perché è stato riscontrato che in una minoranza di casi, anche le compulsioni di pulizia e di controllo possono essere motivate dalla necessità di raggiungere o mantenere un certo grado di perfezione o soddisfazione.

Questo ci pone di fronte alla possibilità di inserire l'evitamento del pericolo e l'incompletezza nella matrice, come due nuovi attributi. Perché, è vero che le compulsioni di riordino, controllo, pulizia e i rituali mentali precedentemente nominati sono già stati suddivisi in attributi separati, ma le motivazioni non sembrano andare di pari passo con il tipo di compulsione, quindi differenziare le varie compulsioni non è sufficiente a distinguere la motivazione sottostante le stesse.

La scelta di creare due nuovi attributi per caratterizzare ed approfondire meglio i sintomi del DOC presentati dal soggetto, non è comunque esente da aspetti problematici. Innanzitutto, sono stati svolti pochi studi sull'effettiva utilità della suddivisione dei fattori motivazionali del disturbo ossessivo-compulsivo, quindi non è chiaro se e in quale misura ci siano dei vantaggi nel farlo. I pochi che ci sono, sostengono che sarebbe fondamentale distinguerli, perché così si potrebbero implementare dei trattamenti più specifici e mirati per ogni tipo di paziente. Infatti, con l'incertezza sarebbe più sensato utilizzare degli esercizi comportamentali di abituação, mentre con l'evitamento del pericolo, sarebbe preferibile usare le tecniche di ristrutturazione cognitiva (Pietrefesa e Coles, 2008).

Un altro aspetto problematico riguarda la stessa classificazione dei fattori motivazionali, la quale è stata fatta in base a studi che investigano separatamente l'evitamento del pericolo e l'incompletezza. Non è presente nessuno studio al momento che indaghi contemporaneamente l'assenza di conseguenze temute e la presenza di incompletezza. Quindi, in realtà, quando viene riferito che i pazienti non hanno compulsioni legate all'evitamento dei pericoli, non possiamo essere completamente sicuri che la motivazione sia l'incompletezza, ma potrebbe essere un'altra ancora.

La letteratura disponibile sull'utilità e la classificazione dei fattori motivazionali del DOC, resta comunque ancora troppo limitata per decidere di inserirli come nuovi

attributi. Sono indispensabili ulteriori ricerche ed approfondimenti sulla definizione, sull'importanza e sulle possibili applicazioni dei fattori motivazionali, al fine di chiarire il ruolo che hanno all'interno del disturbo e il modo con cui i clinici potrebbero disporre di queste informazioni in fase di trattamento.

Oltre a questi aspetti maggiormente teorici, c'è anche un altro problema più pratico e concreto che si presenterebbe nel caso dell'aggiunta dei nuovi attributi motivazionali. Gli item dei questionari selezionati non esprimono in modo esplicito la motivazione che spinge il soggetto a compiere le compulsioni. L'evitamento del pericolo in alcuni item è presente in maniera velata e può essere inferito, ma è comunque limitato agli item che indagano il criterio cognitivo dell'eccessivo senso di responsabilità. L'incompletezza, invece, non viene proprio nominata dagli item, neanche con riferimenti vaghi o allusioni. Quindi, anche se i due attributi venissero inseriti, le loro colonne nel contesto clinico sarebbero completamente vuote, perché non ci sono item che le indagano chiaramente. In realtà, nel Padua Inventory, sono presenti due item (PI\_12 e PI\_13) che potrebbero essere stati originariamente pensati per indagare l'incompletezza e le NJREs, nel senso che il motivo per cui i pazienti ripetono le parole anche quando non ce ne sarebbe bisogno, potrebbe essere perché sentono che non riescono ad esprimerle nel modo giusto. Ovviamente è solo un'ipotesi, perché il motivo potrebbe anche essere un altro, visto che non viene specificato chiaramente. Quindi, non è ragionevole fare inferenze sulla motivazione in questi due item, pertanto non contraddicono quanto affermato sopra (le colonne degli attributi dei fattori motivazionali sarebbero vuote). Questo è solo uno spunto di riflessione per considerare in futuro l'idea di aggiungere degli item che esplicitino le motivazioni delle azioni compulsive nei questionari già citati.

### **3.2.7 Attributi sulle caratteristiche cognitive**

Le caratteristiche cognitive vengono prevalentemente indagate dall'*Obsessive Beliefs Questionnaire*, poiché questo strumento è stato specificatamente sviluppato per rispondere all'esigenza di valutare e misurare i costrutti cognitivi alla base del disturbo ossessivo-compulsivo. Gli attributi inseriti nella matrice sono stati selezionati proprio

grazie alla letteratura riguardante la costruzione dell'OBQ, quindi viene da chiedersi se questi attributi non siano troppo specifici e adatti solo per gli item di quel test.

Ritengo che a prescindere da quali criteri cognitivi si decida di inserire, la loro presenza sia necessaria ed indispensabile, visto che senza di essi si può ottenere solo una valutazione dei sintomi comportamentali del DOC, che risulterebbe quindi incompleta. Oltre a questo, anche gli altri test, indagano gli aspetti cognitivi del disturbo, seppure con un minore numero di item.

### **3.2.8 L'accumulo, un attributo da valutare con cautela**

Uno degli attributi elencati è l'accumulo, che si riferisce sia alle ossessioni di risparmio sia alle compulsioni di effettivo accumulo degli oggetti. Ci sono molti item dei questionari selezionati che indagano questa caratteristica e apparentemente non c'è alcun problema. In realtà non è così, risposte affermative di un soggetto ad item che valutano questo criterio sono meritevoli di particolari attenzioni, dal momento che nell'ultima versione del DSM il disturbo di accumulo è stato scorporato dal DOC e categorizzato come un'entità a sé, sebbene comunque sia stato inserito nella categoria dei disturbi ossessivo-compulsivo relati, a sottolineare comunque uno stretto legame con il DOC. Sebbene l'accumulo non sia mai stato classificato esplicitamente come uno dei sintomi del DOC nei manuali diagnostici, ma anzi nel DSM-IV figurava tra i criteri per il disturbo ossessivo compulsivo di personalità (DOCP), è sempre stato associato ad esso per la loro somiglianza fenomenologica. Sempre nel DSM-IV, nella diagnosi differenziale tra DOC e DOPC, viene riportato che in caso di presenza di accumulo eccessivo ed estremo (nel senso che costituisce un rischio per la sicurezza del soggetto stesso e di chi abita con lui e/o rendono difficoltoso muoversi nell'abitazione e usufruire di tali spazi), dovrebbe essere considerata la diagnosi di DOC. Questo implica che, secondo il manuale, nel caso sopra descritto, l'accumulo possa essere considerato un sintomo di DOC. Per questo motivo, i sintomi di accumulo sono stati inclusi in gran parte delle interviste strutturate (Y-BOCS) e dei questionari per autosomministrazione (OCI-R, VOI) per la valutazione dei sintomi ossessivo-compulsivi.

I due disturbi, nonostante a livello di analisi fattoriale e di cluster siano stati identificati come indipendenti, sono simili, almeno a livello sintomatologico, perché la paura di

perdere oggetti importanti che potrebbero servire in futuro è simile alle ossessioni e l'incapacità di separarsi dagli oggetti, gli impulsi a conservarli e gli acquisti eccessivi ricordano le compulsioni di accumulo.

Inoltre, in campioni non clinici, sono state trovate correlazioni significative tra misure di accumulo e sintomi ossessivo-compulsivi, a rimarcare il loro legame. I risultati potrebbero essere spiegati dal tasso di comorbidità tra il disturbo di accumulo e DOC e sicuramente meritano di essere riconsiderati alla luce del fatto che nonostante le correlazioni siano statisticamente significative, gli altri sintomi del DOC presentano correlazioni più forti fra loro.

La necessità di separare i due disturbi, è venuta fuori dalla constatazione che solo il 18% circa degli accumulatori soddisfa anche gli altri criteri per le ossessioni e compulsioni. Da indagini più accurate sono emerse diverse differenze tra DOC e quello che poi diventerà il disturbo di accumulo. Nel primo, il comportamento di accumulo (compulsione) è dettato da alcune ossessioni prototipiche (es. dei pensieri superstiziosi o una forte sensazione di incompletezza) o dall'evitamento di compulsioni, caratteristica invece assente nel secondo. In quest'ultimo i pensieri relativi all'accumulo non sono vissuti come intrusivi né indesiderati, non sono ripetitivi né considerati stressanti o spiacevoli (quello che genera disagio sono invece le conseguenze dell'accumulo, come può essere l'ingombro degli spazi abitativi e non il fatto in sé di conservare gli oggetti), a differenza delle ossessioni. Il disturbo da accumulo appare egosintonico, poiché i soggetti che ne soffrono provano contentezza e piacere nel conservare gli oggetti, verso cui sviluppano un attaccamento molto forte. In più, di solito si accompagna anche a scarsi livelli di consapevolezza. Questo contrasta con le caratteristiche del DOC, i cui pazienti trovano l'accumulo sgradevole e molto stressante, non avendo interesse per la maggior parte di oggetti accumulati. L'acquisto compulsivo di prodotti di solito non si presenta nel DOC, ad eccezione di quei casi in cui i pazienti raccolgono oggetti da terra con una specifica forma o texture, comprano oggetti legati a dei numeri o creduti contaminati al fine di evitare che altri si contaminino a loro volta. Anche la prognosi è diversa, i sintomi del disturbo da accumulo tendono a peggiorare con l'età e a diventare problematici tardivamente rispetto all'insorgenza del disturbo stesso e richiede spesso l'intervento di terze parti (i familiari o le autorità), cosa che non accade nel DOC. Le caratteristiche cognitive sono anch'esse diverse, nello specifico i deficit



nell'elaborazione delle informazioni, di categorizzazione e memoria, rispecchiano solo il profilo dei pazienti con disturbo di accumulo.

In conclusione, siccome il DOC può presentare delle manifestazioni sintomatologiche di accumulo, ho deciso di inserirlo come attributo, ma questo criterio dev'essere considerato accuratamente, soprattutto durante la fase di costruzione della struttura clinica. Quando vengono identificate le relazioni di prerequisiti e l'insieme degli stati clinici ammissibili, bisogna considerare che se il fine è quello di indagare il disturbo ossessivo-compulsivo, il soggetto non può rispondere affermativamente agli item che indagano l'attributo "accumulo", senza aver risposto ad alcun item che indaga la presenza di ossessioni e/o compulsioni.



## Capitolo IV

### 4.1 Conclusioni

Il disturbo ossessivo-compulsivo è una condizione mentale fortemente invalidante, che tende ad avere un decorso cronico e a durare tutta la vita. Infatti, la prognosi è infausta dal momento che il 50-70% dei pazienti restano sintomatici a seguito di psicoterapia o altro trattamento farmacologico (Farris, McLean, Van Meter, Simpson, & Foa, 2013). Talvolta, viene sottovalutato sia il suo tasso di prevalenza lungo l'arco di vita, che si aggira intorno all'1-2% della popolazione generale, sia le gravose conseguenze a cui può portare nella gestione delle attività quotidiane.

Durante la valutazione psicologica iniziale, questo disturbo può essere diagnosticato e indagato anche tramite l'utilizzo di molteplici strumenti, quali l'intervista strutturata *Structured Clinical Interview for Obsessive-Compulsive Spectrum*, la batteria ad ampio spettro *Cognitive Behavioural Assessment 2.0*, l'intervista semi-strutturata *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* e i questionari specifici come *Maudsley Obsessional-Compulsive Questionnaire*, *Padua Inventory*, *Obsessive-Compulsive Inventory* e *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory*. Nella fase di assessment il clinico può riscontrare delle difficoltà nell'approfondimento dei problemi del paziente, poiché difficilmente i risultati dei test sopra citati riescono a riportare una panoramica completa ed esaustiva del disturbo indagato.

Proprio per superare i limiti degli strumenti di cui attualmente i clinici dispongono e per agevolare il loro lavoro durante la valutazione iniziale dei pazienti, è stato sviluppato il *Formal Psychological Assessment*, uno strumento nato dalla combinazione di due teorie matematiche: *Formal Concept Analysis* e *Knowledge Space Theory*. È molto flessibile e può essere applicato a qualsiasi disturbo, in questo caso è stato utilizzato sul disturbo ossessivo compulsivo, per costruire il contesto clinico da cui partire per poter in futuro sviluppare un nuovo questionario per indagare in modo approfondito e completo il DOC.

Ho quindi applicato le basi teoriche del *Formal Psychological Assessment* al disturbo ossessivo compulsivo, per realizzare un contesto clinico che permettesse di revisionare i questionari esistenti sul disturbo in esame. Come oggetti, ho scelto i test validati e tradotti in italiano più usati per valutare il disturbo ossessivo-compulsivo e per gli attributi ho incluso principalmente i criteri del DSM-5, la letteratura disponibile sui

sottotipi di ossessioni e compulsioni e i sintomi cognitivi del DOC. Successivamente ho definito le relazioni tra oggetti e attributi completando la matrice.

Questo procedimento permette di revisionare gli strumenti di misura dei sintomi del DOC, individuando i punti problematici, al fine di modificarli e migliorarli. Infatti, il contesto clinico mostra la presenza di item ridondanti, da riformulare per poter effettivamente indagare quello che intendevano, non informativi e per questo superflui. Rendere evidenti le relazioni tra i criteri e gli item, aiuta ad eliminare le affermazioni che non valutano ciò che invece è importante indagare per ottenere una panoramica ottimale sulle caratteristiche del disturbo, quali sarebbe opportuno modificare per facilitare la comprensione di chi compila il test o quali sarebbe auspicabile aggiungere.

Un'altra possibile applicazione del contesto clinico, costruito con il *Formal Psychological Assessment*, consiste nel realizzare un nuovo questionario che valuti tutti gli attributi considerati cruciali per l'indagine del DOC, a partire dagli item dei test utilizzati nella costruzione della matrice. Questo perché il contesto clinico mette in luce il fatto che nessuno dei questionari considerati sia in grado di indagare tutti gli attributi del DOC. Fatta eccezione per l'attributo numero 8, che non è indagato da nessun item e come già spiegato andrebbe eliminato, il Padua Inventory non analizza gli attributi 13, 18, 20, 23 e 28, l'*Obsessive-Compulsive Inventory – Revised* l'A3, A4, A5, A9, A12, A17, A19, A20, A21, A22, A24, A25, A26 e A28, l'*Obsessive Beliefs Questionnaire* l'A2, A3, A5, A6, A7, A9, A10, A11, A12, A13, A14, A15, A16, A17, A18, A20, A21, A22 e A23, il *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory* l'A3, A5, A12, A17, A28 e A29, e il *Maudsley Obsessional-Compulsive Questionnaire – forma ridotta* l'A3, A5, A12, A14, A15, A18, A19, A20, A21, 23, A24, A25, A27, A28 e A29.

Per ottenere un questionario che indaghi in modo esaustivo tutti gli attributi del DOC, ho riunito tutti i 200 item dei questionari usati per la matrice e ho apportato alcune modifiche. Ho eliminato gli item che non erano utili per indagare il disturbo (le cui righe contenevano solamente 0). Gli item che indagano gli stessi attributi (o sequenze di attributi) sono stati raggruppati e per ogni gruppo ne ho selezionato uno da conservare nel nuovo questionario. La scelta è ricaduta sull'item più rappresentativo, chiaro ed esplicativo possibile rispetto all'attributo che intendeva investigare. Ad esempio, tra tutti gli item che indagano l'attributo 26 (perfezionismo), ho scelto l'OBQ\_7 “Secondo me tutto dovrebbe essere sempre perfetto.”, che rappresenta adeguatamente l'attributo in

maniera chiara e concisa, senza essere troppo specifico, altrimenti un soggetto potrebbe non comprendere a pieno o non sentirsi rispecchiato da quell'affermazione, rispondendo negativamente pur possedendo le caratteristiche per soddisfare l'attributo. Anche nel caso dell'attributo A11(compulsione di controllo), la scelta tra gli item ridondanti non poteva ricadere sull'item VOCI\_1 "Mi sento costretto a ricontrollare lettere/sms/email molte volte prima di spedirli.", perché l'affermazione è troppo specifica e limitata rispetto a cosa l'individuo controlla. Invece, l'item MOCQ/R\_4 "Devo controllare ripetutamente certe cose (es. rubinetti dell'acqua, del gas, porte ecc.)." rimane sufficientemente generico, includendo anche degli esempi, per chiarire quali sono le aree a cui il controllo potrebbe essere rivolto. Per alcuni item, la scelta è quindi semplice ed evidente, soprattutto nei casi in cui le frasi sono quasi identiche (es. PI\_31 e MOCQ/R\_6 per A17), mentre per altri item necessitano di maggiore attenzione, come nel caso del primo attributo. A1 valuta le ossessioni per come sono state definite dal DSM-5. Singolarmente viene indagato da diversi item, e nello specifico è ben rappresentato da due item: PI\_52 "Mi capita di sentire qualcosa dentro di me che mi costringe a fare delle azioni che in realtà non desidero fare." e VOCI\_12 "Mi capita quasi ogni giorno di essere disturbato da pensieri spiacevoli che mi vengono in mente contro la mia volontà.". Il primo si riferisce chiaramente ad un impulso e il secondo ad immagini e pensieri. Non è detto che i pazienti con disturbo ossessivo compulsivo manifestino entrambi gli aspetti. La scelta è ricaduta sull'item 52, perché l'aspetto impulsivo delle ossessioni viene misurato solo da un unico altro item che però indaga anche l'attributo della violenza/aggressività (A19). Se un paziente con ossessioni patologiche ma non le avesse a sfondo violento, non potrebbe rispondere alla domanda 52, quindi si perderebbero un'informazione. Invece le ossessioni in quanto pensieri o immagini, vengono menzionate in tutti gli altri item che indagano coppie o sequenze più lunghe di attributi che contengono anche l'attributo A1.

Alcuni item problematici per il modo in cui erano stati formulati non hanno costituito un ostacolo perché erano item ridondanti e quindi semplicemente non sono stati scelti per far parte del questionario finale. I due attributi datati quasi identici VOCI\_25 e MOCQ/R\_1 sui telefoni pubblici, che indagano la stessa coppia di attributi, sono stati eliminati entrambi, visto che nessuno usa più i telefoni pubblici se non proprio in caso di estrema emergenza.

Nel caso di altri item ridondanti che indagano lo stesso attributo o sequenza di attributi il cui contenuto è molto diverso, la scelta è ricaduta sulla frase più comune e generalizzabile a più persone possibili. Come per gli item associati al criterio della contaminazione (A16), in cui ogni frase menziona degli oggetti specifici che di solito i pazienti ritengono contaminati sempre diversi, come i soldi, le scarpe, gli animali e così via. Per questo motivo ho preferito scegliere il PI\_3 in cui non viene specificato un oggetto particolare, ma solo il fatto che sia stato contaminato per contatto diretto con altre persone. Ai fini del trattamento non ha troppa importanza quale sia nello specifico l'oggetto contaminato, ma è rilevante rilevare che sono presenti ossessioni di quel tipo. Con queste modifiche è stato diminuito il numero di item del questionario, passando da 200 a 69. Il numero di item è comunque molto alto e potrebbe essere ulteriormente ribassato per rendere la somministrazione più rapida, eliminando gli item associati alle combinazioni di attributi non particolarmente rilevanti. Gli item che indagano più di tre attributi contemporaneamente, ad esempio, tendono ad essere molto specifici ed è poco probabile che un soggetto vi risponda affermativamente a paragone con altri item che indagano un numero minore di attributi.

ID	Item	Testo	Attributi
1	PI_2	Penso che anche un lieve contatto con secrezioni del mio corpo come sudore, urina, saliva, ecc., possa contaminare i miei vestiti o essere in qualche modo dannoso per me.	A16, A25
2	PI_3	Mi è difficile toccare un oggetto quando so che è stato toccato da estranei o da determinate persone.	A16
3	PI_5	Evito di usare i gabinetti pubblici perché ho paura di malattie e contaminazioni.	A3, A5, A9, A16
4	PI_7	Mi lavo le mani più spesso e più a lungo del necessario.	A6, A7, A10
5	PI_8	Mi capita di dover lavare o pulire qualcosa solo perché mi viene il dubbio che possa essere sporco o «contaminato».	A3, A10, A16, A17
6	PI_9	Se per caso tocco qualcosa che io penso «contaminato» devo correre subito a pulirmi.	A3, A10, A16
7	PI_11	Quando mi vengono in mente dei dubbi e delle preoccupazioni, non ho pace finché non ne parlo con qualcuno che mi rassicura.	A2, A12

8	PI_15	Prima di addormentarmi devo fare certe cose seguendo un ordine particolare.	A14
9	PI_17	Mi sento costretto a ripetere dei numeri senza ragione.	A4, A14, A15
10	PI_19	Ho la tendenza a controllare e ricontrollare le cose più volte del necessario.	A6, A11
11	PI_21	Torno indietro a controllare porte, finestre, cassette, ecc., per essere sicuro che siano veramente ben chiusi.	A3, A11, A17
12	PI_27	Mi capita di non essere sicuro di aver fatto delle cose che in realtà ho fatto.	A17, A27
13	PI_30	Mi capita di fare tardi perché faccio e rifaccio certe cose più volte del necessario.	A6, A7
14	PI_31	Mi creo facilmente dei dubbi e dei problemi su gran parte delle cose che faccio.	A17
15	PI_33	Mi vengono in mente pensieri sgradevoli contro la mia volontà e non riesco a liberarmene.	A1, A2, A29
16	PI_34	Mi vengono in mente parole stupide o volgari che non riesco a scacciare.	AA2, A21, A29
17	PI_35	La mia mente lavora in continuazione per conto suo e faccio fatica a prestare attenzione a quello che succede attorno a me.	A1, A7
18	PI_36	Mi immagino conseguenze catastrofiche per piccoli errori o distrazioni che mi capita di fare.	A25, A26
19	PI_37	Mi capita di pensare o di preoccuparmi a lungo di aver fatto del male a qualcuno senza accorgermene.	A7, A19, A24
20	PI_39	Mi capita di pensare e di preoccuparmi a lungo senza motivo di essermi fatto male o di avere qualche malattia.	A7, A22
21	PI_44	Mi vengono in mente dei pensieri e allora devo esaminarli con cura e non sono contento fino a che non ho esaminato fino in fondo quel pensiero o quel dubbio.	A26, A29
22	PI_45	In determinate situazioni ho paura di perdere il controllo di me stesso e fare degli atti sconvenienti o pericolosi che non desidero.	A19
23	PI_52	Mi capita di sentire qualcosa dentro di me che mi costringe a fare delle azioni che in realtà non desidero fare.	A1
24	PI_60	Mi creo preoccupazioni inutili per i germi e le malattie.	A16, A22

25	OCI_2	Ho la tendenza a controllare e ricontrollare le cose molto più spesso del necessario.	A6, A7, A11
26	OCI_3	Mi irrito notevolmente se gli oggetti non sono sistemati al loro giusto posto.	A18
27	OCI_4	Quando vengo a sapere che è accaduta una disgrazia non posso smettere di chiedermi se sono responsabile in qualche modo.	A15
28	OCI_6	Trovo difficile controllare i miei pensieri.	A2, A29
29	OCI_10	Sento di dover ripetere certi numeri.	A14, A15
30	OCI_11	Qualche volta devo lavarmi o pulirmi semplicemente perché mi sento contaminato.	A10, A16
31	OCI_13	Evito di buttare via le cose perché temo che in futuro potrei averne bisogno.	A23, A27
32	OCI_15	Ho bisogno che le cose attorno a me siano sistemate secondo un particolare ordine.	A13, A18
33	OCI_17	Mi lavo le mani più spesso e più a lungo del necessario.	A6, A7, A10
34	OCI_18	Frequentemente ho pensieri sgradevoli e ho difficoltà a liberarmene.	A1, A2
35	OBQ_3	Se non controllo i pensieri che entrano nella mia mente senza la mia volontà, accadrà certamente qualcosa di brutto.	A28, A29
36	OBQ_5	Esiste un solo un modo di fare le cose nella maniera giusta.	A4, A26
37	OBQ_7	Secondo me tutto dovrebbe essere sempre perfetto.	A26
38	OBQ_10	Devo sapere in ogni momento cosa mi passa per la testa in modo tale da avere il pieno controllo dei miei pensieri.	A29
39	OBQ_14	Secondo me, pensare una cattiva azione è tanto brutto quanto metterla in pratica.	A28
40	OBQ_17	Devo essere sempre pronto a riprendere il controllo dei miei pensieri quando una immagine o una idea sorge nella mia mente contro la mia volontà.	A1, A29
41	OBQ_19	Il fatto di avere idee o impulsi aggressivi verso i miei cari significa che io potrei segretamente voler far loro del male.	A19, A28
42	OBQ_22	Devo impegnarmi costantemente per evitare problemi seri (ad esempio, malattie o incidenti).	A25
43	OBQ_28	Se non prendo più precauzioni del dovuto, ho più probabilità	A24, A25



		degli altri di arrecare o subire danni.	
44	OBQ_30	Per sentirmi sicuro, devo essere sempre pronto ad affrontare ogni cosa che possa andare storta.	A27
45	OBQ_35	Per me, persino la più piccola trascuratezza è imperdonabile se può avere conseguenze sugli altri.	A24, A26
46	OBQ_39	Avere pensieri contro la mia volontà significa che non ho più il controllo di me stesso.	A25, A28
47	VOCI_6	Mi capita di avere ripetutamente lo stesso pensiero o immagine indesiderata di una possibile disgrazia.	A1, A25
48	VOCI_8	Uso una quantità eccessiva di disinfettanti per proteggere me stesso e la mia casa dai germi.	A6, A10, A16, A24
49	VOCI_10	In casa ho difficoltà a svolgere le normali attività perché è ingombrata dalle cose che ho accumulato.	A7, A23
50	VOCI_13	Passo troppo tempo a lavarmi le mani.	A7, A10
51	VOCI_14	Ho spesso difficoltà a fare le cose perché tento di fare ogni cosa in modo esatto.	A7, A26
52	VOCI_16	Sono spesso disturbato da pensieri o immagini indesiderate di atti sessuali.	A1, A20
53	VOCI_18	Mi sento costretto a seguire una rigida sequenza quando svolgo le mie attività quotidiane.	A4, A14
54	VOCI_20	Controllo ripetutamente che le porte e le finestre siano chiuse, anche se tento di resistere all'impulso di farlo.	A2, A11
55	VOCI_23	Mi preoccupo eccessivamente dei germi e delle malattie.	A23
56	VOCI_24	Sono spesso molto in ritardo perché non riesco a concludere in tempo le consuete attività quotidiane.	A7
57	VOCI_31	Conto quasi sempre quando compio le azioni abituali.	A15
58	VOCI_40	Sono spesso molto disturbato dai miei impulsi indesiderati di fare del male agli altri.	A1, A19
59	VOCI_49	Mi capita spesso di avere pensieri disturbanti e indesiderati riguardo alle malattie.	A1, A22
60	VOCI_51	Sebbene tenti di resistere, mi sento costretto ad accumulare una grande quantità di cose che in realtà non uso mai.	A23
61	VOCI_52	Mi capita ripetutamente di avere pensieri immorali disturbanti e indesiderati.	A1, A21

62	VOCI_55	Ogni giorno impiego troppo tempo a prepararmi per uscire di casa perché devo fare ogni cosa in modo esatto.	A4, A7, A26
63	MOCQ/R_4	Devo controllare ripetutamente certe cose (es. rubinetti dell'acqua, del gas, porte ecc.).	A11
64	MOCQ/R_10	Non sono eccessivamente preoccupato per la pulizia.	A6, A10, A26
65	MOCQ/R_15	In ogni cosa che faccio seguo un ordine molto preciso.	A4
66	MOCQ/R_17	Il mattino impiego parecchio tempo per lavarmi completamente.	A10
67	MOCQ/R_18	Ho un consumo eccessivo di detersivi e disinfettanti.	A6, A10
68	MOCQ/R_19	Ogni giorno trascorro molto tempo a controllare le cose più e più volte.	A7, A11
69	MOCQ/R_20	La sera, prima di andare a letto, devo appendere e piegare con cura i miei abiti.	A13

Una volta definita la versione finale del questionario, sarebbe necessario procedere con la sua validazione, per poter essere sicuri che possieda delle buone caratteristiche psicometriche, in termini di affidabilità e validità. Per tanto, la procedura di costruzione del contesto clinico attraverso il *Formal Psychological Assessment*, che rende chiare ed esplicite le relazioni altrimenti nascoste tra item e attributi, rappresenta solo un punto di partenza per lo sviluppo di un nuovo questionario che valuti in maniera completa il DOC. Perché permette la successiva selezione degli item che andranno a far parte del nuovo questionario, al fine di indagare tutte le caratteristiche sintomatologiche comportamentali e cognitive tipiche del disturbo (tutti gli attributi) con un solo strumento. A seguito della validazione del questionario, sarebbe possibile anche testare la sua struttura clinica, che rappresenta le implicazioni tra gli item, sulla base delle relazioni dei prerequisiti. Così il test diventerebbe adattivo ed i soggetti potrebbero rispondere alle domande in base alle risposte precedenti, come in un'intervista semi-strutturata, evitando al clinico di raccogliere informazioni inutili e ridondanti. Inoltre, come già menzionato, questo ridurrebbe i tempi di somministrazione e si otterrebbero

informazioni qualitative aggiuntive sui sintomi dell'individuo, indispensabili alla personalizzazione del trattamento. Con la realizzazione di un questionario adattivo per il DOC, si sfrutterebbero al massimo le potenzialità del FPA.

È doveroso anche considerare i limiti di questo procedimento. È un processo che richiede tempo e attenzione, ma questo non costituisce un vero problema perché è incomparabile rispetto al tempo che farebbe risparmiare durante la valutazione dei pazienti. In secondo luogo, per la perfetta costruzione di un contesto clinico, bisognerebbe impiegare l'ausilio di un gruppo di esperti, che valuti la matrice e le relazioni tra item e attributi. È necessario anche garantire che tra loro ci sia un sufficiente grado di accordo (misurabile con il K di Cohen), in modo da poter procedere con i passi successivi già descritti.

Avendo brevemente chiarito i pro e i contro dell'utilizzo del *Formal Psychological Assessment* e che i primi sembrano molto maggiori dei secondi, in futuro si dovrebbe considerare l'estensione di questo modello anche ad altri disturbi, in aggiunta al disturbo depressivo maggiore e al disturbo ossessivo compulsivo, già presenti in letteratura.



## BIBLIOGRAFIA

Abramowitz, J. S., & Jacoby, R. J. (2014). Obsessive-compulsive disorder in the DSM-5. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(3), 221.

Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Schwartz, S. A., & Furr, J. M. (2003). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(6), 1049.

Abramowitz, J. S., Tolin, D. F., & Street, G. P. (2001). Paradoxical effects of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review*, 21, 683–703.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Baer, L. (1994). Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55(Suppl. 3), 18 – 23.

Bottesi, G., Spoto, A., Freeston, M. H., Sanavio, E., & Vidotto, G. (2015). Beyond the score: Clinical evaluation through formal psychological assessment. *Journal of personality assessment*, 97(3), 252-260.

Calamari, J. E., Wiegartz, P. S., & Janeck, A. S. (1999). Obsessive – compulsive disorder subgroups: A symptom-based clustering approach. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 113 – 125.

Calamari, J. E., Wiegartz, P. S., Riemann, B. C., Cohen, R. J., Greer, A., Jacobi, D. M., Jahn, S. C., & Carmin, C. (2004). Obsessive-compulsive disorder subtypes: An attempted replication and extension of a symptom-based taxonomy. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 647 – 670

- Coles, M. E., Frost, R. O., Heimberg, R. G., & Rhéaume, J. (2003). "Not just right experiences": perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behaviour research and therapy*, 41(6), 681-700.
- De Mathis, M. A., Diniz, J. B., Hounie, A. G., Shavitt, R. G., Fossaluza, V., Ferrao, Y., ... & Miguel, E. C. (2013). Trajectory in obsessive-compulsive disorder comorbidities. *European Neuropsychopharmacology*, 23(7), 594-601.
- Doignon, J. P., & Falmagne, J. C. (1985). Spaces for the assessment of knowledge. *International journal of man-machine studies*, 23(2), 175-196.
- Doignon, J. P., & Falmagne, J. C. (1999). *Knowledge spaces*. Berlin, Germany: Springer-Verlag.
- du Toit, P. L., van Kradenburg, J., Niehaus, D., & Stein, D. J. (2001). Comparison of obsessive-compulsive disorder patients with and without comorbid putative obsessive-compulsive spectrum disorders using a structured clinical interview. *Comprehensive psychiatry*, 42(4), 291-300.
- Falmagne, J. C., Koppen, M., Villano, M., Doignon, J. P., & Johannesen, L. (1990). Introduction to knowledge spaces: How to build, test, and search them. *Psychological Review*, 97(2), 201.
- Farris, S. G., McLean, C. P., Van Meter, P. E., Simpson, H. B., & Foa, E. B. (2013). Treatment response, symptom remission, and wellness in obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(7), 685-690.
- Ferrari, J. R. (1995). Perfectionistic cognitions with nonclinical and clinical samples. *Journal of Social Behavior and Personality*, 10, 143-156.
- Foa, E.B., Huppert, J.D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., et al. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485-496.
- Foa, E.B., Kozak, M.J., Salkovskis, P.M., Coles, M.E., & Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 10, 206-214.

- Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997). What do patients do with their obsessive thoughts?. *Behaviour research and therapy*, 35(4), 335-348.
- Frost, R. O., & Hartl, T. L. (1996). A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behaviour research and therapy*, 34(4), 341-350.
- Ganter, B., Stumme, G., & Wille, R. (Eds.). (2005). *Formal concept analysis: foundations and applications* (Vol. 3626). Springer.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale –Brown Obsessive –Compulsive Scale: Development, use, reliability, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006 – 1016.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Riddle, M.A., & Rapoport, J.L. (1991). Children’s Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. Second Revision. New Haven, CT: Yale Child Study Center
- Goodman, W.K., Rasmussen, S.A., Price, L.H., Mazure, C., Heninger, G.R., & Charney, D.S. (1989). Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). Unpublished manual.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., Heninger, G.R., & Charney, D.S. (1989). *The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability*. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Granziol, U., Brancaccio, A., Pizziconi, G., Spangaro, M., Gentili, F., Bosia, M., ... & Spoto, A. (2022). On the implementation of computerized adaptive observations for psychological assessment. *Assessment*, 29(2), 225-241.
- Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977). Obsessional –compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389 – 395.
- Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour research and therapy*, 15(5), 389-395.

Kress, V. E., Stargell, N. A., Zoldan, C. A., & Paylo, M. J. (2016). Hoarding disorder: Diagnosis, assessment, and treatment. *Journal of Counseling & Development, 94*(1), 83-90.

Leckman, J. F., Denys, D., Simpson, H. B., Mataix-Cols, D., Hollander, E., Saxena, S., ... & Stein, D. J. (2010). Obsessive-compulsive disorder: a review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. *Depression and anxiety, 27*(6), 507-527.

Leckman, J. F., Grice, D. E., Barr, L. C., deVries, A. L. C., Martin, C., Cohen, D. J., Goodman, W. K., & Rasmussen, S. A. (1995). Tic-related vs. non-tic-related obsessive compulsive disorder. *Anxiety, 1*, 208 – 215.

Leckman, J. F., Grice, D. E., Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C., ... & Pauls, D. L. (1997). Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 154*(7), 911-917.

Leckman, J. F., Grice, D. E., Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C., ... & Pauls, D. L. (1997). Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 154*(7), 911-917.

Leckman, J., Grice, D. E., Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C., Alsobrook, J., Peterson, B. S., Cohen, D. J., Rasmussen, S. A., Goodman, W. K., McDougle, C. J., & Pauls, D. L. (1997). Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 154*, 911 – 917.

Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Grant, J. E., & Rasmussen, S. A. (2005). Obsessive compulsive personality disorder and obsessive compulsive disorder: clinical characteristics, diagnostic difficulties, and treatment. *Annals of Clinical Psychiatry, 17*(4), 197-204.

Maqbool, M., Sengar, K. S., Vikas, Kumar, M., & Uparikar, P. D. (2017). Efficacy of danger ideation reduction therapy in obsessive-compulsive disorder washer with poor insight: a case study and literature review. *Indian Journal of Psychological Medicine, 39*(4), 523-526.



- Marchetti, I., Chiri, L. R., Ghisi, M., & Sica, C. (2010). Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R): presentazione e indicazioni di utilizzo nel contesto italiano. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 16(1), 69-84.
- Mataix-Cols, D., Frost, R. O., Pertusa, A., Clark, L. A., Saxena, S., Leckman, J. F., ... & Wilhelm, S. (2010). Hoarding disorder: A new diagnosis for DSM-V?. *Depression and anxiety*, 27(6), 556-572.
- Mataix-Cols, D., Junque, C., Sanchez-Turet, M., Vallejo, J., Verger, K., & Barrios, M. (1999). Neuropsychological functioning in a subclinical obsessive – compulsive sample. *Biological Psychiatry*, 45, 898 – 904.
- Mataix-Cols, D., Rauch, S. L., Baer, L., Eisen, J. L., Shera, D. M., Goodman, W. K., Rasmussen, S. A., & Jenike, M. A. (2002). Symptom stability in adult obsessive – compulsive disorder: Data from a naturalistic two-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 159, 263 – 268.
- McKay, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radomsky, A., Sookman, D., ... & Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive–compulsive disorder subtypes: Symptoms versus mechanisms. *Clinical psychology review*, 24(3), 283-313.
- Melli, G., & Carraresi, C. (2023). *La terapia cognitivo comportamentale del disturbo ossessivo-compulsivo. Manuale completo per l'assessment e il trattamento*. Edizioni Erickson.
- Myers, S. G., Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Belief domains of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive–compulsive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 475-484.
- Nisticò, V., De Angelis, A., Erro, R., Demartini, B., & Ricciardi, L. (2021). Obsessive-compulsive disorder and decision making under ambiguity: a systematic review with meta-analysis. *Brain sciences*, 11(2), 143.
- Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 35, 667-681.

Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group. (2001). Development and initial validation of the Obsessive Belief Questionnaire and the interpretation of intrusion inventory. *Behavior Research and Therapy*, 39, 987-1006.

Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group. (2003). Psychometric validation of the Obsessive Belief Questionnaire and interpretation of intrusion inventory. Part I. *Behavior Research and Therapy*, 41, 863-878.

Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group. (2005). Psychometric validation of the Obsessive Belief Questionnaire and interpretation of intrusion inventory. Part II. *Behavior Research and Therapy*, 43, 1527-1542

Philpott, R. (1975). Recent advances in the behavioural assessment of obsessional illness: Difficulties common to these and other measures. *Scottish Medical Journal*, 20, 33 – 40 (Suppl.).

Pietrefesa, A. S., & Coles, M. E. (2008). Moving beyond an exclusive focus on harm avoidance in obsessive compulsive disorder: Considering the role of incompleteness. *Behavior Therapy*, 39(3), 224-231.

Pietrefesa, A. S., & Coles, M. E. (2009). Moving beyond an exclusive focus on harm avoidance in obsessive-compulsive disorder: behavioral validation for the separability of harm avoidance and incompleteness. *Behavior Therapy*, 40(3), 251-259.

Pitman, R.K. (1987). Pierre Janet on obsessive-compulsive disorder (1903). *Archives of General Psychiatry*, 44, 226–232.

Rachman, S., & Hodgson, R. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 15(4), 743-758.

Rosso, G., Albert, U., Asinari, G. F., Bogetto, F., & Maina, G. (2012). Stressful life events and obsessive-compulsive disorder: clinical features and symptom dimensions. *Psychiatry research*, 197(3), 259-264.

- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, *15*(1), 53-63.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional – compulsive problems: A cognitive – behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *23*, 571 – 583.
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive – behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, *27*, 677 – 682.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, *26*, 169-177.
- Sanavio, E., & Vidotto, G. (1985). The components of the Maudsley obsessional-compulsive questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, *23*(6), 659-662.
- Sanavio, E., Bertolotti, G., Michielin, P., Vidotto, G., & Zotti, A.M. (1997). *CBA-2.0. Cognitive Behavioural Assessment 2.0. Scale primarie*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Serra, F., Spoto, A., Ghisi, M., & Vidotto, G. (2015). Formal psychological assessment in evaluating depression: a new methodology to build exhaustive and irredundant adaptive questionnaires. *PLoS One*, *10*(4), e0122131.
- Sica, C. (Ed.). (2012). *Disturbo ossessivo-compulsivo.: Questionari e interviste per la valutazione clinica*. Edizioni Erickson.
- Spoto, A., Serra, F., Donadello, I., Granziol, U., & Vidotto, G. (2018). New perspectives in the adaptive assessment of depression: The ATS-PD version of the QuEDS. *Frontiers in Psychology*, *9*, 1101.
- Spoto, A., Stefanutti, L., & Vidotto, G. (2010). Knowledge space theory, formal concept analysis, and computerized psychological assessment. *Behavior Research Methods*, *42*(1), 342-350.

- Stein, D. J., Costa, D. L., Lochner, C., Miguel, E. C., Reddy, Y. J., Shavitt, R. G., ... & Simpson, H. B. (2019). Obsessive–compulsive disorder. *Nature reviews Disease primers*, 5(1), 52.
- Storch, E. A., Abramowitz, J., & Goodman, W. K. (2008). Where does obsessive–compulsive disorder belong in DSM-V? *Depression and anxiety*, 25(4), 336-347.
- Summerfeldt, L. J. (2004). Understanding and treating incompleteness in obsessive-compulsive disorder. *Journal of clinical psychology*, 60(11), 1155-1168.
- Summerfeldt, L. J., Richter, M. A., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (1999). Symptom structure in obsessive-compulsive disorder: A confirmatory factor analytic study. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 297 – 311.
- Thordarson, D.S., Radomsky, A.S., Rachman, S., Shafran, R., Sawchuck, C.N. & Hakstian, A.R. (2004). The Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI). *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1289-1314.
- Vaccaro, L. D., Jones, M. K., Menzies, R. G., & Wootton, B. M. (2010). Danger ideation reduction therapy for obsessive–compulsive checking: Preliminary findings. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(4), 293-301.
- van Oppen, P., Hoekstra, R. J., & Emmelkamp, P. M. G. (1995). The structure of obsessive –compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 379 – 390.

## APPENDICE

**Tabella oggetti:**

Questionario	ID	Testo
Padua Inventory	PI_1	Mi sento le mani sporche quando tocco del denaro.
	PI_2	Penso che anche un lieve contatto con secrezioni del mio corpo come sudore, urina, saliva, ecc., possa contaminare i miei vestiti o essere in qualche modo dannoso per me.
	PI_3	Mi è difficile toccare un oggetto quando so che è stato toccato da estranei o da determinate persone.
	PI_4	Per me è un problema toccare immondizie o cose sporche.
	PI_5	Evito di usare i gabinetti pubblici perché ho paura di malattie e contaminazioni.
	PI_6	Evito di usare il telefono pubblico perché temo contagi e malattie.
	PI_7	Mi lavo le mani più spesso e più a lungo del necessario.
	PI_8	Mi capita di dover lavare o pulire qualcosa solo perché mi viene il dubbio che possa essere sporco o «contaminato».
	PI_9	Se per caso tocco qualcosa che io penso «contaminato» devo correre subito a pulirmi.
	PI_10	Se un animale mi tocca, mi sento sporco e devo correre a lavarmi e a cambiarmi.
	PI_11	Quando mi vengono in mente dei dubbi e delle preoccupazioni, non ho pace finché non ne parlo con qualcuno che mi rassicura.
	PI_12	Quando parlo ho la tendenza a ripetere per diverse volte la stessa cosa o le stesse frasi.
	PI_13	Ho la tendenza a chiedere alla gente di ripetermi le stesse cose diverse volte di seguito, anche se ho capito quello che mi hanno detto.
	PI_14	Mi sento costretto a seguire un ordine particolare nel vestirmi, svestirmi, lavarmi.
	PI_15	Prima di addormentarmi devo fare certe cose seguendo un ordine particolare.
	PI_16	Prima di andare a letto appendo e piego con cura i vestiti.
	PI_17	Mi sento costretto a ripetere dei numeri senza ragione.
	PI_18	Devo fare e rifare le cose più volte prima che mi sembrino veramente a posto e ben fatte.
	PI_19	Ho la tendenza a controllare e ricontrollare le cose più volte del necessario.
	PI_20	Torno a controllare i rubinetti del gas o dell'acqua, gli interruttori della luce, dopo averli già spenti.
	PI_21	Torno indietro a controllare porte, finestre, cassette, ecc., per essere sicuro che siano veramente ben chiusi.
	PI_22	Controllo e ricontrollo a lungo diverse volte di aver compilato esattamente moduli, documenti, assegni.
	PI_23	Controllo diverse volte che fiammiferi, sigarette, ecc., siano ben spenti.
	PI_24	Quando uso del denaro lo conto e lo riconto diverse volte.
	PI_25	Controllo attentamente le lettere più e più volte prima di impostarle.
	PI_26	. Ho difficoltà a prendere decisioni persino per questioni di

<b>Padua Inventory</b>		scarsa importanza.
	PI_27	Mi capita di non essere sicuro di aver fatto delle cose che in realtà ho fatto.
	PI_28	Ho l'impressione di non riuscire mai a spiegare bene le cose, specialmente se si parla di questioni importanti che mi riguardano.
	PI_29	Dopo aver fatto con attenzione un lavoro, mi capita di avere lo stesso l'impressione di averlo fatto male o di non averlo finito.
	PI_30	Mi capita di fare tardi perché faccio e rifaccio certe cose più volte del necessario.
	PI_31	Mi creo facilmente dei dubbi e dei problemi su gran parte delle cose che faccio.
	PI_32	Quando comincio a pensare a certe cose non riesco più a liberarmene e a svuotare la mente.
	PI_33	Mi vengono in mente pensieri sgradevoli contro la mia volontà e non riesco a liberarmene.
	PI_34	Mi vengono in mente parole stupide o volgari che non riesco a scacciare.
	PI_35	La mia mente lavora in continuazione per conto suo e faccio fatica a prestare attenzione a quello che succede attorno a me.
	PI_36	Mi immagino conseguenze catastrofiche per piccoli errori o distrazioni che mi capita di fare.
	PI_37	Mi capita di pensare o di preoccuparmi a lungo di aver fatto del male a qualcuno senza accorgermene.
	PI_38	Quando sento parlare di certe disgrazie mi capita di pensare che sia in qualche modo colpa mia.
	PI_39	Mi capita di pensare e di preoccuparmi a lungo senza motivo di essermi fatto male o di avere qualche malattia.
	PI_40	Mi capita di mettermi a contare degli oggetti senza ragione.
	PI_41	Mi sento costretto a ricordare dei numeri senza nessuna importanza.
	PI_42	Quando leggo ho l'impressione che qualcosa di importante mi sia sfuggito e devo tornare indietro a rileggere due o tre volte almeno.
	PI_43	Mi preoccupo di tenere a mente e faccio sforzi per non dimenticarmi le cose che in realtà non sono importanti.
	PI_44	Mi vengono in mente dei pensieri e allora devo esaminarli con cura e non sono contento fino a che non ho esaminato fino in fondo quel pensiero o quel dubbio.
	PI_45	In determinate situazioni ho paura di perdere il controllo di me stesso e fare degli atti sconvenienti o pericolosi che non desidero.
	PI_46	Quando guardo giù da un ponte o da una torre provo una specie di impulso a gettarmi nel vuoto.
	PI_47	Guardando un treno che si avvicina mi capita di pensare che potrei gettarmi sulle rotaie.
	PI_48	In certi momenti ho la tentazione di strapparmi i vestiti e spogliarmi in un luogo pubblico.
	PI_49	Mentre guido mi capita di sentire una specie di impulso a investire qualcuno o qualcosa con l'auto.
	PI_50	Vedere delle armi mi turba e mi crea strani pensieri.
PI_51	Mi innervosisce e mi preoccupa la vista di coltelli, pugnali o	

<b>Padua Inventory</b>		altri oggetti appuntiti.
	PI_52	Mi capita di sentire qualcosa dentro di me che mi costringe a fare delle azioni che in realtà non desidero fare.
	PI_53	Mi capita di sentire una specie di bisogno di rompere o danneggiare degli oggetti senza ragione.
	PI_54	Mi prende una specie di impulso a impadronirmi di oggetti di altri, anche se non mi servono.
	PI_55	Mi capita di avere una tentazione quasi irresistibile a rubare qualcosa nei supermercati.
	PI_56	In certi momenti avverto una specie di forza che mi spinge a fare del male a degli animali.
	PI_57	Mi sento costretto a fare dei gesti particolari o camminare in modo particolare.
	PI_58	In certe situazioni provo un bisogno incontrollabile di mangiare anche a rischio di stare male.
	PI_59	Quando sento parlare di suicidio o di un delitto resto a lungo turbato e faccio fatica ad allontanare tale pensiero.
	PI_60	Mi creo preoccupazioni inutili per i germi e le malattie.
<b>Obsessive-Compulsive Inventory – Revised</b>	OCI_1	Ho conservato talmente tante cose che ora sono intralciato da esse.
	OCI_2	Ho la tendenza a controllare e ricontrollare le cose molto più spesso del necessario.
	OCI_3	Mi irrita notevolmente se gli oggetti non sono sistemati al loro giusto posto.
	OCI_4	Mi sento costretto a ripetere dei numeri mentre sto facendo delle cose.
	OCI_5	Trovo difficile toccare un oggetto quando so che è stato toccato da estranei o da certe persone.
	OCI_6	Trovo difficile controllare i miei pensieri.
	OCI_7	Accumulo cose di cui non ho bisogno.
	OCI_8	Controllo ripetutamente porte, finestre e cassette.
	OCI_9	Mi agito se gli altri cambiano il modo in cui ho sistemato le cose.
	OCI_10	Sento di dover ripetere certi numeri.
	OCI_11	Qualche volta devo lavarmi o pulirmi semplicemente perché mi sento contaminato.
	OCI_12	Sono turbato da pensieri spiacevoli che entrano nella mia mente contro la mia volontà.
	OCI_13	Evito di buttare via le cose perché temo che in futuro potrei averne bisogno.
	OCI_14	Controllo ripetutamente i rubinetti del gas, dell'acqua e gli interruttori della luce dopo averli chiusi/spenti.
	OCI_15	Ho bisogno che le cose attorno a me siano sistemate secondo un particolare ordine.
	OCI_16	Ho la sensazione che ci siano numeri buoni e numeri cattivi.
	OCI_17	Mi lavo le mani più spesso e più a lungo del necessario.
	OCI_18	Frequentemente ho pensieri sgradevoli e ho difficoltà a liberarmene.
	OBQ_1	Avere controllo sui pensieri è segno di buon carattere.
	OBQ_2	Se immagino che possa accadere qualcosa di brutto, ho la

<b>Obsessive Beliefs Questionnaire</b>		responsabilità di fare qualcosa affinché non accada realmente.
	OBQ_3	Se non controllo i pensieri che entrano nella mia mente senza la mia volontà, accadrà certamente qualcosa di brutto.
	OBQ_4	Quando vengo a sapere che è accaduta una disgrazia non posso smettere di chiedermi se sono responsabile in qualche modo.
	OBQ_5	Esiste un solo un modo di fare le cose nella maniera giusta.
	OBQ_6	Sarei una persona migliore se riuscissi ad avere maggiore controllo sui miei pensieri.
	OBQ_7	Secondo me tutto dovrebbe essere sempre perfetto.
	OBQ_8	Peggiori sono i miei pensieri, più grande è il rischio che si avverino.
	OBQ_9	Non troverò pace fino a che avrò pensieri che nascono contro la mia volontà.
	OBQ_10	Devo sapere in ogni momento cosa mi passa per la testa in modo tale da avere il pieno controllo dei miei pensieri.
	OBQ_11	Per poter essere considerato degno di stima devo raggiungere la perfezione in ogni cosa che faccio.
	OBQ_12	In ultima analisi, è mia responsabilità assicurarmi che tutto sia al posto giusto.
	OBQ_13	Dovrei cercare di prevenire ad ogni costo anche i danni più improbabili.
	OBQ_14	Secondo me, pensare una cattiva azione è tanto brutto quanto metterla in pratica.
	OBQ_15	Devo pensare alle conseguenze di ogni mia più piccola azione.
	OBQ_16	Se non posso fare qualcosa perfettamente, è meglio che lasci perdere.
	OBQ_17	Devo essere sempre pronto a riprendere il controllo dei miei pensieri quando una immagine o una idea sorge nella mia mente contro la mia volontà.
	OBQ_18	Basta un piccolo errore perché un lavoro non possa essere considerato completo.
	OBQ_19	Il fatto di avere idee o impulsi aggressivi verso i miei cari significa che io potrei segretamente voler far loro del male.
	OBQ_20	Se un pensiero fastidioso si insinua nella mia mente mentre sto facendo qualcosa, ciò che sto facendo verrà rovinato.
	OBQ_21	In una qualsiasi situazione quotidiana, fallire nel prevenire un danno equivale a causarlo di proposito.
	OBQ_22	Devo impegnarmi costantemente per evitare problemi seri (ad esempio, malattie o incidenti).
	OBQ_23	Secondo me, non prevenire dei danni equivale a commetterli.
	OBQ_24	Devo essere sicuro che gli altri non subiscano danni a causa delle mie decisioni o azioni.
	OBQ_25	Se esercito abbastanza forza di volontà dovrei riuscire a raggiungere un completo controllo sulla mia mente.
	OBQ_26	Secondo me, le cose non vanno bene se non sono perfette.
	OBQ_27	Se ho pensieri disgustosi vuol dire che sono una persona orribile.
	OBQ_28	Se non prendo più precauzioni del dovuto, ho più probabilità degli altri di arrecare o subire danni.
	OBQ_29	Se non faccio bene come gli altri significa che valgo meno.
	OBQ_30	Per sentirmi sicuro, devo essere sempre pronto ad affrontare



<b>Obsessive Beliefs Questionnaire</b>		ogni cosa che possa andare storta.
	OBQ_31	Per evitare disgrazie ho bisogno di controllare tutti i pensieri e le immagini che mi passano per la mente.
	OBQ_32	Non dovrei avere pensieri bizzarri o disgustosi.
	OBQ_33	Avere un pensiero blasfemo equivale a commettere una azione peccaminosa.
	OBQ_34	Dovrei essere capace di sbarazzarmi dei pensieri che entrano nella mia mente contro la mia volontà.
	OBQ_35	Per me, persino la più piccola trascuratezza è imperdonabile se può avere conseguenze sugli altri.
	OBQ_36	Devo essere il migliore nelle cose che sono importanti per me.
	OBQ_37	Se le mie azioni contribuissero anche in minima parte a causare una possibile sventura, allora sarei responsabile per ciò che accade.
	OBQ_38	Anche quando sto attento mi capita spesso di pensare che potrei causare o subire qualcosa di brutto.
	OBQ_39	Avere pensieri contro la mia volontà significa che non ho più il controllo di me stesso.
	OBQ_40	Anche se penso che un danno sia molto improbabile, dovrei comunque tentare di prevenirlo.
	OBQ_41	Devo lavorare continuamente ad un compito finché non è fatto perfettamente.
	OBQ_42	Per me, non essere in grado di prevenire una disgrazia equivale a causarla.
	OBQ_43	Se non faccio un lavoro perfettamente non sarò rispettato dagli altri.
	OBQ_44	Se sono sufficientemente prudente posso prevenire qualsiasi disgrazia o incidente.
	OBQ_45	Avere un cattivo pensiero non è moralmente differente dal fare una cattiva azione.
OBQ_46	Qualsiasi cosa faccia non è mai abbastanza buona.	
<b>Vancouver Obsessional Compulsive Inventory</b>	VOCI_1	Mi sento costretto a ricontrollare lettere/sms/email molte volte prima di spedirli.
	VOCI_2	Sono spesso disturbato da pensieri indesiderati di usare oggetti appuntiti.
	VOCI_3	Mi sento molto sporco dopo aver toccato i soldi.
	VOCI_4	Mi è molto difficile prendere anche le decisioni banali.
	VOCI_5	Mi sento costretto ad essere assolutamente perfetto.
	VOCI_6	Mi capita di avere ripetutamente lo stesso pensiero o immagine indesiderata di una possibile disgrazia.
	VOCI_7	Controllo e ricontrollo più volte alcune cose, quali interruttori e rubinetti, dopo averli chiusi.
	VOCI_8	Uso una quantità eccessiva di disinfettanti per proteggere me stesso e la mia casa dai germi.
	VOCI_9	Spesso mi sento costretto a memorizzare cose inutili (es. numeri di targa, scritte sulle etichette, ecc.).
	VOCI_10	In casa ho difficoltà a svolgere le normali attività perché è ingombrata dalle cose che ho accumulato.
	VOCI_11	Solitamente, dopo aver deciso qualcosa, rimugino sulla mia decisione per molto tempo.
	VOCI_12	Mi capita quasi ogni giorno di essere disturbato da pensieri

<b>Vancouver Obsessional Compulsive Inventory</b>		spiacevoli che mi vengono in mente contro la mia volontà.
	VOCI_13	Passo troppo tempo a lavarmi le mani.
	VOCI_14	Ho spesso difficoltà a fare le cose perché tento di fare ogni cosa in modo esatto.
	VOCI_15	Toccarmi la suola delle scarpe mi rende molto ansioso.
	VOCI_16	Sono spesso disturbato da pensieri o immagini indesiderate di atti sessuali.
	VOCI_17	Mi rende molto ansioso dover prendere una decisione anche di poca importanza.
	VOCI_18	Mi sento costretto a seguire una rigida sequenza quando svolgo le mie attività quotidiane.
	VOCI_19	Mi sento molto turbato se i miei arredi o altri miei oggetti non sono sempre nella stessa identica posizione.
	VOCI_20	Controllo ripetutamente che le porte e le finestre siano chiuse, anche se tento di resistere all'impulso di farlo.
	VOCI_21	Mi è molto difficile toccare i rifiuti o i cassonetti.
	VOCI_22	Mi disturba o mi rende molto ansioso pensare di buttar via qualunque cosa.
	VOCI_23	Mi preoccupo eccessivamente dei germi e delle malattie.
	VOCI_24	Sono spesso molto in ritardo perché non riesco a concludere in tempo le consuete attività quotidiane.
	VOCI_25	Evito di usare i telefoni pubblici per paura di potermi contaminare.
	VOCI_26	Mi imbarazza invitare persone a casa mia perché è piena di cumuli di cose inutili che ho conservato.
	VOCI_27	Mi capita ripetutamente di avere lo stesso pensiero o immagine disturbante riguardante la possibile morte di qualcuno.
	VOCI_28	Sono spesso disturbato da pensieri o immagini indesiderate in cui dico impulsivamente oscenità o insulti in pubblico.
	VOCI_29	Mi preoccupo troppo di poter far soffrire le altre persone.
	VOCI_30	Spesso sono spaventato da impulsi indesiderati di guidare contromano o di gettarmi sotto un'auto.
	VOCI_31	Conto quasi sempre quando compio le azioni abituali.
	VOCI_32	Mi sento molto contaminato se tocco un animale.
	VOCI_33	Uno dei miei maggiori problemi è quello di controllare e ricontrollare.
	VOCI_34	Mi capita spesso di avere pensieri disturbanti e indesiderati di perdere il controllo.
	VOCI_35	Mi è quasi impossibile decidere cosa buttare via e cosa conservare.
	VOCI_36	Mi sento fortemente costretto a contare alcune cose.
	VOCI_37	Controllo ripetutamente che i fornelli siano spenti, anche se tento di resistere all'impulso di farlo.
	VOCI_38	Mi sento molto turbato se ogni sera non riesco a completare esattamente nello stesso modo il mio rituale prima di andare a letto.
	VOCI_39	Mi spaventa molto l'idea di avere anche il minimo contatto con le secrezioni corporee (sangue, urina, sudore, ecc.).
	VOCI_40	Sono spesso molto disturbato dai miei impulsi indesiderati di fare del male agli altri.
	VOCI_41	Ogni giorno perdo molto tempo a controllare ripetutamente le

<b>Vancouver Obsessional Compulsive Inventory</b>		cose.
	VOCI_42	Ho molta difficoltà a gettare via qualunque cosa perché ho troppa paura di essere uno sprecone.
	VOCI_43	Spesso devo controllare più volte alcune cose come interruttori, rubinetti, elettrodomestici o porte.
	VOCI_44	Uno dei miei maggiori problemi è quello di essere eccessivamente preoccupato per la pulizia.
	VOCI_45	Mi sento costretto a conservare troppe cose, come vecchie riviste, giornali o scontrini, perché temo che possano essermi necessari in futuro.
	VOCI_46	Mi capita di avere ripetutamente pensieri disturbanti e inaccettabili di natura religiosa.
	VOCI_47	Tendo a rimanere indietro nel mio lavoro perché ripeto una stessa cosa molte volte.
	VOCI_48	Tendo a rimandare nel prendere decisioni perché ho molta paura di commettere errori.
	VOCI_49	Mi capita spesso di avere pensieri disturbanti e indesiderati riguardo alle malattie.
	VOCI_50	Ho paura di usare anche i bagni pubblici ben puliti perché sono troppo preoccupato dei germi.
	VOCI_51	Sebbene tenti di resistere, mi sento costretto ad accumulare una grande quantità di cose che in realtà non uso mai.
	VOCI_52	Mi capita ripetutamente di avere pensieri immorali disturbanti e indesiderati.
	VOCI_53	Uno dei miei maggiori problemi è quello di prestare troppa attenzione ai dettagli.
	VOCI_54	Sono spesso disturbato da impulsi indesiderati di farmi del male.
	VOCI_55	Ogni giorno impiego troppo tempo a prepararmi per uscire di casa perché devo fare ogni cosa in modo esatto.
<b>Maudsley Obsessional-Compulsive Questionnaire-forma ridotta</b>	MOCQ/R_1	Evito di usare il telefono pubblico perché c'è possibilità di contaminazione.
	MOCQ/R_2	Ho frequentemente dei pensieri sgradevoli e non riesco a sbarazzarmene.
	MOCQ/R_3	Se tocco un animale mi sembra di essere contaminato.
	MOCQ/R_4	Devo controllare ripetutamente certe cose (es. rubinetti dell'acqua, del gas, porte ecc.).
	MOCQ/R_5	Quasi ogni giorno mi vengono in mente pensieri sgradevoli contro la mia volontà e ne sono turbato.
	MOCQ/R_6	Solitamente ho seri dubbi circa semplici cose che faccio ogni giorno.
	MOCQ/R_7	Nel mio lavoro sono spesso in ritardo perché mi perdo a fare e rifare una stessa cosa più volte del necessario.
	MOCQ/R_8	Impiego una quantità eccessiva di sapone per lavarmi.
	MOCQ/R_9	Devo sempre controllare e ricontrollare più volte una lettera prima di imbucarla.
	MOCQ/R_10	Non sono eccessivamente preoccupato per la pulizia.
	MOCQ/R_11	Uno dei miei maggiori problemi è quello di prestare moltissima attenzione ai particolari.
	MOCQ/R_12	Un mio grande problema è quello di controllare ripetutamente le cose.

<b>Maudsley Obsessional- Compulsive Questionnaire- forma ridotta</b>	MOCQ/R_13	Non mi creo preoccupazioni inutili per i germi e le malattie.
	MOCQ/R_14	Ho la tendenza a controllare le cose più di una volta.
	MOCQ/R_15	In ogni cosa che faccio seguo un ordine molto preciso.
	MOCQ/R_16	Mi sento le mani sporche dopo aver usato del denaro.
	MOCQ/R_17	Il mattino impiego parecchio tempo per lavarmi completamente.
	MOCQ/R_18	Ho un consumo eccessivo di detersivi e disinfettanti.
	MOCQ/R_19	Ogni giorno trascorro molto tempo a controllare le cose più e più volte.
	MOCQ/R_20	La sera, prima di andare a letto, devo appendere e piegare con cura i miei abiti.
	MOCQ/R_21	Anche se faccio una cosa molto attentamente, mi pare spesso di non averla fatta bene.

## Tabella attributi:

Attributi	
Criteri DSM-5	1. Presenza di pensieri, impulsi, immagini ricorrenti e persistenti, intrusivi, non voluti, che causano marcata ansia o distress.
	2. Tentativi di ignorare o sopprimere tali pensieri, impulsi, immagini o neutralizzarli con il pensiero o azioni.
	3. presenza di comportamenti ripetitivi o atti mentali che le persone si sentono spinte ad attuare in risposta a un'ossessione
	4. Compiere comportamenti ripetitivi o atti mentali seguendo regole che devono essere applicate rigidamente
	5. I comportamenti o atti mentali servono a prevenire o ridurre il distress o evitare che accada un evento.
	6. I comportamenti o gli atti mentali non sono connessi realisticamente con quello che dovrebbero neutralizzare o prevenire o sono chiaramente eccessivi.
	7. Le ossessioni o le compulsioni occupano molto tempo (più di 1h al giorno) o causano disagio clinicamente significativo in aree fondamentali di funzionamento.
	8. Riconoscere che le proprie credenze ossessivo-compulsive sono sicuramente false, credere che siano vere in qualche misura, credere che siano sicuramente vere.
Forma di resistenza non compulsiva	9. Comportamenti di evitamento.
Forme di resistenza compulsive	10. Lavarsi e pulire.
	11. Controllare.
	12. Cercare rassicurazioni dagli altri.
	13. Ordinare e riordinare gli oggetti secondo dei criteri.
	14. Compiere rituali mentali (es. dire una frase o una parola, recitare una preghiera)

	15. Contare.
Osessioni	16. Contaminazione.
	17. Dubbio patologico.
	28. Simmetria e precisione.
	19. Violenza/aggressività verso sé e/o gli altri.
	20. Pensieri e immagini a sfondo sessuale.
	21. Pensieri e immagini religiose.
	22. Pensieri riguardanti il corpo.
Osessioni e compulsioni	23. Accumulo.
Caratteristiche cognitive	24. Senso di responsabilità eccessivo.
	25. Sovrastima della minaccia.
	26. Perfezionismo.
	27. Intolleranza all'incertezza.
	28. Equivalenza tra pensieri e realtà.
	29. Necessità di controllare i pensieri.

**Contesto clinico:**

<b>ID</b>	<b>Attributi</b>
PI_1	a16
PI_2	a16, a25
PI_3	a16
PI_4	a16
PI_5	a3, a5, a9, a16
PI_6	a3, a5, a9, a16
PI_7	a6, a7, a10
PI_8	a3, a10, a16, a17
PI_9	a3, a10, a16
PI_10	a3, a10, a16
PI_11	a2, a12
PI_12	
PI_13	
PI_14	a4, a14
PI_15	a14
PI_16	a13
PI_17	a4, a14, a15
PI_18	a26
PI_19	a6, a11
PI_20	a11
PI_21	a3, a11, a17
PI_22	a7, a11
PI_23	a11
PI_24	a15
PI_25	a6, a11
PI_26	
PI_27	a17, a27
PI_28	a26
PI_29	a26
PI_30	a6, a7
PI_31	a17
PI_32	a1, a2, a29
PI_33	a1, a2, a29
PI_34	a2, a21, a29
PI_35	a1, a7
PI_36	a25, a26
PI_37	a7, a19, a24
PI_38	a24
PI_39	a7, a22
PI_40	a15
PI_41	a15
PI_42	a4

PI_43	
PI_44	a26, a29
PI_45	a19
PI_46	a19
PI_47	a19
PI_48	
PI_49	a19
PI_50	a19
PI_51	a19
PI_52	a1
PI_53	a19
PI_54	
PI_55	
PI_56	a19
PI_57	
PI_58	
PI_59	a1, a2
PI_60	a16, a22
OCI_1	a23
OCI_2	a6, a7, a11
OCI_3	a18
OCI_4	a15
OCI_5	a16
OCI_6	a2, a29
OCI_7	a23
OCI_8	a11
OCI_9	a13, a18
OCI_10	a14, a15
OCI_11	a10, a16
OCI_12	a1
OCI_13	a23, a27
OCI_14	a11
OCI_15	a13, a18
OCI_16	a15
OCI_17	a6, a7, a10
OCI_18	a1, a2
OBQ_1	a29
OBQ_2	a24
OBQ_3	a28, a29
OBQ_4	a24
OBQ_5	a4, a26
OBQ_6	a29
OBQ_7	a26
OBQ_8	a28
OBQ_9	a1, a29



OBS_10	a29
OBS_11	a26
OBS_12	a24
OBS_13	a25
OBS_14	a28
OBS_15	a27
OBS_16	a26
OBS_17	a1, a29
OBS_18	a26
OBS_19	a19, a28
OBS_20	a25
OBS_21	a24
OBS_22	a25
OBS_23	a24
OBS_24	a24
OBS_25	a29
OBS_26	a26
OBS_27	a28
OBS_28	a24, a25
OBS_29	a26
OBS_30	a27
OBS_31	a29
OBS_32	a29
OBS_33	a28
OBS_34	a29
OBS_35	a24, a26
OBS_36	a26
OBS_37	a24
OBS_38	a24
OBS_39	a25, a28
OBS_40	a24
OBS_41	a26
OBS_42	a24
OBS_43	a26
OBS_44	a24
OBS_45	a28
OBS_46	a26
VOCI_1	a11
VOCI_2	a1, a19
VOCI_3	a16
VOCI_4	
VOCI_5	a26
VOCI_6	a1, a25
VOCI_7	a11
VOCI_8	a6, a10, a16, a24

VOCI_9	
VOCI_10	a7, a23
VOCI_11	
VOCI_12	a1
VOCI_13	a7, a10
VOCI_14	a7, a26
VOCI_15	a16
VOCI_16	a1, a20
VOCI_17	
VOCI_18	a4, a14
VOCI_19	a13, a18
VOCI_20	a2, a11
VOCI_21	a16
VOCI_22	a23
VOCI_23	a22
VOCI_24	a7
VOCI_25	a9, a16
VOCI_26	a7, a23
VOCI_27	a1
VOCI_28	a1, a21
VOCI_29	a24
VOCI_30	a1, a19
VOCI_31	a15
VOCI_32	a16
VOCI_33	a7, a11
VOCI_34	a1
VOCI_35	a23
VOCI_36	a15
VOCI_37	a2, a11
VOCI_38	a4, a14
VOCI_39	a16
VOCI_40	a1, a19
VOCI_41	a7, a11
VOCI_42	a23
VOCI_43	a11
VOCI_44	a6, a7, a10
VOCI_45	a23, a27
VOCI_46	a1, a21
VOCI_47	a7
VOCI_48	a26
VOCI_49	a1, a22
VOCI_50	a16
VOCI_51	a23
VOCI_52	a1, a21
VOCI_53	a7, a26

VOCI_54	a1, a19
VOCI_55	a4, a7, 26
MOCQ/R_1	a9, a16
MOCQ/R_2	a1, a2
MOCQ/R_3	a16
MOCQ/R_4	a11
MOCQ/R_5	a1, a7
MOCQ/R_6	a17
MOCQ/R_7	a7, a11
MOCQ/R_8	a6, a10
MOCQ/R_9	a11
MOCQ/R_10	a6, a10, a26
MOCQ/R_11	a7
MOCQ/R_12	a7, a11
MOCQ/R_13	a16, a22
MOCQ/R_14	a11
MOCQ/R_15	a4
MOCQ/R_16	a16
MOCQ/R_17	a10
MOCQ/R_18	a6, a10
MOCQ/R_19	a7, a11
MOCQ/R_20	a13
MOCQ/R_21	a26

## Nuovo questionario per la valutazione del DOC:

ID	Item	Testo	Attributi
1	PI_2	Penso che anche un lieve contatto con secrezioni del mio corpo come sudore, urina, saliva, ecc., possa contaminare i miei vestiti o essere in qualche modo dannoso per me.	A16, A25
2	PI_3	Mi è difficile toccare un oggetto quando so che è stato toccato da estranei o da determinate persone.	A16
3	PI_5	Evito di usare i gabinetti pubblici perché ho paura di malattie e contaminazioni.	A3, A5, A9, A16
4	PI_7	Mi lavo le mani più spesso e più a lungo del necessario.	A6, A7, A10
5	PI_8	Mi capita di dover lavare o pulire qualcosa solo perché mi viene il dubbio che possa essere sporco o «contaminato».	A3, A10, A16, A17
6	PI_9	Se per caso tocco qualcosa che io penso «contaminato» devo correre subito a pulirmi.	A3, A10, A16
7	PI_11	Quando mi vengono in mente dei dubbi e delle preoccupazioni, non ho pace finché non ne parlo con qualcuno che mi rassicura.	A2, A12
8	PI_15	Prima di addormentarmi devo fare certe cose seguendo un ordine particolare.	A14
9	PI_17	Mi sento costretto a ripetere dei numeri senza ragione.	A4, A14, A15
10	PI_19	Ho la tendenza a controllare e ricontrollare le cose più volte del necessario.	A6, A11
11	PI_21	Torno indietro a controllare porte, finestre, cassette, ecc., per essere sicuro che siano veramente ben chiusi.	A3, A11, A17
12	PI_27	Mi capita di non essere sicuro di aver fatto delle cose che in realtà ho fatto.	A17, A27
13	PI_30	Mi capita di fare tardi perché faccio e rifaccio certe cose più volte del necessario.	A6, A7
14	PI_31	Mi creo facilmente dei dubbi e dei problemi su gran parte delle cose che faccio.	A17
15	PI_33	Mi vengono in mente pensieri sgradevoli contro la mia volontà e non riesco a liberarmene.	A1, A2, A29
16	PI_34	Mi vengono in mente parole stupide o volgari che non riesco a scacciare.	AA2, A21, A29

17	PI_35	La mia mente lavora in continuazione per conto suo e faccio fatica a prestare attenzione a quello che succede attorno a me.	A1, A7
18	PI_36	Mi immagino conseguenze catastrofiche per piccoli errori o distrazioni che mi capita di fare.	A25, A26
19	PI_37	Mi capita di pensare o di preoccuparmi a lungo di aver fatto del male a qualcuno senza accorgermene.	A7, A19, A24
20	PI_39	Mi capita di pensare e di preoccuparmi a lungo senza motivo di essermi fatto male o di avere qualche malattia.	A7, A22
21	PI_44	Mi vengono in mente dei pensieri e allora devo esaminarli con cura e non sono contento fino a che non ho esaminato fino in fondo quel pensiero o quel dubbio.	A26, A29
22	PI_45	In determinate situazioni ho paura di perdere il controllo di me stesso e fare degli atti sconvenienti o pericolosi che non desidero.	A19
23	PI_52	Mi capita di sentire qualcosa dentro di me che mi costringe a fare delle azioni che in realtà non desidero fare.	A1
24	PI_60	Mi creo preoccupazioni inutili per i germi e le malattie.	A16, A22
25	OCI_2	Ho la tendenza a controllare e ricontrollare le cose molto più spesso del necessario.	A6, A7, A11
26	OCI_3	Mi irrita notevolmente se gli oggetti non sono sistemati al loro giusto posto.	A18
27	OCI_4	Quando vengo a sapere che è accaduta una disgrazia non posso smettere di chiedermi se sono responsabile in qualche modo.	A15
28	OCI_6	Trovo difficile controllare i miei pensieri.	A2, A29
29	OCI_10	Sento di dover ripetere certi numeri.	A14, A15
30	OCI_11	Qualche volta devo lavarmi o pulirmi semplicemente perché mi sento contaminato.	A10, A16
31	OCI_13	Evito di buttare via le cose perché temo che in futuro potrei averne bisogno.	A23, A27
32	OCI_15	Ho bisogno che le cose attorno a me siano sistemate secondo un particolare ordine.	A13, A18
33	OCI_17	Mi lavo le mani più spesso e più a lungo del necessario.	A6, A7, A10
34	OCI_18	Frequentemente ho pensieri sgradevoli e ho difficoltà a	A1, A2

		liberarmene.	
35	OBQ_3	Se non controllo i pensieri che entrano nella mia mente senza la mia volontà, accadrà certamente qualcosa di brutto.	A28, A29
36	OBQ_5	Esiste un solo un modo di fare le cose nella maniera giusta.	A4, A26
37	OBQ_7	Secondo me tutto dovrebbe essere sempre perfetto.	A26
38	OBQ_10	Devo sapere in ogni momento cosa mi passa per la testa in modo tale da avere il pieno controllo dei miei pensieri.	A29
39	OBQ_14	Secondo me, pensare una cattiva azione è tanto brutto quanto metterla in pratica.	A28
40	OBQ_17	Devo essere sempre pronto a riprendere il controllo dei miei pensieri quando una immagine o una idea sorge nella mia mente contro la mia volontà.	A1, A29
41	OBQ_19	Il fatto di avere idee o impulsi aggressivi verso i miei cari significa che io potrei segretamente voler far loro del male.	A19, A28
42	OBQ_22	Devo impegnarmi costantemente per evitare problemi seri (ad esempio, malattie o incidenti).	A25
43	OBQ_28	Se non prendo più precauzioni del dovuto, ho più probabilità degli altri di arrecare o subire danni.	A24, A25
44	OBQ_30	Per sentirmi sicuro, devo essere sempre pronto ad affrontare ogni cosa che possa andare storta.	A27
45	OBQ_35	Per me, persino la più piccola trascuratezza è imperdonabile se può avere conseguenze sugli altri.	A24, A26
46	OBQ_39	Avere pensieri contro la mia volontà significa che non ho più il controllo di me stesso.	A25, A28
47	VOCI_6	Mi capita di avere ripetutamente lo stesso pensiero o immagine indesiderata di una possibile disgrazia.	A1, A25
48	VOCI_8	Uso una quantità eccessiva di disinfettanti per proteggere me stesso e la mia casa dai germi.	A6, A10, A16, A24
49	VOCI_10	In casa ho difficoltà a svolgere le normali attività perché è ingombra dalle cose che ho accumulato.	A7, A23
50	VOCI_13	Passo troppo tempo a lavarmi le mani.	A7, A10
51	VOCI_14	Ho spesso difficoltà a fare le cose perché tento di fare ogni cosa in modo esatto.	A7, A26
52	VOCI_16	Sono spesso disturbato da pensieri o immagini indesiderate di	A1, A20

		atti sessuali.	
53	VOCI_18	Mi sento costretto a seguire una rigida sequenza quando svolgo le mie attività quotidiane.	A4, A14
54	VOCI_20	Controllo ripetutamente che le porte e le finestre siano chiuse, anche se tento di resistere all'impulso di farlo.	A2, A11
55	VOCI_23	Mi preoccupo eccessivamente dei germi e delle malattie.	A23
56	VOCI_24	Sono spesso molto in ritardo perché non riesco a concludere in tempo le consuete attività quotidiane.	A7
57	VOCI_31	Conto quasi sempre quando compio le azioni abituali.	A15
58	VOCI_40	Sono spesso molto disturbato dai miei impulsi indesiderati di fare del male agli altri.	A1, A19
59	VOCI_49	Mi capita spesso di avere pensieri disturbanti e indesiderati riguardo alle malattie.	A1, A22
60	VOCI_51	Sebbene tenti di resistere, mi sento costretto ad accumulare una grande quantità di cose che in realtà non uso mai.	A23
61	VOCI_52	Mi capita ripetutamente di avere pensieri immorali disturbanti e indesiderati.	A1, A21
62	VOCI_55	Ogni giorno impiego troppo tempo a prepararmi per uscire di casa perché devo fare ogni cosa in modo esatto.	A4, A7, A26
63	MOCQ/R_4	Devo controllare ripetutamente certe cose (es. rubinetti dell'acqua, del gas, porte ecc.).	A11
64	MOCQ/R_10	Non sono eccessivamente preoccupato per la pulizia.	A6, A10, A26
65	MOCQ/R_15	In ogni cosa che faccio seguo un ordine molto preciso.	A4
66	MOCQ/R_17	Il mattino impiego parecchio tempo per lavarmi completamente.	A10
67	MOCQ/R_18	Ho un consumo eccessivo di detersivi e disinfettanti.	A6, A10
68	MOCQ/R_19	Ogni giorno trascorro molto tempo a controllare le cose più e più volte.	A7, A11
69	MOCQ/R_20	La sera, prima di andare a letto, devo appendere e piegare con cura i miei abiti.	A13





## **Ringraziamenti**

Alla fine di questo elaborato, mi sembra doveroso dedicare uno spazio per ringraziare tutte le persone che mi hanno sostenuta durante il percorso universitario e di scrittura della tesi che avete appena letto.

Per prima cosa, vorrei ringraziare il mio relatore, il professor Andrea Spoto, che mi ha fornito degli spunti fondamentali per la stesura di questo lavoro. Lo ringrazio per la sua disponibilità durante la scrittura della tesi e per avermi seguita durante il periodo di tirocinio, durante il quale ho avuto la possibilità di applicare quanto avevo appreso in esami più teorici di psicometria.

Poi, vorrei ringraziare la dottoranda Anna Panzeri, che è stata un punto di riferimento durante l'intero periodo di tirocinio nel laboratorio di metodologia, coinvolgendomi attivamente nei suoi progetti e dandomi degli ottimi consigli per la stesura della tesi.

Ci tengo particolarmente a ringraziare Andrea B., con cui ho condiviso le difficoltà e le soddisfazioni che hanno accompagnato questo percorso universitario. È la persona che più di tutte mi è stata vicina, anche se non poteva essere fisicamente con me. Lo ringrazio anche per avermi insegnato a valorizzare le mie capacità. Inoltre, l'impegno e la tenacia che ha mostrato nel portare a termine i suoi studi, sono stati di fondamentale importanza per spronarmi a fare altrettanto.

Alle ragazze del collegio Bottani, che mi hanno accolta con calore e mi hanno mostrato quanto le relazioni con gli altri possano arricchirci. Anna è stata la mia bussola, mi ha aiutata ad ambientarmi ed adattarmi alle novità, facendomi sentire a casa fin da subito. Mi ha insegnato a non farmi sopraffare dalle difficoltà, perché a volte "basta aprire una porta alla volta", proprio come quelle del nostro corridoio.

Grazie anche alle cure premurose di suor Serafina e a Federica M., a Chiara R.,  
Francesca M.

Ringrazio i miei genitori, per avermi permesso di intraprendere questo lungo percorso, soprattutto mia madre Sabrina, che è sempre stata il mio supporto morale e il mio principale punto di riferimento in tutti gli anni universitari, e mi ha spinto a dare il massimo in ogni occasione.

Ai miei amici più cari, che non mi hanno mai lasciata da sola, anche se ero lontana. Grazie a Federica P., il mio porto sicuro a cui posso sempre tornare, all'amica di una vita Chiara L., che insieme Matteo hanno reso piacevoli anche le giornate di studio in biblioteca o in videochiamata e infine, a Martina.

A tutti coloro che hanno condiviso con me le difficoltà di questi anni, che mi hanno sostenuto ed incoraggiato ad andare avanti nei momenti difficili e che hanno festeggiato con me i traguardi raggiunti. Grazie a Samantha, Alessandro, Patrizia, Lorenza e Moreno.