



UNIVERSITÀ DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

**Corso di laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo,
della Personalità e delle Relazioni Interpersonali**

Tesi di laurea triennale

**Rassegna di lavori recenti sul trattamento psicoterapeutico del
Disturbo Ossessivo Compulsivo.**

**Review of recent works on the psychotherapeutic treatment of
Obsessive Compulsive Disorder.**

**Relatore
Prof. Diego Rocco**

**Laureando: Carlo Saffioti
Matricola: 2116235**

Anno Accademico 2025/2026

Indice

CAPITOLO PRIMO – IL DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO: UNA PANORAMICA	
GENERALE	5
1.1 Evoluzione del costrutto e contributi storici.....	6
1.1.1 Tradizione psichiatrica	6
1.1.2 Tradizione psicoanalitica e psicodinamica	8
1.1.3 Tradizione cognitivo-comportamentale	12
CAPITOLO SECONDO – RASSEGNA DEI LAVORI.....	15
2.1 Group Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Behavioral Therapy/Exposure Response Prevention for Obsessive Compulsive Disorder: A Block Randomized Controlled Trial.....	15
2.1.1 Risultati.....	18
2.2 Short-term psychodynamic therapy of obsessive-compulsive disorder – a randomized controlled trial of unmedicated patients.....	19
2.2.1 Risultati.....	22
CAPITOLO TERZO - DISCUSSIONE	24
BIBLIOGRAFIA	28

CAPITOLO PRIMO – IL DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO: UNA PANORAMICA GENERALE

Il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5-TR; American Psychiatric Association [APA], 2022) inserisce all'interno della sezione dedicata al disturbo ossessivo-compulsivo e correlati il Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC; APA, 2022).

Il DOC è definito da vari criteri diagnostici: il primo criterio è quello che dà il nome al disturbo, ovvero la presenza di ossessioni, compulsioni o entrambe. Le ossessioni sono pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti che vengono percepiti come intrusivi e sgraditi e, nella grande maggioranza dei casi, causano un forte disagio e ansia. L'individuo affetto da DOC tenta di sopprimere le ossessioni o neutralizzarle con dei comportamenti, chiamati compulsioni. Dunque, le compulsioni sono comportamenti ripetitivi (ad esempio, lavarsi le mani) o azioni mentali (come pregare o contare), messi in atto per ridurre l'ansia provocata dalle ossessioni o per prevenire alcuni eventi considerati terribili. Una caratteristica delle compulsioni è che sono chiaramente eccessive rispetto al contesto, oppure non sono connesse in maniera realistica con le ossessioni e le paure che cercano di prevenire. La maggior parte degli individui con DOC ha sia ossessioni che compulsioni, spesso in relazione tra loro (per esempio, pensieri seguiti da controlli ripetuti). I contenuti delle ossessioni e compulsioni sono di varia natura ma certi temi si ripropongono comunemente; si tratta della pulizia (ossessioni di contaminazione e compulsioni di pulizia), simmetria (ossessioni di simmetria e compulsioni di ripetere, ordinare, contare), pensieri proibiti o tabù (ossessioni aggressive, religiose o sessuali e relative compulsioni), danno (paura di nuocere a sé o agli altri e compulsioni di controllo). Il secondo criterio riguarda la pervasività del disturbo, le cui ossessioni e compulsioni richiedono molto tempo o causano disagio nelle varie aree di vita. Il terzo criterio mette in evidenza che i sintomi non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza o a qualche condizione medica. Infine, l'APA fissa un criterio di differenziabilità: ciò vuol dire che i sintomi del DOC non vengono meglio spiegati da altre condizioni mentali cliniche, come possono essere le preoccupazioni eccessive, comuni nel Disturbo d'Ansia Generalizzato, o i pattern di comportamenti ripetitivi, che potrebbero ricordare i Disturbi dello Spettro Autistico (APA, 2022).

Negli individui affetti da DOC è frequente l'evitamento di persone, luoghi o cose che attivano le ossessioni e le compulsioni. Inoltre, essi possono possedere delle credenze disfunzionali, quali perfezionismo e intolleranza all'incertezza, senso di responsabilità eccessiva, la tendenza a sovrastimare la minaccia e un'eccessiva importanza attribuita ai pensieri. La prevalenza annuale del DOC negli Stati Uniti è dell'1,2%, con prevalenza internazionale analoga. Si nota che il DOC è transculturale, presentando una similarità tra culture sia nella distribuzione sia nella sintomatologia. Inoltre, esiste una correlazione positiva tra la diagnosi di DOC e il numero di tentati suicidi o di ideazione suicidaria. Difatti, Il DOC è associato a una ridotta qualità di vita, includendo una forte compromissione sociale e lavorativa (APA, 2022).

L'APA dedica una sottosezione alla diagnosi differenziale, specificando che il DOC non va confuso con il Disturbo Ossessivo Compulsivo di Personalità (DOCP). In breve, il DOCP è classificato come un Disturbo di Personalità ed è definito come un "pattern pervasivo di preoccupazione per l'ordine, il perfezionismo e il controllo, a scapito di flessibilità, apertura ed efficienza, che inizia nella prima età adulta ed è presente in diversi contesti" (APA, 2022, p. 771, tda).

1.1 Evoluzione del costrutto e contributi storici

Prima di considerare la ricerca empirica, è opportuno esaminare il quadro teorico e storico che mostri l'evoluzione della concettualizzazione e cura del DOC. Verranno prese in analisi tre grandi tradizioni: quella psichiatrica, quella psicoanalitica e quella cognitivo-comportamentale, che verranno trattate una dopo l'altra ma non è da escludere il fatto che esse si siano influenzate a vicenda nel corso del tempo.

1.1.1 Tradizione psichiatrica

La prima tradizione è quella psichiatrica che, nel corso degli anni, ha cercato di sistematizzare il DOC, descrivendo e classificando i sintomi. Il primo che sintetizzò i sintomi ossessivi fu Emil Kraepelin, che, a partire dal 1883, pubblicò a più riprese varie edizioni di manuali di psichiatria. Nel *Compendio di psichiatria per uso dei medici e degli studenti* (Kraepelin, 1883, tr. it. 1885), i sintomi ossessivi, clinicamente definiti come *nevrastenici*, rientrano nei *disordini nella associazione delle idee e nella formazione dei concetti*. Nel successivo *Psichiatria generale* (Kraepelin, 1904, tr. it. 1907a) e *Psichiatria speciale* (Kraepelin, 1904, tr. it. 1907b), tali fenomeni assumono maggiore autonomia e

vengono discussi come parte della *pazzia coatta* [*Zwangsneurose*], ma, nonostante questo, inclusa nel capitolo delle *nevrosi psicogene*. Lo psichiatra tedesco definisce le immagini intrusive come *idee fisse o coatte*, verso il cui contenuto l'infermo prova una sensazione sgradita. L'autore sottolinea le connessioni puramente associative che si creano tra queste idee e la restrizione della capacità di afferrare in modo diretto il sensibile. A ciò si associa pedanteria e irrigidimento, dovuto al fatto che l'individuo prova *impulsi morbosi, coatti*, dai quali tenta di mettersi in salvo con *azioni protettive*. Inoltre, Kraepelin sottolinea che possono esistere condizioni in cui le idee vivono senza impulsi e viceversa, ma rimane il fatto che l'individuo ne diventi prigioniero e ne venga soggiogato (Kraepelin, 1883, tr. it. 1885; Kraepelin, 1904, tr. it. 1907a, 1907b).

Contemporaneo a Kraepelin è Pierre Janet, psichiatra che studia le ossessioni e i rituali compulsivi, studi che hanno ispirato anche il padre della psicoanalisi nelle sue teorizzazioni. Janet, nel 1909, descrive molto accuratamente le cosiddette *ossessioni*, introdotte come sintomi neuropatici e messe a confronto con le idee fisse degli isterici, che organizza per tematiche, con una suddivisione che si avvicina molto a quella odierna. Decide di chiamare *psicoastenia* la malattia caratterizzata da tali ossessioni. Il grande contributo di Janet, dunque, consiste nell'aver considerato la psicoastenia come una sindrome a sé stante, definita come “*forma di depressione mentale caratterizzata dall'abbassamento della tensione psicologica, dalla diminuzione delle funzioni che permettono di agire sulla realtà e di percepire il reale, dalla sostituzione di operazioni inferiori ed esagerate sotto forma di dubbio, di agitazioni, di angosce e da idee ossessive*” (Janet, 1909, tr. it. 2022, p. 289). Janet ribadisce più volte il senso di incompiutezza che provano gli psicastenici e dell'abbassamento di tensione psicologica di tali individui, cioè del livello mentale delle operazioni che riescono a portare a termine, non essendo in grado di svolgere operazioni superiori, come le stesse interazioni sociali, portandoli all'isolamento (Janet, 1909, tr. it. 2022).

Nel 1952 viene pubblicata la prima edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) ed è fondamentale lo studio del cambiamento della classificazione del DOC nel corso del tempo, a partire dalla prima edizione. Quest'ultima inserisce le reazioni ossessivo-compulsive all'interno dei disturbi psiconevrotici (APA, 1952): è ancora forte l'influenza psicodinamica che dà una spiegazione eziopatogenica dei sintomi ossessivo-compulsivi al pari di una nevrosi. Nel DSM-II (APA, 1968), il DOC

assume una maggiore autonomia, essendo considerata una nevrosi a parte. Si assiste al progressivo sganciamento del DOC dalla tradizione psicodinamica con il DSM-III (APA, 1980), che nomina in primo piano la forma che conosciamo oggi (quindi DOC come disturbo), lasciando tra parentesi la versione della nevrosi. Tuttavia, in questa versione e nella successiva, il DSM-IV (APA, 1994), il DOC non gode di piena autonomia nosografica ma è considerato alla stregua di un disturbo d'ansia, anche se dal 1994 non viene più menzionato come nevrosi. È con la pubblicazione del DSM-5 (APA, 2013), che al DOC e ai suoi correlati viene dedicato un capitolo a sé, mantenuto anche nel DSM-5-TR (APA, 2022). In questo passaggio, l'APA conferisce al DOC una piena autonomia fenomenologica e clinica.

1.1.2 Tradizione psicoanalitica e psicodinamica

La seconda tradizione che prenderemo in esame è quella psicoanalitica, la quale si concentra sull'eziologia dei sintomi ossessivi e sul funzionamento mentale del malato che ne soffre. Lo stesso fondatore della psicoanalisi, Sigmund Freud, si interessa a questo argomento nel suo celebre caso clinico, l'*Uomo dei topi*, affetto da *nevrosi ossessiva*. Il paziente soffre di rappresentazioni ossessive, divieti, impulsi coatti e timori, sintomi che compromettono la sua qualità di vita. Freud mette in evidenza alcuni aspetti del caso di tal paziente e, più in generale, della nevrosi ossessiva: in primis, che i timori ossessivi sono legati alla vita sessuale infantile dal paziente, e in secondo luogo, il sintomo risulta riconducibile a una serie di conflitti inconsci, a un'ambivalenza affettiva. Esiste, infatti, nel malato un conflitto tra amore e odio che non riesce a esprimersi se non con l'esecuzione di tali azioni coatte, le quali rendono manifesto prima un impulso e, in un momento successivo, il suo contrario. Tale ambivalenza, nel caso descritto, è rivolta soprattutto nei confronti del padre, verso il quale il paziente non accetta alcun impulso aggressivo ma mostra solamente un atteggiamento di timore reverenziale. In terzo piano, le rappresentazioni ossessive vengono rese comprensibili attraverso l'interpretazione del significato delle parole ambigue che le portano a espressione, per cui il paziente crea, di conseguenza, un falso nesso (è il caso della parola tedesca *Ratten*, il cui significato è *ratti*, ma, a livello inconscio, attiva anche la parola *Raten*, ossia *rate*, o *Hairaten*, cioè *matrimonio*), andando a collegare temi cruciali nella vita del paziente, quali impulso sessuale, denaro e pulsione aggressiva (Freud, 1909, tr. it. 1976).

In un momento successivo, Freud espone la teoria per cui esista una fase dello sviluppo, la fase sadico-anale, in cui si trova spiegazione dei meccanismi ossessivi. Difatti, il paziente affetto da nevrosi ossessiva regredisce a un punto di fissazione che ha interessato la sua libido durante lo sviluppo, un'organizzazione sessuale pregenitale, per l'appunto chiamata fase sadico-anale. Di conseguenza, quello che contraddistingue il malato è un forte sadismo (inteso in termini freudiani come aggressività), che incontra un ripudio e una resistenza e, pertanto, il conflitto si innalza nella sfera del pensiero, sottoforma di dubbio. Freud si sofferma su questo punto per spiegare la differenza della nevrosi ossessiva col così denominato *carattere ossessivo*, il quale trova sì origine in questa fase, però l'individuo con carattere ossessivo va incontro a una piena regressione, successiva a una completa rimozione. Il carattere ossessivo è, dunque, caratterizzato da tre principali proprietà: ordine, parsimonia ed ostinazione, elementi che sono da spiegare come prodotti della sublimazione dell'erotismo anale (Freud, 1908, tr. it. 1976; Freud, 1913, tr. it. 1975).

Tra gli autori post-freudiani che si interessano al tema dell'ossessività c'è Otto Fenichel. In *Trattato di Psicoanalisi delle Nevrosi e delle Psicosi* (Fenichel, 1945, tr. it. 1951) rielabora ed espande le teorie di Freud. Mantenendosi all'interno del modello strutturale freudiano, Fenichel spiega che la *nevrosi coatta* (modo in cui Fenichel chiama la nevrosi ossessiva) è dovuta a una mancanza di controllo dell'Io davanti a un Super-Io molto forte, imperativo, che comanda a guisa di come fecero i genitori, verso cui l'Io prova un sentimento di colpa che diviene centrale. Fenichel osserva che le ossessioni sorgono come protezione dalle tendenze del complesso edipico, e quindi non è casualmente che spesso i sintomi ossessivi si concentrano sulla figura paterna e sulla sua uccisione, manifestandosi come impulsi blasfemi contro Dio, sostituzione del padre. Il nevrotico coatto, nel tentativo di tenere lontano tale complesso, regredisce, in parte, alla fase precedente, quella sadico-anale. Dunque, la condizione del paziente si contraddistingue per una forte ambivalenza, un conflitto tra buono e cattivo, tra un impulso allontanato e un Super-Io minaccioso, tra aggressività e sottomissione, tra crudeltà e gentilezza, sporcizia e pulizia, disordine e ordine. Ci sono ulteriori meccanismi di difesa che intervengono, per sostenere la regressione, di cui un primo è di sicuro la formazione reattiva, che trasforma l'impulso aggressivo in gentilezza ipercompensatoria, l'impulso a sporcare in pulizia eccessiva, mentre un secondo meccanismo è l'isolamento, come può essere l'isolamento della sessualità, anche se, più solitamente, riguarda l'isolamento della

vita emotiva. I nevrotici coatti appaiono privi di emozione, freddi, fatto che riguarda la stessa corporeità, la quale è rigida, ipercontrollata, costipata se si preferisce un rimando alla fase sadico-anale. Un'ulteriore difesa tipica è l'annullamento retroattivo, in cui il nevrotico ossessivo cerca, con un'azione, di difendersi dai sensi di colpa per un'azione precedente. Ad esempio, si lava le mani per aver commesso un'azione considerata sporca. Grazie a tali meccanismi, l'impulso, in certi casi, arriva a coscienza ma è messo nelle condizioni di non potersi esprimere, privato della sua emotività. In altri casi, tuttavia, avviene uno spostamento del contenuto verso un'altra rappresentazione sempre al fine del congelamento emotivo. Il punto fondamentale che Fenichel sottolinea è che il paziente rifugge nel campo delle parole, evitando, invece, l'universo delle cose, le quali potrebbero causargli una riattivazione emotiva. Le parole, però, subiscono un effetto collaterale, cioè si caricano di significato emotivo e, nei pensieri del nevrotico coatto, sostituiscono le azioni, cosicché il nevrotico coatto diventa schiavo dei suoi pensieri. Nel tentativo di controllare il mondo col pensiero, arriva alla ruminazione ossessiva e al dubbio. Fenichel, infine, descrive tali pazienti come pazienti difficili per vari motivi, come la difficoltà che hanno ad associare dal momento che si sottopongono costantemente a censura, la tendenza ad intellettualizzare costantemente l'analisi, la mancanza di un Io solido e strutturato con cui allearsi. Spesso, secondo l'autore, le analisi delle nevrosi coatte sono lunghe, ma non per questo fallimentari (Fenichel, 1945, tr. it. 1951).

Tra le correnti post-freudiane esistono concettualizzazioni eziologiche e strutturali della nevrosi ossessiva molto diverse, dalla Psicologia dell'Io, alla teoria delle Relazioni Oggettuali, dalla Psicologia del Sé alla scuola francese influenzata da Lacan. Tuttavia, si nota come gli autori psicodinamici contemporanei più autorevoli si concentrino maggiormente sulla comprensione della personalità e del funzionamento dell'individuo, considerando sì il DOC (ora non più nevrosi ma disturbo, in linea con la nosografia odierna) come esistente, ma spostando il focus su un altro piano. Questa attitudine, probabilmente, è legata anche al fatto che alcuni di loro, come Gabbard, riconoscano le evidenze di maggiore efficacia di trattamenti cognitivo-comportamentali con queste configurazioni sintomatologiche (Gabbard, 2005, tr. it. 2007).

Gabbard tratta il DOC in *Psichiatria psicodinamica* (Gabbard, 2005, tr. it. 2007) inserendolo nel capitolo dei disturbi d'ansia. Per quanto riguarda il trattamento, Gabbard innanzitutto indica che alcuni farmaci, come antidepressivi SSRI o clomipramina,

risultano efficaci nel miglioramento dei sintomi, ma non costituiscono una soluzione definitiva e completa, mentre la terapia ottimale è prevista come la combinazione di SSRI e terapia comportamentale, o anche cognitiva. Il DOC tende a essere refrattario alla psicoanalisi e alla terapia orientata all'insight, sebbene, in alcuni casi, possano risultare di grande aiuto. Le terapie psicodinamiche si dimostrano utili, in particolare, quando i pazienti si aggrappano disperatamente alle manifestazioni sintomatiche, oppure quando vengono aiutati a ridefinire un sano senso di sé e a sviluppare delle relazioni oggettuali più complesse e mentalizzate. Gabbard enfatizza la non sovrapposizione tra DOC e DOCP, che possono coesistere ma che hanno implicazioni terapeutiche differenti, ad esempio Gabbard riporta come la terapia psicodinamica possa essere efficace per la cura del DOCP ma meno per il DOC. Dal punto di vista diagnostico, il paziente affetto da DOC considera i suoi sintomi come ego-distonici, differenziandosi dal DOCP, in cui i sintomi vengono vissuti come ego-sintonici. (Gabbard, 2005, tr. it. 2007). Una simile distinzione viene operata da Nancy McWilliams in *La diagnosi psicoanalitica* (McWilliams, 1994, tr. it. 1999), dove descrive la personalità ossessiva e compulsiva (intesa come organizzazione e non come disturbo clinico quale è il DOCP), illustrando che non necessariamente coincide con individui che soffrono di ossessioni e compulsioni, e viceversa. Tuttavia, McWilliams spiega che entrambi i quadri nosologici presentano le stesse difese, quali isolamento, annullamento, formazione reattiva e spostamento. Anche nel *Manuale diagnostico psicodinamico - seconda edizione : PDM-2 / a cura di Vittorio Lingiardi, Nancy McWilliams* (PDM-2; McWilliams & Lingiardi, 2017, tr. it. 2018), la stessa separazione tra pattern sintomatologico e personalità viene mantenuta e il DOC e correlati vengono considerati come disturbi transdiagnostici, appartenenti a qualsiasi livello di personalità, sebbene la lettura psicodinamica rimanga della stessa idea che essi originino “*da conflitti inconsci, solitamente tra un impulso e la coscienza, il desiderio e la repulsione, la pulsione e la proibizione, oppure l'iniziativa e la colpa*” (McWilliams & Lingiardi, 2017, tr. it. 2018, p. 186). Dunque, il DOC rimane una configurazione di tipo nevrotico che prende forma in un funzionamento mentale più disturbato e profondo, meno superficiale. La personalità ossessiva invece, appartiene a un'organizzazione di personalità principalmente nevrotica (in questo caso il termine *nevrotica* è usato rifacendosi ai livelli di organizzazione di personalità di Kernberg), anche se può ricadere nella gamma psicotica e borderline. Dunque, è fondamentale comprendere queste

dinamiche per inquadrare come si svolge la cura del DOC in ambito psicodinamico, differenziandolo dalle dinamiche che riguardano la personalità ossessiva e il DOCP (Gabbard, 2005, tr. it. 2007; McWilliams, 1994, tr. it. 1999; McWilliams & Lingardi, 2017, tr. it. 2018).

1.1.3 Tradizione cognitivo-comportamentale

Terminata la rassegna sugli autori psicodinamici, possiamo ora in analisi la storia della tradizione psicoterapica considerata il “gold standard” nella cura del DOC, quella della terapia cognitivo-comportamentale, in inglese *Cognitive-Behaviour Therapy* (CBT).

Una tecnica, tuttora utilizzata, ideata quando ancora esisteva solo il filone comportamentale, è l'*Esposizione e Prevenzione della Risposta* (ERP), introdotta da Meyer. Nel 1966, riprendendo il lavoro di Wolpe (1958), Meyer spiega che le risposte agli stimoli ansiogeni (quelle che noi oggi chiamiamo *compulsioni*) hanno come effetto secondario di aumentare l'ansia. In altri casi, inoltre, il paziente è convinto che se non mette in atto le risposte, gli succederanno delle disgrazie. Dunque, la terapia di Meyer consiste nel prevenire, cioè impedire, il rituale compulsivo e rimanere nelle situazioni di ansia, così da decondizionare la risposta automatica e mostrare al paziente sia che l'ansia non va aumentando se il rituale non viene performato, sia che le conseguenze temute non avvengono. Ciò porta a velocizzare l'estinzione di tali risposte (Meyer, 1966).

In seguito all'unione del filone comportamentale con la terapia cognitiva, portata avanti da Beck ed Ellis tra gli anni '60 e '70 del secolo scorso, si assiste ad un'integrazione delle tecniche di cura di entrambe le tradizioni, nella terapia CBT. Questo fenomeno riguarda anche il DOC, come si nota nell'opera *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* di Clark e dello stesso Beck (Clark & Beck, 2009). Gli autori affermano che le ossessioni nascono nel momento in cui l'individuo dà troppa importanza a pensieri intrusivi, che in realtà, secondo alcuni autori, non sono altro che dei possibili scenari che la nostra mente costruisce senza una base di solidità reale, presenti con gli stessi temi in tutte le persone, comprese quelle senza DOC. Il meccanismo patologico di chi soffre di DOC è proprio quello di soffermarsi eccessivamente su questi pensieri, di valutarli come effettivamente pericolosi, attivandosi a partire da domande di dubbio (“e se...?”), come se quel dubbio potesse rappresentare la realtà. Questa tendenza si unisce a delle credenze e schemi che contraddistinguono tali persone, quali esagerato senso di responsabilità,

sovraimportanza assegnata ai pensieri, sovrastima della minaccia, la necessità di controllare i pensieri, l'intolleranza all'incertezza e il perfezionismo. Un ruolo particolare è assunto dalla cosiddetta *fusione pensiero-azione* (TAF), la credenza per cui si è convinti che pensare un'azione equivalga moralmente a compierla. In seguito a questo passaggio, le persone con DOC si iper-attivano, cioè subiscono un notevole aumento del livello di arousal fisiologico e cercano sollievo da questo stato negativo, passando, in molti casi, alla neutralizzazione, in cui entrano in gioco le compulsioni. In un primo istante, tali azioni sembrano funzionare nel loro scopo, cioè quello di ridurre le ossessioni e abbassare l'ansia, ma, in realtà, non fanno altro che alimentare le ossessioni in salienza e frequenza, creando, di conseguenza, un circolo vizioso. Clark e Beck ribadiscono che la terapia di elezione per il DOC è composta dal metodo ERP e dalla terapia cognitiva, in possibile combinazione con gli SSRI. Le indicazioni guida per i clinici, come si può intuire, integrano interventi di tipo più cognitivo, come una fase di psicoeducazione, di ristrutturazione cognitiva e di modificazione delle credenze patologiche, a tecniche più comportamentali, quali il già citato ERP o la sperimentazione comportamentale tra le sedute (Clark & Beck, 2009).

A cavallo tra gli anni '90 e i primi anni 2000, vengono articolate diverse terapie all'interno della CBT, chiamate *Terza ondata*. Nascono soprattutto come critica alla CBT standard, definita come troppo teorica e focalizzata sul sintomo, mentre queste nuove terapie si propongono di essere più contestualiste e di fornire un ventaglio di alternative di comportamento più ampio, basandosi sulla flessibilità psicologica dell'individuo (Fiore, 2019). Tra queste, per la cura del DOC, emerge l'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), ideata da Hayes, che si basa sul programma di ricerca della *Relational Frame Theory* (RFT). L'ACT, come suggerisce il nome, si concentra non tanto sul cambiamento strutturale, quanto sull'accettazione dell'esperienza interna, rivolta, nel caso del DOC, alle ossessioni e delle compulsioni, senza focalizzarsi sul contenuto dei pensieri. Queste non sono più dei sintomi da guarire e a cui resistere, ma emergono come dei fenomeni transitori normali nella complessità della vita, che vanno accettati come va accettata l'ansia. Si applica, quindi, anche la *defusione cognitiva* come risposta alla TAF, incoraggiando il considerare i pensieri ossessivi come semplici pensieri, senza alcuna relazione con le nostre reali volontà e azioni. Inoltre, si lavora sull'aumentare la consapevolezza del momento presente, spesso in concomitanza con pratiche Mindfulness.

(Marzoli & Casavecchi, 2025). Sebbene spesso l'ACT venga utilizzata insieme all'ERP, è possibile condurre l'ACT senza esposizione (Twohig, Hayes, & Masuda, 2006). L'ACT, inoltre, enfatizza il concetto di *disperazione creativa*, cioè l'importanza di comprendere che l'evitamento o il tentativo di ridurre delle ossessioni non è utile, ma, anzi, deleterio a lungo termine. Nel contenitore di queste strategie ricadono certamente le compulsioni, l'evitamento di determinate situazioni, i diversi modi di mettersi in dialogo con sé stessi, la rassicurazione, le droghe e diversi altri comportamenti. Il protocollo ACT prevede la narrazione di una metafora al paziente che ben spiega come l'ACT preveda la guarigione: il paziente è caduto in una buca e l'unica cosa che ha è una pala. Con tale pala, l'unica cosa che il paziente può fare è scavare, nel tentativo di tornare in superficie, ma in realtà quest'azione non fa altro che rendere ancora più profonda la buca. La soluzione è l'accettazione di essere nella buca, di non avere via d'uscita e rinunciare a scavare (Twohig, 2004, tr. it. 2020).

Terminata la rassegna storica dell'evoluzione teorica, eziologica e terapeutica del DOC, nel prossimo capitolo verranno presi in considerazione due lavori di ricerca molto recenti per quanto concerne la cura del DOC. Si analizzeranno due studi che si concentrano sulla ricerca di evidenza di efficacia di interventi psicoterapeutici per il DOC: il primo lavoro riguarda la terapia ACT, il secondo un tipo di psicoterapia psicodinamica a breve termine.

CAPITOLO SECONDO – RASSEGNA DEI LAVORI

La scelta degli articoli presentati in questa sezione è stata compiuta a partire da una ricerca bibliografica svolta utilizzando come parole chiave “OCD OR obsessive-compulsive disorder OR obsessive compulsive disorder”, “ACT OR Acceptance and commitment therapy”, “Psychodynamic”, “RCT OR Randomized controlled trial”. Sono state privilegiate le riviste con Impact factor più elevati tali da appartenere al primo quartile (Q1). Entrambi gli articoli sono stati pubblicati sulla rivista *Psychotherapy and Psychosomatics*, che possiede un Impact factor pari a circa 18.1, appartenendo, dunque, al primo quartile. Gli anni di pubblicazione presi in considerazione sono stati dal 2024 all’attuale anno, 2026. Inoltre, la scelta è stata effettuata tenendo in conto la posizione geografica in cui sono stati svolti gli studi, escludendo aree geografiche con culture molto diverse da quella italiana.

2.1 Group Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Behavioral Therapy/Exposure Response Prevention for Obsessive Compulsive Disorder: A Block Randomized Controlled Trial (Nielsen, Stuart, Winding, Øllgaard, Wolitzky-Taylor, Daniel, Vangkilde, Rosenberg, Hageman, & Jørgensen, 2025).

Il primo studio preso in analisi è stato condotto in Danimarca e pubblicato nel 2025. L’articolo descrive un *Randomized Controlled Trial* (RCT), di tipo *multicentered, pragmatic, single-blinded, non-inferiority* in cui due gruppi di persone con diagnosi di DOC sono stati trattati con due approcci psicoterapeutici diversi delineando, dunque, due condizioni. Nella prima condizione, i pazienti hanno preso parte a delle sedute di gruppo di terapia ACT, mentre nella seconda, sono stati trattati con la tecnica standard CBT integrata con ERP, sempre in sedute di gruppo. La prima condizione è stata chiamata *ACT* e la seconda *CBT/ERP*. Le sedute svolte sono state due di tipo individuale, della durata di un’ora, e quattordici di gruppo da due ore e mezza con un massimo di otto pazienti per gruppo (Nielsen et al., 2025).

Un totale di 19 psicoterapeuti ha condotto il trattamento: 16 psicologi, 1 psichiatra e 2 altri professionisti con formazione psicoterapeutica. Ognuno di essi possedeva già familiarità con l’approccio CBT/ERP e lo aveva già adoperato prima di questo studio. Inoltre, sono stati formati con un training di 3 giorni sull’ACT e hanno ottenuto il manuale

del trattamento ACT. Tutti gli psicoterapeuti hanno somministrato entrambi i trattamenti e hanno ricevuto una supervisione bisettimanale condotta da degli esperti in ACT e in CBT/ERP. Infine, il quindici per cento delle sedute è stato randomicamente selezionato e audio-registrato, scegliendo sia sessioni iniziali, che intermedie e finali dei trattamenti, al fine di valutare l'aderenza ai due manuali. L'aderenza è stata analizzata da due psicologi usando delle scale create specificatamente per questo studio, seppur ispirate ad altre scale usate in studi precedenti (Wolitzky-Taylor, Glasner, Tanner, & Ghahremani, 2022; Wolitzky-Taylor, Krull, Rawson, Roy-Byrne, Ries, & Craske, 2018; Wolitzky-Taylor, Sewart, Karno, Ries, & Stimson, 2022). L'aderenza è stata giudicata alta in entrambe le condizioni (Nielsen et al., 2025).

L'obiettivo era quello di evidenziare nuove psicoterapie efficaci nella cura del DOC. Questa necessità derivava dal fatto che molti pazienti non rispondono alla classica terapia CBT/ERP. Infatti, i ricercatori di questo articolo, citando Abramowitz (2006), Foa (2010) e Knopp, Knowles, Bee, Lovell e Bower (2013), hanno fatto presente che fino al 50% dei pazienti non trova sollievo nella terapia CBT/ERP oppure la interrompe prematuramente (Nielsen et al., 2025). D'altro canto, Nielsen et al. (2025) hanno riportato che l'ACT si era dimostrata efficace nella cura del DOC solo in studi limitati (Bluett, Homan, Morrison, Levin, & Twohig, 2014; Swain, Hancock, Hainsworth, & Bowman, 2013; Twohig, Hayes, Plumb, Pruitt, Collins, Hazlett-Stevens, et al., 2010; Wheeler, 2017) e mai confrontata con la terapia di elezione per il DOC, cioè la CBT integrata con ERP. Dunque, i ricercatori erano dell'idea che si necessitasse di un confronto su larga scala di questi due tipi di psicoterapie. L'ipotesi era che l'ACT si sarebbe dimostrata non-inferiore alla CBT/ERP nel ridurre i sintomi ossessivi e migliorare la qualità di vita (Nielsen et al., 2025).

I partecipanti sono stati inviati dal loro medico di base, dalle unità ospedaliere o dai loro psichiatri privati, soddisfacendo i seguenti criteri: una compromissione sostanziale del funzionamento causato da una condizione mentale, sintomi complessi, risposta inadeguata ai trattamenti medici o psicologici nei servizi sanitari primari. I pazienti erano adulti tra i 18 e i 65 anni, che parlavano fluentemente il danese e non erano soggetti a dipendenze da alcol o da sostanze. Questi individui avevano ricevuto una diagnosi primaria di DOC, seguendo i criteri del DSM-5 (APA, 2013), e, per il periodo in cui lo studio fu condotto, non ricevettero altri interventi psicoterapeutici. Inoltre, sono stati

accettati pazienti con trattamento psicofarmacologico in atto, ma solo con almeno 6 settimane di terapia stabile prima dell'inizio del trattamento. Tutti i pazienti eleggibili hanno sostenuto un completo esame psichiatrico in cui uno psichiatra ha emesso la diagnosi di DOC, in linea con i criteri della decima edizione dell'*International Classification of Diseases* (ICD-10; Nielsen et al., 2025; World Health Organization, 1990).

In seguito, i partecipanti si sono sottoposti ad una valutazione iniziale. Durante un colloquio clinico, sono state usate: la *Yale-Brown Obsession Compulsive Scale* (Y-BOCS; Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Fleischmann, Hill, et al., 1989) per misurare la severità dei sintomi ossessivi e compulsivi, la *MINI International Neuropsychiatric Interview* (Sheehan, Lecrubier, Sheehan, Amorim, Janavs, Weiller, et al., 1998) per confermare la diagnosi di DOC e di eventuali comorbidità in linea con i criteri del DSM-5, la *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS; Williams, 1988). Inoltre, attraverso il portale *REDCap* sono stati somministrati dei questionari self-report, tra cui il *Quality of Life Inventory* (QOLI; Frisch, Cornell, Villanueva, & Retzlaff, 1992), che valuta il benessere e il grado di soddisfazione nella vita attraverso 16 domini. Alla fine, i partecipanti selezionati sono stati 176, i quali sono stati assegnati randomicamente alle due condizioni: 101 alla condizione ACT, 75 alla condizione CBT/ERP (Nielsen et al., 2025).

Gli strumenti utilizzati nella valutazione iniziale sono stati poi somministrati agli stessi pazienti entro 14 giorni dopo la fine del trattamento e, infine, a 6 e a 12 mesi dopo la fine del trattamento. Dunque si sono delineati quattro momenti di valutazione, che sono stati chiamati, in ordine temporale: a) *baseline*, b) *post*, c) *6-month follow-up*, d) *12-months follow-up*. È importante sottolineare che non tutti i partecipanti hanno seguito il trattamento fino al termine, mentre altri non hanno risposto al follow-up. Pertanto, si trova sia una situazione di *complete cases*, considerando esclusivamente le persone che hanno partecipato ad ogni fase dello studio, ed una di *imputed data*, in cui sono stati stimati statisticamente i dati mancanti al fine di prevenire distorsioni nei risultati finali del trial (Nielsen et al., 2025).

2.1.1 Risultati

Non è stata riscontrata alcuna differenza significativa tra i gruppi nel numero di coloro che hanno risposto al trattamento (definito come $\geq 30\%$ miglioramenti dei punteggi nella Y-BOCS dalla condizione *baseline* a quella *post*), e nemmeno tra quelli che hanno raggiunto risultati clinicamente significativi nella condizione 6 e 12 mesi dopo il trattamento (Nielsen et al., 2025).

Il risultato più rilevante, ai fini dello studio, era quello che veniva ricavato dall'applicazione della Y-BOCS, mentre il risultato secondario è stato ricavato dalla somministrazione del QOLI. Inoltre, sono stati costruiti due modelli di analisi: il primo è detto *liberal* perché si basa esclusivamente sul confronto tra i risultati della condizione *baseline* con gli altri momenti di misurazione; il secondo modello è stato chiamato *conservative* perché, in aggiunta, tiene conto delle covariabili nell'analisi dei risultati. In questo disegno di ricerca, le covariabili risultano essere l'assunzione o meno di psicofarmaci e la comorbidità di depressione e di disturbi di personalità (Nielsen et al., 2025).

Per quanto riguarda la differenza tra i punteggi nella scala Y-BOCS nei due trattamenti è stato usato un approccio di non-inferiorità. Il margine di non-inferiorità per la differenza media del cambiamento dei punteggi Y-BOCS tra i due trattamenti è stato fissato a -3, utilizzando l'approccio dell'Intervallo di Confidenza (CI) del 95% per testare la non-inferiorità. Il livello di significatività dei *p-value* è stato scelto essere 0.05 (Nielsen et al., 2025).

Innanzitutto, in media tutti i pazienti hanno riscontrato una diminuzione dei sintomi ossessivi dalla condizione *baseline* ad ogni follow-up. Non si è riscontrata nessuna differenza nell'analisi di sensibilità dei risultati Y-BOCS per le due condizioni ACT e CBT/ERP sia per il caso dei *complete cases* che per quello degli *imputed data*. Inoltre, calcolando i CI, nel modello *liberal* il margine di non-inferiorità era appena sopra il valore soglia di 3 (-3.19), ma questo punteggio scendeva sotto la soglia quando si consideravano anche le covariabili nel modello *conservative* (-2.74). Questi dati indicano quindi che l'ACT è non-inferiore al trattamento CBT/ERP nella riduzione dei sintomi ossessivi e compulsivi (Nielsen et al., 2025).

In secondo luogo, il QOLI, mostra che non ci sono state differenze tra i due gruppi RCT nell'incremento della qualità di vita. Si è riscontrato che i miglioramenti significativi nella condizione 6- e 12-months follow-up riguardano il caso *complete cases* e non quello *imputed data*. Inoltre, analisi separate hanno messo in evidenza che il gruppo CBT/ERP è migliorato significativamente in ogni momento di valutazione seguente alla *baseline*, mentre quello ACT ha mostrato cambiamenti significativi nel benessere di vita solo a lungo termine, in un confronto tra la condizione *12-months follow-up* e quella iniziale *baseline*. In ogni caso, i miglioramenti non sono più significativi quando si prendono in considerazione anche le covariabili (modello *conservative*). Dunque, i ricercatori hanno affermato che non ci sono differenze tra i due trattamenti in termini di qualità di vita (Nielsen et al., 2025).

In conclusione, sebbene questo lavoro di ricerca presenti dei limiti, risulta essere di grande rilevanza perché è il primo RCT di grandi dimensioni che va a confrontare l'ACT con la CBT/ERP nella cura del DOC e nel miglioramento della qualità di vita per pazienti affetti da DOC. Il risultato è che si sono riscontrate evidenze nell'affermare che l'ACT costituisca una valida alternativa alla CBT/ERP nella cura del DOC. Questi dati risultano molto promettenti per quei pazienti che sono refrattari alla classica terapia CBT con ERP. Tuttavia, gli autori sono dell'opinione che siano necessarie ulteriori ricerche, degli *equivalence trials*, per dimostrare che i trattamenti siano equamente efficaci (Nielsen et al., 2025).

2.2 Short-term psychodynamic therapy of obsessive-compulsive disorder – a randomized controlled trial of unmedicated patients (Leichsenring, Steinert, Biskup, Feix, Heim, Nimis, Kreische, Nöske, Ruckes, Weiss, Reich, & Starck, 2026)

Il secondo studio in analisi è stato condotto in Germania e pubblicato nel 2026. Anche questo articolo usa la tecnica RCT, di tipo *observer-blind, two-center study, two-arm design*. Delle persone con diagnosi di DOC sono state suddivise in due condizioni: nella prima condizione venivano trattati con un tipo manualizzato di psicoterapia psicodinamica a breve termine (*Short-Term Psychodynamic Psychotherapy*; STPP) mentre nella seconda i pazienti erano assegnati a una lista d'attesa (*waiting list*). Le sedute svolte nella condizione STPP sono state 24, con cadenza settimanale. Specificatamente, la STPP manualizzata per il DOC si compone di 12 moduli, includendo sia interventi

supportivi che espressivi (Leichsenring, & Steinert, 2017). Nella STPP gli interventi espressivi comprendono il riconoscimento e l'elaborazione del tema centrale relazionale conflittuale – *core conflictual relationship theme* (CCRT) – che si manifesta nei sintomi ossessivi. Di un CCRT fanno parte i desideri inconsci, le reazioni degli altri e la risposta del Sè. Inoltre, la procedura prevede che, in linea con autori classici quali Freud (1919) e Fenichel (1945), i pazienti affetti da DOC siano incoraggiati all'esposizione alla situazione temuta, usando l'esperienza come materiale per elaborare il CCRT. Nella seconda condizione, la lista d'attesa, i pazienti, durante tutta la durata del trattamento STPP, hanno aspettato di essere sottoposti al trattamento e hanno ricevuto solamente delle chiamate di monitoraggio ogni 4 settimane (Leichsenring et al., 2026).

Gli psicoterapeuti, per poter partecipare, dovevano essere psicologi clinici o medici e possedere una formazione avanzata o completa in terapia psicodinamica. I terapeuti sono stati specificatamente formati da esperti della STPP per il DOC, in accordo col manuale del trattamento (Leichsenring & Steinert, 2017). Inoltre, hanno ricevuto supervisioni di gruppo da alcuni esperti, che si tenevano ogni settimana oppure ogni due all'inizio dello studio, mentre successivamente sono state svolte una volta al mese. Un criterio che i terapeuti dovevano soddisfare era che, prima dello studio, dovevano aver trattato almeno un paziente in modo competente (tali casi non sono stati inclusi nelle analisi). Per quanto concerne l'aderenza e la competenza degli psicoterapeuti al manuale STPP, tutte le sessioni sono state audio-registrate e alcune di esse sono state valutate da degli esaminatori formati, cioè due psicologi clinici dottorandi, usando uno strumento creato appositamente per questo studio. Le sedute analizzate sono state tre per caso, includendo una seduta iniziale, una intermedia e una finale. La scala creata e impiegata nello studio è stata la *PTD-OCD Adherence and Competence scale* (Steinert, 2022). In aggiunta a questo, il 20% delle sedute valutate sono state sottoposte a un'analisi di Affidabilità Interrater (Coefficiente di Correlazione Intraclassa, ICC; Nezgovorova, Reid, Fineberg, Hollander, 2022; Torres, Prince, Bebbington, Bhugra, Brugha, Farrell, et al., 2006). L'Affidabilità Interrater (ICC) è stata da alta a molto alta per l'aderenza e da moderata a buona per la competenza. L'aderenza dei terapeuti è stata stimata essere sufficientemente alta e favorevoli sono state le valutazioni sull'aderenza globale al trattamento. Anche la competenza è stata stimata essere altrettanto elevata e la competenza globale dei terapeuti è stata giudicata come molto buona. Infine, un'altra scala, la *Comparative Psychotherapy*

Process Scale (CPPS; Hilsenroth, Blagys, Ackerman, Bonge, & Blais, 2005), è stata adoperata per valutare l'orientamento psicoterapeutico degli interventi del terapeuta in seduta e ha confermato che sono state utilizzate principalmente tecniche psicodinamiche (Leichsenring et al., 2026).

Gli autori di questo lavoro hanno messo in discussione la validità dei lavori sul DOC con la CBT, ritenendo necessario sviluppare ulteriori approcci psicoterapeutici per il trattamento del DOC. Difatti, non tutti i pazienti traggono beneficio dallo stesso approccio. Inoltre, le evidenze empiriche per i trattamenti psicodinamici erano, e sono tuttora, scarsi, ma studi recenti hanno evidenziato che la STPP manualizzata possa risultare un'opzione efficace per la cura dei disturbi d'ansia (Leichsenring, Abbass, Heim, Keefe, Kisely, Luyten, et al., 2023) portando, dunque, alla costruzione di un modello STPP specificatamente disegnato per il DOC (Leichsenring & Steinert, 2017). L'ipotesi era che la STPP condotta in conformità con quanto riportato nel relativo manuale risultasse superiore alla condizione *waiting list* nella riduzione della severità dei sintomi del DOC (Leichsenring et al., 2026).

I partecipanti allo studio dovevano soddisfare dei criteri di inclusione. In primis, dovevano soddisfare la diagnosi primaria di DOC secondo la valutazione clinica della severità (CSR) delle interviste cliniche SCID I e ADIS-IV (Di Nardo, Brown, & Barlow, 1994; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996) ovvero il DOC doveva avere la valutazione di maggiore severità rispetto ad altri eventuali disturbi presenti. L'età doveva essere compresa tra i 18 e i 65 anni. In aggiunta a ciò, erano presenti dei criteri di esclusione, tra cui la presenza di psicosi, dipendenza da sostanze e un concomitante trattamento psicoterapico o psicofarmacologico. I partecipanti sono stati assegnati randomicamente alle due condizioni. Il numero dei pazienti assegnati alla condizione STPP è stato 37 mentre erano 30 quelli assegnati alla *waiting list*. Anche in questo caso, ci sono stati dei *dropout*, che sono stati compensati con gli *imputed data* (Leichsenring et al., 2026).

Il risultato più rilevante consisteva nell'analisi statistica dei punteggi Y-BOCS, che è stata somministrata in tre momenti: all'inizio dello studio, alla fine del trattamento (o, rispettivamente, alla fine del periodo di attesa) e a 6 mesi dalla fine del trattamento, solo per chi lo aveva ricevuto (*follow-up*). In un secondo momento, gli autori hanno

considerato i decrementi dei punteggi Y-BOCS in termini clinici, definendo la risposta al trattamento come la riduzione del 35% del punteggio nella Y-BOCS (Goodman et al., 1989; Mataix-Cols, Fernandez de la Cruz, Nordsletten, Lenhard, Isomura, & Blair Simpson, 2016) e la remissione dei sintomi, definita come il conseguimento di un punteggio nella Y-BOCS inferiore a 12 (Mataix-Cols et al., 2016).

In merito a ulteriori esiti del trattamento, gli autori hanno preso in esame diverse dimensioni cliniche: la depressione, misurata dal *Beck Depression Inventory II* (BDI-II; Beck, Bhar, Steer, & Brown, 1996); l'ansia, misurata dal *Beck Anxiety Inventory* (BAI; Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988); i problemi interpersonali, valutati dal *Inventory of Interpersonal Problems* (IIP; Horowitz, Alden, Wiggins, & Pincus, 2000); le credenze ossessive, misurate dal *Obsessive Beliefs Questionnaire* (OBQ; Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2001); sintomi ossessivi e compulsivi autosegnalati, valutati dal *Obsessive-Compulsive Inventory* (OCI-R; Foa, Kozak, Salkovskis, et al., 1998; Leichsenring et al., 2026).

2.2.1 Risultati

Per quanto riguarda il risultato più rilevante per lo studio, ossia le analisi statistiche dei punteggi Y-BOCS, esse hanno mostrato che la condizione STPP ha raggiunto un punteggio Y-BOCS significativamente più basso alla fine del trattamento rispetto alla fine della condizione *waiting list* ($p < 0.0001$), con una grande dimensione dell'effetto *between-group*. Nella condizione STPP, i valori Y-BOCS si sono ridotti di circa metà, laddove sono rimasti pressoché gli stessi nella condizione *waiting list*. La riduzione della severità dei sintomi ossessivi raggiunta dalla STPP si è confermata quasi il doppio della differenza minima clinicamente importante determinata per la Y-BOCS (Cervin, Storch, Farrell, Andersson, Ruck, Geller et al., 2025; Leichsenring et al., 2026).

Passando in analisi i risultati clinici della STPP sui sintomi ossessivi riportati dalla Y-BOCS, la STPP ha raggiunto un tasso di remissione del 60% alla fine del trattamento, mentre la condizione *waiting list* si è attestata al 20%, raggiungendo una differenza significativa tra i due gruppi ($p = 0.001$). Questa differenza tra i due trattamenti si è riconfermata anche nella risposta al trattamento dei partecipanti (definita come la riduzione del 35% dei punteggi nella Y-BOCS), rispettivamente 64% e 16% nelle due condizioni. In aggiunta, anche i sintomi ossessivi autoriportati nell'OCI-R sono diminuiti

significativamente ($p=0.049$). Non si può affermare lo stesso per il resto degli strumenti, BDI-II, BAI, OBQ e IIP, che non hanno riportato una differenza significativa tra le due condizioni. Tuttavia, analisi del campione più completo hanno confermato tutti i risultati con l'eccezione della BAI, la scala di valutazione dell'ansia, nella quale la STPP è stata significativamente superiore alla *waiting list* nel decremento dei sintomi ansiosi (Leichsenring et al., 2026).

Pertanto, in questo studio si afferma che la STPP ha dimostrato di essere superiore alla *waiting list* nel trattamento del DOC. Inoltre, i tassi di remissione (60%) erano comparabili a quelli riportati per l'ERP da solo (52%) o per l'ERP combinati con clomipramina (58%; Fisher, & Wells, 2005; Simpson, Huppert, Petkova, Foa & Liebowitz, 2006). Un punto di forza dello studio è che, in confronto agli studi di CBT con ERP per DOC, in questo studio i pazienti hanno ricevuto solamente un trattamento psicoterapico e non psicofarmacologico. Di conseguenza, nonostante i limiti che lo studio presenta, esso rappresenta un punto di inizio per la validazione di questo nuovo intervento. Ulteriori ricerche sono necessarie per replicare e confermare queste scoperte, in particolare confrontando la STPP con altri trattamenti consolidati (Leichsenring et al., 2026).

CAPITOLO TERZO - DISCUSSIONE

In questo elaborato abbiamo considerato il DOC e la cura di questo disturbo innanzitutto da un punto di vista teorico. Abbiamo evidenziato come la formulazione psichiatrica del DOC si sia evoluta negli anni, così come lo è stato per il trattamento, prendendo in considerazione due tradizioni psicoterapiche fondamentali: da una parte quella psicoanalitica-psicodinamica, dall'altra quella CBT, mettendo l'accento sulle più recenti terapie, quali l'ACT.

Successivamente, abbiamo preso in esame due tra i più recenti lavori di ricerca che riguardassero l'evidenza di efficacia di due differenti approcci psicoterapeutici nella cura del DOC. Il primo studio analizzato si concentrava sulla terapia ACT in confronto alla classica CBT con ERP (Nielsen et al., 2025) mentre il secondo comparava un tipo di psicoterapia psicodinamica a breve termine (STPP) con una *waiting list* (Leichsenring et al., 2026).

Quello che è emerso dal primo studio è che l'ACT erogata in gruppo si è dimostrato non-inferiore alla CBT integrata con ERP nel ridurre i sintomi del DOC, sia post-trattamento sia a 6 mesi di *follow-up*. Risultati simili sono stati ottenuti anche per quanto riguarda il miglioramento della qualità di vita (Nielsen et al., 2025).

Questo studio presenta dei punti di novità e di forza. In primis, è il più grande studio condotto su pazienti con DOC trattati con ACT fino al momento della pubblicazione. In secondo luogo, è il primo studio a confrontare direttamente l'ACT con la CBT integrata con ERP nel trattamento del DOC. Tra i punti di forza dello studio troviamo il suo design, cioè un robusto RCT, in cui è stata inclusa una condizione *follow-up* e uno svolgimento del trattamento in *setting* clinici reali. Inoltre, sono stati utilizzati strumenti di misura validati, che riportavano sia il punto di vista del clinico che quello del paziente. Un altro punto di forza è che vi è stata anche una valutazione di aderenza ai manuali, valutazione in cui i giudici dei terapeuti non sono stati informati sul tipo di trattamento di cui dovevano offrire la valutazione; d'altro canto i terapeuti conducevano entrambi i trattamenti ed erano formati su ognuno di essi, riducendo quindi il cosiddetto "*therapist effect*". Infine, i criteri di inclusione hanno permesso di formare un campione rappresentativo, con pazienti che presentassero anche comorbidità (Nielsen et al., 2025).

D'altra parte, anche questo studio presenta delle criticità e delle limitazioni. In primo luogo, una criticità è l'assenza di un gruppo di controllo placebo. In secondo piano, come limitazione troviamo la formazione dei terapeuti, che avevano maggiore familiarità con la CBT, sebbene avessero ricevuto una formazione di tre giorni per l'ACT. Questo implica che un *trial* con dei terapeuti esperti in ACT avrebbe potuto evidenziare maggiore efficacia nella condizione ACT. In terzo luogo, dei limiti sono stati imposti con l'avvento della pandemia COVID-19, poiché è stato necessario che dei pazienti venissero trattati individualmente online, venendo esclusi dall'analisi. Infine, la suddivisione dei pazienti nei due bracci RCT è stata leggermente sbilanciata, seppur randomica (Nielsen et al., 2025).

Dunque, in sintesi, è stata fornita evidenza nell'affermare che l'ACT potrebbe essere una pratica alternativa alla CBT classica nella cura del DOC. Sono auspicabili ulteriori trial di equivalenza per confermare che le due terapie siano ugualmente efficaci (Nielsen et al., 2025).

La ricerca futura potrebbe orientarsi sull'indagine di predittori e moderatori dei risultati per i due trattamenti, oppure su design cross-over che valutino se ognuno dei due trattamenti risulta efficace per i *non-responders* dell'altro trattamento. Infine, è necessaria maggiore conoscenza non puramente teorica su quali siano le similarità e le differenze tra ACT e CBT con ERP, in modo da comprenderne i meccanismi (Nielsen et al., 2025).

Spostando il focus sul secondo studio preso in esame, i dati emersi evidenziano come l'STPP si sia dimostrata migliore rispetto alla *waiting list* nella cura del DOC, mostrando un effetto ampio e clinicamente significativo. Se confrontiamo i dati della condizione STPP con quelli di altre terapie in altri studi, troviamo che i tassi di remissione dell'STPP sono comparabili a quelli dell'ERP da solo o in combinazione con clomipramina (Fisher, & Wells, 2005; Simpson et al., 2006), mentre l'*effect size* è leggermente inferiore a quello della CBT con ERP, ma della stessa grandezza (Leichsenring et al., 2026; Reid, Laws, Drummond, Vismara, Grancini, Mpavaenda et al., 2021).

Un punto di forza molto rilevante di questo studio è che i pazienti non erano sottoposti a farmacoterapia nel periodo di tempo dello studio, pertanto si può parlare di monoterapia. In secondo piano, analisi sull'aderenza hanno evidenziato che vi è stata fedeltà al trattamento. Un ulteriore punto di forza riguarda il fatto che è stata condotta un'intervista

a sette terapeuti e due supervisori sull'esperienza a cui avevano preso parte e sull'applicazione del manuale. Essi hanno spiegato che all'inizio del trattamento erano scettici sui cambiamenti effettivi che si potessero raggiungere in 24 sessioni. In realtà, nel corso del trattamento, sono rimasti sorpresi nell'osservare decrementi sintomatologici significativi nonostante il numero limitato di sessioni. Inoltre, è cambiata anche la percezione dell'approccio, notando che esso permetteva l'*insight* e l'emergere degli affetti rimossi. Infine, come ultimo punto di forza, troviamo che il punteggio *baseline* medio della Y-BOCS era paragonabile a quello degli studi CBT con ERP, permettendo di affermare che il campione fosse rappresentativo (Leichsenring et al., 2026; Reid et al., 2021).

Per quanto riguarda le limitazioni, la prima riguarda il criterio di inclusione, non essendo presente un criterio minimo di gravità del sintomo ossessivo. Pertanto, potrebbero essere stati inclusi pazienti meno severi, sebbene non sia mai stata notata in altri studi una correlazione tra la gravità iniziale dei sintomi e il risultato del trattamento (Olatunji, Davis, Powers & Smits, 2013). È presente anche una limitazione legata al design dell'RCT, poiché non c'è stato un confronto con un trattamento attivo ma solamente con una *waiting list*, non rendendo possibile il controllo di fattori terapeutici aspecifici. Tuttavia, gli autori propongono una serie di argomentazioni per cui il miglioramento della condizione STPP non sia dovuto esclusivamente a delle aspettative o attenzioni. Come per lo studio precedentemente analizzato, anche in questo caso si è verificata una allocazione squilibrata (37 STPP vs 30 *waiting list*), come risultato di una divisione randomica, anche se specifiche analisi statistiche hanno permesso di controllare questo squilibrio. Inoltre, è da considerare come limitazione anche il fatto che gli eventi avversi non sono stati raccolti sistematicamente, sebbene sia da segnalare che i trattamenti sono stati strettamente supervisionati e non sono stati segnalati eventi avversi seri (Leichsenring et al., 2026).

Sintetizzando, questo lavoro di ricerca fornisce evidenza di efficacia per l'approccio STPP nel trattamento del DOC. In più, rappresenta uno dei pochi studi in cui solo la psicoterapia si dimostra efficace nella cura del DOC (Leichsenring et al., 2026).

La ricerca futura si dovrebbe orientare su ulteriori RCT, poiché, secondo i criteri di efficacia APA, un trattamento, per essere considerato efficace, necessita di almeno due

RCT in cui si dimostra più efficace di una condizione nessun trattamento/placebo o ugualmente efficace a un trattamento già comprovato (Chambless, & Hollon, 1998). Inoltre, perché sia designato come “efficace e specifico”, è richiesto un RCT con confronto con placebo o trattamento attivo (Chambless, & Hollon, 1998, p. 18). Dunque, sono necessarie ulteriori ricerche per replicare i risultati ottenuti. Infine, degli studi futuri si potrebbero concentrare sui tipi di pazienti sui quali il trattamento STPP potrebbe mostrarsi più vantaggioso (Leichsenring et al., 2026).

BIBLIOGRAFIA

- Abramowitz, J. S. (2006). The Psychological Treatment of Obsessive—Compulsive Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(7), 407–416.
<https://doi.org/10.1177/070674370605100702>
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual: Mental disorders*.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.).
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.).
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.).
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation.
- Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 612–624.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.008>
- Cervin, M., Storch, E. A., Farrell, L., Andersson, E., Rück, C., Geller, D. A., OCD Severity Benchmark Consortium, & Mataix-Cols, D. (2025). Minimal clinically

- important difference in obsessive-compulsive disorder. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 24(1), 138–139.
<https://doi.org/10.1002/wps.21287>
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(1), 7–18.
<https://doi.org/10.1037//0022-006x.66.1.7>
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2009). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. The Guilford Press.
- Di Nardo, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime version (ADIS-IV-L)*. Psychological Corporation.
- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. W. W. Norton & Company.
- Fenichel, O. (1951). *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi* (C. Gastaldi, Trad.). Astrolabio. (Opera originale pubblicata nel 1945).
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID), Clinician Version*. American Psychiatric Press.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour research and therapy*, 43(12), 1543–1558.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.11.007>
- Foa, E. B. (2010). Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(2), 199–207.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2010.12.2/efoa>
- 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(3), 206–214. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.3.206>

- Fiore, F. (2019, 14 novembre). *Terapie di terza ondata—Introduzione alla Psicologia*. State of Mind. <https://www.stateofmind.it/2019/11/terapie-terza-ondata/>
- Freud, S. (1919). *Lines of advance in psycho-analytic therapy*. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 17, pp. 159–168). Hogarth Press.
- Freud, S. (1972). Carattere ed erotismo anale. In C. Musatti (A cura di), *Opere di Sigmund Freud* (Vol. 5, pp. 401–410). Bollati Boringhieri. (Opera originale pubblicata nel 1908).
- Freud, S. (1975). La disposizione alla nevrosi ossessiva. In C. Musatti (A cura di), *Opere di Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 227–240). Bollati Boringhieri. (Opera originale pubblicata nel 1913).
- Freud, S. (1976). *L'uomo dei topi: Osservazioni su un caso di nevrosi ossessiva, 1909: casi clinici 5*. Boringhieri. (Opera originale pubblicata nel 1909).
- Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retzlaff, P. J. (1992). Clinical validation of the Quality of Life Inventory. A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 4(1), 92–101. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.4.1.92>
- Gabbard, G. O. (2007). *Psichiatria psicodinamica* (4. ed). Cortina. (Opera originale pubblicata nel 2005).
- Goodman, W. K. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, Use, and Reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>
- Hilsenroth, M. J., Blagys, M. D., Ackerman, S. J., Bonge, D. R., & Blais, M. A. (2005). Measuring Psychodynamic-Interpersonal and Cognitive-Behavioral Techniques: Development of the Comparative Psychotherapy Process Scale. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3), 340–356. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.3.340>
- Horowitz, L. M., Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (2000). *Inventory of Interpersonal Problems: Manual*. Psychological Corporation.

- Janet, P. (2022). *Le nevrosi* (F. Ortu & G. Craparo, A cura di). Raffaello Cortina Editore. (Opera originale pubblicata nel 1909).
- Knopp, J., Knowles, S., Bee, P., Lovell, K., & Bower, P. (2013). A systematic review of predictors and moderators of response to psychological therapies in OCD: Do we have enough empirical evidence to target treatment? *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1067–1081. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.08.008>
- Kraepelin, E. (1886). *Compendio di psichiatria per uso dei medici e degli studenti* (R. Brugia, Trad. e C. Bonfigli, Rev. e annot.). Vallardi. (Opera originale pubblicata nel 1883).
- Kraepelin, E. (1907a). *Psichiatria generale* (G. Guidi, Trad.). Vallardi. (Opera originale pubblicata nel 1904).
- Kraepelin, E. (1907b). *Psichiatria speciale* (G. Guidi, Trad.). Vallardi. (Opera originale pubblicata nel 1904).
- Leichsenring, F., & Steinert, C. (2017). Short-term psychodynamic therapy for obsessive-compulsive disorder: A manual-guided approach to treating the "inhibited rebel". *Bulletin of the Menninger Clinic*, 81(4), 341–389. https://doi.org/10.1521/bumc_2017_81_07
- Leichsenring, F., Abbass, A., Heim, N., Keefe, J. R., Kisely, S., Luyten, P., Rabung, S., & Steinert, C. (2023). The status of psychodynamic psychotherapy as an empirically supported treatment for common mental disorders - an umbrella review based on updated criteria. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 22(2), 286–304. <https://doi.org/10.1002/wps.21104>
- Leichsenring, F., Steinert, C., Biskup, J., Feix, L. A., Heim, N., Nimis, B., Kreische, R., Nöske, F., Ruckes, C., Weiss, H., Reich, G., & Starck, A. (2026). Short-Term Psychodynamic Therapy of Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Controlled Trial of Unmedicated Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1–13. <https://doi.org/10.1159/000550421>

- Marzoli, A. & Casavecchi, E. (2025, 8 Ottobre). *Acceptance and commitment therapy per il Disturbo Ossessivo Compulsivo*. State of Mind.
<https://www.stateofmind.it/2021/05/disturbo-ossessivo-compulsivo-act/>
- Mataix-Cols, D., Fernández de la Cruz, L., Nordsletten, A. E., Lenhard, F., Isomura, K., & Simpson, H. B. (2016). Towards an international expert consensus for defining treatment response, remission, recovery and relapse in obsessive-compulsive disorder. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15(1), 80–81. <https://doi.org/10.1002/wps.20299>
- McWilliams, N. & Lingiardi, V. (A cura di). (2018). *PDM-2. Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Raffaello Cortina Editore. (Opera originale pubblicata nel 2017).
- McWilliams, N. (1999). *La diagnosi psicoanalitica: Struttura della personalità e processo clinico* (L. Sarno & V. Caretti, A cura di). Astrolabio. (Opera originale pubblicata nel 1994).
- Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour research and therapy*, 4(4), 273–280.
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(66\)90023-4](https://doi.org/10.1016/0005-7967(66)90023-4)
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing Willingness to Experience Obsessions: Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavior Therapy*, 37 (1), 3-13.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2005.02.001>
- Nezgovorova, V., Reid, J., Fineberg, N. A., & Hollander, E. (2022). Optimizing first line treatments for adults with OCD. *Comprehensive psychiatry*, 115, 152305.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152305>
- Nielsen, S. K. K., Stuart, A. C., Winding, C., Øllgaard, M., Wolitzky-Taylor, K., Daniel, S. I. F., Vangkilde, S., Rosenberg, N., Hageman, I., & Jørgensen, M. B. (2025). Group Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Behavioral Therapy/Exposure Response Prevention for Obsessive Compulsive Disorder: A Block Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 94(3), 135–146. <https://doi.org/10.1159/000544070>

- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2001). Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. *Behaviour research and therapy*, 39(8), 987–1006. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(00\)00085-1](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(00)00085-1)
- Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B., & Smits, J. A. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of psychiatric research*, 47(1), 33–41. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.08.020>
- Reid, J. E., Laws, K. R., Drummond, L., Vismara, M., Grancini, B., Mpavaenda, D., & Fineberg, N. A. (2021). Cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Comprehensive psychiatry*, 106, 152223. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152223>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of clinical psychiatry*, 59 Suppl 20, 22–57.
- Simpson, H. B., Huppert, J. D., Petkova, E., Foa, E. B., & Liebowitz, M. R. (2006). Response versus remission in obsessive-compulsive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 67(2), 269–276. <https://doi.org/10.4088/jcp.v67n0214>
- Steinert, C. (2022). *Adherence Rating Scale for short-term psychodynamic therapy for obsessive-compulsive disorder* [Unpublished manuscript]. International Psychoanalytic University.
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 965–978. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.002>
- Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T. S., Farrell, M., Jenkins, R., Lewis, G., Meltzer, H., & Singleton, N. (2006). Obsessive-

compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *The American journal of psychiatry*, 163(11), 1978–1985. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.11.1978>

Twohig, M. P. (2020). *ACT per il disturbo ossessivo-compulsivo: Manuale di trattamento abbreviato* (G. Melli, A cura di). Giovanni Fioriti Editore. (Opera originale pubblicata nel 2004).

Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M. R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 705–716. <https://doi.org/10.1037/a0020508>

Wheeler, C. H. B. (2017). Acceptance and Commitment Therapy-Specific Processes in the Psychotherapeutic Treatment of Obsessive Compulsive Disorder: A Single Case Study. *Clinical Case Studies*, 16(4), 313–327. <https://doi.org/10.1177/1534650117694269>

Williams, J. B. W. (1988). A Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Archives of General Psychiatry*, 45(8), 742. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800320058007>

Wolitzky-Taylor, K., Glasner, S., Tanner, A., Ghahremani, D. G., & London, E. D. (2022). Targeting maladaptive reactivity to negative affect in emerging adults with cannabis use disorder: A preliminary test and proof of concept. *Behaviour Research and Therapy*, 150, 104032. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104032>

Wolitzky-Taylor, K., Krull, J., Rawson, R., Roy-Byrne, P., Ries, R., & Craske, M. G. (2018). Randomized clinical trial evaluating the preliminary effectiveness of an integrated anxiety disorder treatment in substance use disorder specialty clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(1), 81–88. <https://doi.org/10.1037/ccp0000276>

Wolitzky-Taylor, K., Sewart, A., Karno, M., Ries, R., & Stimson, J. (2022). Development and Initial Pilot Testing of a fully integrated treatment for comorbid social anxiety disorder and alcohol use disorder in a community-based

SUD clinic setting. *Behaviour Research and Therapy*, 148, 103999.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103999>

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Press.

World Health Organization. (1992). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th ed.). World Health Organization.