

Claudio Sica (a cura di)

DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO

Questionari e interviste per la valutazione clinica

INDICE

- 7 INTRODUZIONE (Claudio Sica)
- 11 CAPITOLO PRIMO
Padua Inventory
(Marta Ghisi, Francesco Boz ed Ezio Sanavio)
- 49 CAPITOLO SECONDO
Obsessive-Compulsive Inventory – Revised
(Claudio Sica, Luigi Rocco Chiri, Marta Ghisi e Igor Marchetti)
- 65 CAPITOLO TERZO
Vancouver Obsessional Compulsive Inventory
(Gabriele Melli e Carlo Chiorri)
- 91 CAPITOLO QUARTO
Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale
(Marta Hénin)
- 121 CAPITOLO QUINTO
Children’s Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale
(Valeria Neri e Francesco Cardona)
- 151 CAPITOLO SESTO
Obsessive Beliefs Questionnaire
(Caterina Novara e Stella Dorz)
- 175 CAPITOLO SETTIMO
Saving Inventory – Revised
(Carlo Chiorri e Gabriele Melli)

Introduzione

Le *ossessioni* sono definite come pensieri, immagini o impulsi che hanno la caratteristica di essere persistenti, molto stressanti e di difficile gestione, spesso assorbendo completamente l'attività mentale della persona (ad esempio, l'idea di essere contaminati da qualche sostanza o di aver fatto qualcosa di molto dannoso o la sensazione che le cose non siano «a posto» come dovrebbero essere); le *compulsioni* sono comportamenti o atti mentali ripetitivi, spesso molto lunghi e frequenti, che la persona mette in atto per alleviare il disagio provocato dalle ossessioni o per prevenire qualche evento temuto (ad esempio, controllare il rubinetto del gas molte volte).

Ossessioni e compulsioni costituiscono le componenti principali del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), un disturbo ancora oggi misterioso e dall'eziologia incerta. Il DOC non è fortunatamente molto diffuso (ne è affetto tra l'1 e il 2% della popolazione generale, con poche differenze, sembra, a livello mondiale) ma purtroppo nelle sue forme più gravi è estremamente invalidante, tanto da essere considerato tra le condizioni di malattia maggiormente collegate a disabilità di tipo cronico. Colpisce nella stessa misura maschi e femmine ed esordisce tipicamente nella prima adolescenza, anche se le persone possono diventare consapevoli della sua presenza anni più tardi. Sono stati individuati diversi modi o «domini» di manifestazione del DOC. Le forme più comuni riguardano la paura della contaminazione, la sensazione che «le cose non siano a posto», i pensieri di aver commesso o di poter commettere un danno, le idee considerate ripugnanti, immorali o blasfeme. Inoltre esso è comunemente associato a sintomi depressivi.

Il DOC è oggetto di studi da almeno un paio di secoli per via delle sue caratteristiche piuttosto singolari. Ad esempio, si pensi a chi si lava per sei ore al giorno, a chi deve tornare molte volte nello stesso luogo per accertarsi di non avere causato un incidente o a chi deve ripetere mentalmente per ore dei numeri per evitare che accadano disgrazie ai propri cari. Tali comportamenti sono incomprensibili per coloro che non hanno mai avuto problemi di questo genere, tenendo anche conto che la maggior parte dei pazienti riconosce l'irragionevolezza delle ossessioni e compulsioni. Chi non conosce questa patologia (e tra questi vi sono anche, purtroppo, alcuni professionisti della salute mentale) tende a sottostimare il grado di sforzo che i pazienti attuano per cercare, spesso invano, di controllarla. Così, al

dramma di una condizione che causa estrema sofferenza e spesso impedisce una normale vita quotidiana, si aggiungono lo stigma e la critica di parenti e amici.

Non esiste tuttora una teoria convincente che spieghi l'esordio di questo disturbo. Gli studi attuali sembrano propendere per una componente sostanzialmente genetica del DOC o, comunque, per la presenza di un qualche deficit congenito o predisposizione. Non è chiaro come queste eventuali predisposizioni interagiscano con gli eventi ambientali favorendo così lo scatenarsi del disturbo. Accreditati modelli psicologici sostengono che certe modalità che le persone hanno nel considerare la propria attività mentale potrebbero costituire dei fattori predisponenti e/o scatenanti, ma non è tuttora stabilito se questi aspetti precedano o siano conseguenti al disturbo. Dal punto di vista neurologico, si stanno moltiplicando gli studi che utilizzano tecniche di «brian imaging» (ad esempio, la risonanza magnetica funzionale) per evidenziare le eventuali componenti organiche del disturbo. In una rara sintonia, alcuni studi in campo psicologico si stanno occupando delle sensazioni che tali deficit provocherebbero, chiamate «not just right experiences». Rimane tuttavia ancora molto strada da fare per comprendere il DOC.¹

Dal punto di vista del trattamento, alcuni farmaci e una forma specifica di terapia psicologica (la terapia comportamentale) hanno dimostrato un'efficacia maggiore di qualsiasi altro intervento. Tuttavia i risultati sono lontani dall'essere ottimali e purtroppo ancora molte persone, nonostante le terapie, rimangono sintomatiche e con livelli di disagio significativi. Per questi motivi, un intervento il più precoce possibile sul disturbo può evitare che esso evolva in forme gravi poco aggredibili dai trattamenti esistenti.

Riassumendo, il DOC rappresenta oggi una sfida sia per i ricercatori che per i clinici: i primi vorrebbero capirne di più, i secondi avere mezzi più efficaci per diagnosticarlo e curarlo. All'interno di questo contesto, nasce l'idea del presente volume. Fornire ai ricercatori i mezzi più moderni ed efficienti per lo studio dei sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo; presentare ai clinici, agli psicologi, agli psichiatri e agli operatori della salute mentale gli strumenti più aggiornati e adatti per la rilevazione dei sintomi ossessivo-compulsivi e di alcune caratteristiche ad essi associate.

Senza trascurare gli aspetti teorici, formali e quelli più squisitamente metodologici, ogni contributo di questo volume presenta in modo semplice, chiaro e dettagliato uno strumento di misura delle ossessioni e delle compulsioni, le modalità di uso, i pregi e i difetti. In più, lo strumento stesso, nella sua versione più

¹ Per un quadro esaustivo delle teorie e ricerche recenti sul DOC si consulti: Sica, C., Chiri, L.R., McKay, D., & Ghisi, M. (2010). *Cognitive-Behavioral and Neuropsychological Models of Obsessive-Compulsive Disorder*. New York: Nova Publisher.

rigorosa e aggiornata e, spesso, già utilizzata a livello nazionale, viene presentato, in versione stampabile, alla fine di ogni capitolo.

Il primo capitolo presenta il *Padua Inventory*, uno degli strumenti più utilizzati al mondo per la rilevazione dei sintomi ossessivo-compulsivi e, come il nome suggerisce, creato a Padova dalle ricerche del professore Ezio Sanavio. Il capitolo è impreziosito da nuovissime norme che rendono questo strumento ancora attualissimo, sia nel campo della ricerca che in quello clinico. Il secondo capitolo presenta lo strumento che, per la sua brevità, sta diventando il «golden standard» nella clinica e nella ricerca, l'*Obsessive-Compulsive Inventory – Revised*, composto da soli 18 item. Nel terzo capitolo viene presentato invece il *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory*, uno strumento anch'esso recente, derivato da un altro strumento famosissimo — il *Maudsley Obsessional Compulsive Inventory* (MOCI; Hodgson e Rachman, 1977) — che ha la caratteristica di misurare alcune dimensioni non presenti nei questionari precedenti (abbiamo visto, infatti, come il DOC abbia molte manifestazioni diverse).

Accanto agli strumenti precedenti, tutti in forma di questionario, i capitoli quarto e quinto presentano le due interviste più utilizzate al mondo per la rilevazione dei sintomi DOC, rispettivamente negli adulti (*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*) e nei bambini (*Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*). Questi due contributi colmano una grossa lacuna italiana, non essendo questi strumenti facilmente reperibili nel nostro Paese. Le interviste sono ovviamente più complesse da somministrare rispetto ai questionari, ma si dimostrano indispensabili in molte situazioni (pensiamo ad esempio ai bambini o ai loro genitori o ai pazienti impossibilitati a una compilazione in autonomia) e consentono inoltre di raccogliere un numero di informazioni molto maggiori rispetto ai secondi. Gli autori illustrano le modalità di effettuazione delle interviste stesse e gli accorgimenti da utilizzare per evitare gli errori più comuni.

Gli ultimi due strumenti meritano una menzione a parte. Il primo (*Obsessive Beliefs Questionnaire*), frutto di una collaborazione decennale con i più illustri ricercatori internazionali, è finalizzato a rilevare alcune caratteristiche di pensiero che sembrano essere coinvolte nel disturbo. Un'ampia sezione teorica e una altrettanto vasta trattazione pratica ne chiariscono le peculiarità e l'utilità. L'ultimo contributo presenta invece, per la prima volta, il questionario più utilizzato oggi per studiare le caratteristiche di una sindrome peculiare (definita «hoarding»: in italiano accumulare o accaparrare) che comporta in molti casi una grave disabilità; denominato *Saving Inventory – Revised*, viene incluso nel presente volume poiché tradizionalmente tale sindrome è stata considerata una variazione del DOC. Benché oggi si tenda a classificarla invece come un disturbo a sé stante, la necessità di studiarla e valutarla richiede senz'altro uno strumento come quello allegato.

Come curatore considero un privilegio aver potuto coordinare lavori di così alta qualità di valenti studiosi e ricercatori che con rigore, bravura e competenza hanno accettato la sfida di produrre contributi di alto profilo. Un mio personale ringraziamento va a tutti loro. Dedico inoltre questo libro ai professionisti, operatori e ricercatori che quotidianamente sono impegnati nello studio e nel trattamento di questa complessa forma di psicopatologia. Infine, un ringraziamento va alle Edizioni Erickson per aver fornito i mezzi e le competenze professionali perché questi lavori potessero essere pubblicati e divulgati.

Claudio Sica

Padua Inventory

Marta Ghisi, Francesco Boz ed Ezio Sanavio

Dipartimento di Psicologia Generale, Università degli Studi di Padova

Il disturbo ossessivo-compulsivo

Il disturbo ossessivo-compulsivo è caratterizzato da persistenti, intrusive e ricorrenti ossessioni, ovvero pensieri, impulsi o immagini non voluti, che la persona valuta disturbanti, o in contrasto con i propri valori (e che quindi generano ansia in chi li sperimenta), che possono o meno essere accompagnati dalla presenza di compulsioni, ovvero comportamenti manifesti o azioni mentali ripetuti ed eccessivi, che l'individuo mette in atto nel tentativo di ridurre l'ansia provocata dalla presenza e dall'interpretazione delle ossessioni. Nonostante la persona sia consapevole dell'irrazionalità e dell'eccessività di tali compulsioni, non riesce a trattenerne dal metterle in atto.

Il disturbo ossessivo-compulsivo, che all'interno del *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV-TR; APA, 2000) è classificato tra i disturbi d'ansia, è un'invalidante patologia con una prevalenza nella popolazione adulta di circa il 3% (Jenike, 2001), che ha gravi implicazioni sulla vita sociale, affettiva e lavorativa della persona che ne soffre (Bobes et al., 2001; Koran, 2000; Skoog e Skoog, 1999). La World Health Organization (WHO, 1996) ha classificato il disturbo ossessivo-compulsivo come il quarto disturbo mentale più comune e come una delle prime dieci cause mondiali di disabilità associata a una condizione di malattia (Murray e Lopez, 1996).

Studi epidemiologici e clinici indicano che il disturbo ossessivo-compulsivo si manifesta tipicamente durante la tarda adolescenza o l'inizio dell'età adulta (Myers et al., 1984; Rasmussen e Tsuang, 1986; Weissman et al., 1994), con un'età media di insorgenza che si attesta intorno ai 19-21 anni (Flament et al., 1988; Rasmussen e Eisen, 1990). Tuttavia, è stata riscontrata una differenza di genere nell'età d'esordio: in un campione clinico i maschi hanno evidenziato un'età significativamente più giovane ($M = 19,5$ anni) rispetto alle femmine ($M = 22$; $p < 0,003$; Rasmussen e Eisen, 1990). La prevalenza del disturbo, invece, non sembra differire in base al genere: il rapporto maschi:femmine si attesta generalmente intorno all'unità (Rasmussen e Eisen, 1992). Di contro, sono emerse differenze di genere a livello

fenomenologico: i maschi riportano più frequentemente ossessioni con tematiche sessuali, di simmetria e precisione, mentre le femmine riferiscono di avere ossessioni a contenuto aggressivo e di mettere in atto rituali di pulizia (Lensi et al., 1996).

A livello di manifestazioni sintomatologiche è dunque evidente come il disturbo sia clinicamente eterogeneo (McKay et al., 2004): le ossessioni possono essere costituite da dubbi o indecisioni, timori inerenti possibili contaminazioni, possibilità di essere responsabili di danni a sé o agli altri; le attività compulsive, invece, possono essere rappresentate da eccessivi controlli e ricontrolli, lavaggi o evitamenti di oggetti valutati come contaminati, neutralizzazioni mentali, o comportamenti finalizzati all'ordine e alla simmetria. Diverse sono le proposte di sottoclassificazioni delle manifestazioni sintomatologiche del disturbo ossessivo-compulsivo, tuttavia la più accreditata e impiegata è quella che prevede cinque sottotipi (Mataix-Cols et al., 1999; Summerfeldt et al., 1999): (1) ossessioni somatiche o aggressive e compulsioni di controllo (*checking*); (2) preoccupazioni di simmetria e rituali di ordine o conteggio mentale (*ordering*); (3) paura di contaminazione o malattia e compulsioni di lavaggio (*washing*); (4) ossessioni religiose o sessuali; (5) *hoarding* con collezionismo compulsivo, che all'interno del DSM-IV-TR (APA, 2000) è compreso tra i criteri del disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, ma che la task force per il DSM-V (APA, 2010) sta considerando di classificare come un'entità diagnostica separata. Tuttavia, le ossessioni più comuni sono rappresentate da quelle di contaminazioni (45%) e di dubbio patologico (42%); similmente, le compulsioni più diffuse sono costituite da *checking* (63%) e *washing* (50%; Rasmussen e Eisen, 1992; Sasson et al., 1997).

Numerosi studi, centrati sui modelli eziopatogenetici di tipo cognitivo-comportamentale, sia di tipo clinico (Freeston, Rhéaume e Ladouceur, 1996) sia di tipo sperimentale (Rachman et al., 1996), hanno sottolineato la necessità di strumenti per la valutazione del disturbo ossessivo-compulsivo, che siano caratterizzati da buone proprietà psicometriche e che non siano focalizzati solo sugli aspetti cognitivi (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997) ma anche sui sintomi (Macdonald e de Silva, 1999). Il *Padua Inventory* sembra possa rappresentare lo strumento che soddisfa tali criteri e richieste.

Il questionario

Il *Padua Inventory* (PI; Sanavio, 1988) è uno dei questionari self-report più utilizzati in ambito sia clinico sia di ricerca per la valutazione di ossessioni e compulsioni (Steketee, 1994) che si possono presentare sia all'interno di un disturbo ossessivo-compulsivo sia in altri disturbi, oltre che in individui non patologici. Tale inventario è stato costruito per fornire uno strumento psicometrico che superasse

i limiti dei test a disposizione fino a quel momento, i quali erano costituiti da confusione tra misure di stato e di tratto, dal contenuto degli item, che indagavano solo alcuni tipi di compulsioni, trascurando ossessioni e rituali *covert* e dalle scarse proprietà psicometriche (Goodman e Price, 1990; Woody, Steketee e Chambless, 1995). Infatti, nonostante i test valutassero comportamenti di controllo e lavaggio eccessivi, pensieri intrusivi, dubbi, scrupoli ossessivi, che rappresentano le tipologie sintomatologiche più frequenti del disturbo ossessivo-compulsivo, era assente un questionario che permettesse una valutazione completa del disturbo, che includesse quindi anche item inerenti impulsi inaccettabili e senza senso, pensieri ripetitivi relativi a pericoli poco probabili, immagini ripugnanti ricorrenti.

Per colmare tale limite, il *Padua Inventory* fornisce, oltre alle due tradizionali scale riguardanti i comportamenti di controllo e lavaggi eccessivi, due differenti scale inerenti le ossessioni, ovvero la percezione di un insufficiente controllo sulla propria attività mentale e la preoccupazione di poter perdere il controllo sul proprio comportamento motorio (Sanavio, 1988; Sternberger e Burns, 1990).

Il *Padua Inventory* è costituito da 60 item finalizzati a individuare tipologia e gravità di pensieri e impulsi ossessivi e di comportamenti compulsivi nella popolazione sia clinica sia normale. Gli item che costituiscono l'attuale questionario derivano da un gruppo più ampio di 200 affermazioni ricavate dalle interviste a 28 pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo che descrivevano la loro sintomatologia. Inizialmente, tali item sono stati selezionati sulla base di diversità e rappresentatività dei contenuti e, successivamente, sono stati somministrati a piccoli gruppi di pazienti con problemi psicosomatici, di ansia e dell'umore, in maniera da controllarne il potere discriminante. Una selezione di 76 item è stata quindi sottoposta a 1200 individui tratti dalla popolazione generale. In seguito all'analisi degli item e all'analisi fattoriale esplorativa 16 item sono stati esclusi, mentre alcuni dei rimanenti 60 sono stati revisionati a livello di sintassi, al fine di renderli più facilmente comprensibili. Gli item che costituiscono la versione finale del *Padua Inventory* vengono valutati su una scala Likert a 5 punti inerente il livello di disagio (0 = per nulla; 4 = moltissimo). Tali item danno origine a 4 subscale fattoriali: la scala «Controllo insufficiente su attività mentali», la quale rileva la scarsa abilità dell'individuo nel gestire pensieri indesiderati, dubbi e incertezze circa le proprie responsabilità negli eventi quotidiani; la scala «Comportamenti di controllo», in cui viene misurata la presenza di eccessivi comportamenti di controllo atti a verificare se un'azione abbia prodotto l'esito voluto; la scala «Venire contaminati», che è volta a indagare la preoccupazione dell'individuo di essere contaminato e la presenza di comportamenti finalizzati alla pulizia; la scala «Impulsi e preoccupazioni di perdere il controllo del proprio comportamento motorio», utile per verificare se la persona teme di perdere il controllo e far del male a se stesso o agli

altri. È inoltre prevista la possibilità di calcolare una scala Totale e un'ulteriore subscale, indicativa della gravità del disturbo costituita dal numero di item a cui l'individuo ha risposto attribuendo il punteggio massimo («moltissimo»).

Caratteristiche psicometriche

Le proprietà psicometriche del *Padua Inventory* sono state testate su un campione di 967 individui italiani tratti dalla popolazione generale di età compresa tra i 16 e i 70 anni. Inoltre, un gruppo di 190 studenti (98 maschi e 92 femmine di età compresa tra i 16 e i 18 anni) ha compilato il questionario due volte a distanza di 30 giorni (Sanavio, 1988).

Le femmine hanno riportato più pensieri ossessivi e impulsi rispetto ai maschi, mentre, relativamente all'età, è emerso che i partecipanti con età compresa tra i 16 e i 20 anni e tra 46 e 70 anni presentavano punteggi significativamente più elevati dei partecipanti con età compresa tra i 21 e 45 anni.

La coerenza interna del *Padua Inventory*, valutata attraverso l'alpha di Cronbach, è risultata pari a 0,94 per la scala totale e variava da 0,70 a 0,90 per le subscale fattoriali. La correlazione test-retest (a 30 giorni di distanza) è stata pari a 0,78 per i maschi e 0,83 per le femmine.

La validità concorrente è stata valutata in rapporto al *Leyton Obsessional Compulsive Inventory* (con una correlazione di 0,71 per i sintomi e di 0,66 per i tratti) e al *Maudsley Obsessive-Compulsive Questionnaire* ($r = 0,70$) su un gruppo di 100 maschi e 100 femmine di età compresa tra i 16 e i 19 anni. Infine, lo strumento ha dimostrato un ottimo potere discriminante: solo in 7 item i 75 pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo non hanno ottenuto punteggi significativamente maggiori rispetto a 75 pazienti con problemi di nevrosi.

Va inoltre segnalata, sempre in ambito italiano, la presenza di dati normativi del *Padua Inventory* relativi a un campione di 566 adolescenti tratti dalla popolazione generale di età compresa tra i 15 e i 18 anni (Mancini et al., 1999). È stato rilevato che le femmine presentavano punteggi più elevati dei maschi nelle subscale «Controllo insufficiente su attività mentali» e «Venire contaminati», oltre che nella scala totale, mentre i maschi hanno riportato punteggi significativamente più alti nella subscale «Impulsi e preoccupazioni di perdere il controllo del proprio comportamento motorio». Infine è emerso che gli adolescenti più giovani hanno ottenuto punteggi più elevati degli adolescenti più grandi.

In entrambi gli studi italiani (Sanavio, 1988; Mancini et al., 1999) è emersa un'elevata incidenza di pensieri intrusivi e di impulsi nella popolazione italiana non clinica.

Obsessive-Compulsive Inventory – Revised

Claudio Sica^a, Luigi Rocco Chiri^b, Marta Ghisi^c e Igor Marchetti^d

^a Dipartimento di Psicologia, Università di Firenze

^b Istituto di Psichiatria «P. Ottonello», Università di Bologna

^c Dipartimento di Psicologia Generale, Università di Padova

^d Department of Experimental-Clinical and Health Psychology, Ghent University, Belgium

Introduzione

Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) è una sindrome caratterizzata dalla presenza di ossessioni e/o compulsioni. Le ossessioni sono pensieri, immagini, impulsi ricorrenti, intrusivi e vissuti dalla persona come fonte di notevole disagio. Le compulsioni, altresì, sono azioni comportamentali (*overt*) o mentali (*covert*) che il soggetto sente di dover agire per ridurre il disagio che sta provando o per prevenire una generica minaccia, spesso strettamente collegata alla specifica ossessione (Foa e Tillmans, 1980). La persona riconosce che le ossessioni e le compulsioni sono prodotte dalla propria mente, elemento che distingue il DOC da una sintomatologia psicotica.

Il *Manuale diagnostico e statistico delle malattie mentali* (DSM-IV-TR; APA, 2000) sottolinea, inoltre, come la sintomatologia DOC debba essere presente per almeno 1 ora al giorno o interferire in modo significativo con il funzionamento psicosociale del soggetto.

Studi epidemiologici hanno riportato una prevalenza *lifetime* del DOC del 2-3% (Bebbington, 1998; Sasson et al., 1997) e un'età media di insorgenza di 19-21 anni (Rasmussen e Eisen, 1990), anche se è sempre più comunemente riconosciuto che l'esordio del disturbo può avvenire nella fanciullezza o nell'adolescenza (si veda ad esempio Rapoport, 1990). Il rapporto tra maschi e femmine nei campioni clinici è risultato prossimo alla parità (Rasmussen e Eisen, 1992), mentre nei campioni non clinici è emersa una maggiore, sebbene lieve, presenza di donne (Weissman et al., 1994; Bebbington, 1998). Il DOC, inoltre, presenta spesso livelli notevoli di comorbidità con altri disturbi dell'Asse I, quali depressione maggiore (67%), fobia semplice (22%), fobia sociale (18%), disturbi alimentari

(17%), uso o abuso di alcol (14%), attacchi di panico (12%), sindrome di Tourette (7%) (Rasmussen e Eisen, 1992).

Sebbene sia stata riscontrata una sostanziale invarianza transculturale (Fontenelle, Mendlowicz, Marques e Versiani, 2004; Sica, Taylor, Arrindell e Sanavio, 2006), il DOC si presenta come un disturbo clinicamente eterogeneo. McKay et al. (2004) hanno proposto ben 9 dimensioni di DOC, ma più frequentemente vengono classificati 5 sottotipi (Mataix-Cols et al., 1999; Summerfeldt, Richter, Antony e Swinson, 1999), ovvero: (1) ossessioni somatiche o aggressive e compulsioni di controllo (*Checking*); (2) preoccupazioni di simmetria e rituali di ordini o conteggio mentale (*Ordering*); (3) paura di contaminazione o malattia e compulsioni di lavaggio (*Washing*); (4) ossessioni religiose o sessuali; (5) *Hoarding* con collezionismo compulsivo. Le ossessioni più frequenti sono quelle di contaminazioni (45%) e di dubbio patologico (42%), mentre il *Checking* (63%) e il *Washing* (50%) sono risultate essere le tipologie di compulsioni più comuni (Rasmussen e Eisen, 1992; 1994; Sasson et al., 1997).

Dal punto di vista squisitamente clinico, il DOC rappresenta uno dei disturbi più debilitanti, a causa dell'intensità dei sintomi, del decorso tendenzialmente non positivo e del deterioramento a livello del funzionamento interpersonale e occupazionale che provoca (Rasmussen e Tsuang, 1986; Koran, Thienemann e Davenport, 1996; Antony, Downie e Swinson, 1998; Skoog e Skoog, 1999). L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha inserito il DOC tra le dieci cause principali di disabilità legate a una condizione di malattia (Murray e Lopez, 1996).

L'Obsessive-Compulsive Inventory (OCI)

La prima versione dell'*Obsessive-Compulsive Inventory* (OCI; Foa, Kozak, Salkovskis, Coles e Amir, 1998) nasce tenendo conto della notevole eterogeneità della fenomenologia ossessiva e compulsiva e si propone di offrire una valutazione quantitativa delle varie dimensioni presenti nel disturbo.

L'OCI è un questionario self-report composto da 42 item, afferenti a sette diverse subscale, ovvero: (1) *Washing* (8 item), (2) *Checking* (9 item), (3) *Doubting* (3 item), (4) *Ordering* (5 item), (5) *Obsessing* (8 item), (6) *Hoarding* (3 item), (7) *Mental neutralizing* (6 item). Ciascun item viene valutato due volte su scala Likert a cinque punti (0 = per nulla, 4 = moltissimo) per misurare sia il disagio provato (*distress*), sia la frequenza del fenomeno descritto nell'item. Si ottengono pertanto 8 punteggi per quanto riguarda il disagio (7 punteggi per le subscale e 1 punteggio totale) e 8 punteggi per la frequenza (7 punteggi per le subscale e 1 punteggio totale).

L'OCI è stato studiato su quattro diversi gruppi, ovvero soggetti con diagnosi di DOC, soggetti con fobia sociale, soggetti con disturbo da stress post-traumatico, e soggetti non clinici. Lo strumento ha presentato generalmente un buon livello di consistenza interna in tutte le scale e in tutti i gruppi. La stabilità temporale a una e due settimane è risultata molto alta, soprattutto nel campione di soggetti DOC ($0,68 < r_{tt} < 0,97$), leggermente meno nel campione non clinico ($0,68 < r_{tt} < 0,90$). Tutte le subscale, a eccezione della scala Hoarding, si sono distinte, inoltre, per un'ottima capacità discriminativa. La validità convergente è stata confermata tramite l'utilizzo dell'OCI assieme ad altri strumenti di misura del DOC, ovvero la Y-BOCS, il *Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory* (MOCI; Hodgson e Rachman, 1977) e la *Compulsive Activity Checklist* (CAC; Marks, Hallam, Connolly e Philpott, 1977). Vanno, tuttavia, sottolineate le basse correlazioni ($0,14 < r < 0,25$) tra il punteggio totale di distress all'OCI e i punteggi della Y-BOCS. Infine, per quanto riguarda la validità divergente, l'OCI presenta minori correlazioni con misure di ansia e depressione rispetto a strumenti precedenti.

L'Obsessive Compulsive Inventory – Revised (OCI-R)

Sebbene l'OCI godesse di alcune caratteristiche di indubbio interesse, erano presenti, tuttavia, anche alcuni limiti. Tra i principali possiamo citare la sovrapposizione tra il punteggio totale di distress e quello di frequenza, la mancanza di dati sulla struttura fattoriale e la relativa lunghezza. Per sopperire a queste lacune e aumentare la praticità dello strumento, eliminando ad esempio la doppia valutazione di ciascun item, Foa et al. (2002) hanno messo a punto una versione riveduta e abbreviata dello strumento, ovvero l'*Obsessive-Compulsive Inventory – Revised* (OCI-R).

Tramite la valutazione della capacità discriminante dei due sistemi di valutazione (distress vs. frequenza) si è deciso di preferire l'adozione della sola valutazione del distress. Una Analisi delle Componenti Principali con rotazione Promax ha indicato una struttura a 6 fattori dello strumento. Conservando i 3 item con saturazione maggiore in ciascun fattore si è così arrivati a un questionario di 18 item complessivi. I sei fattori individuati sono stati: (1) Washing, (2) Obsessing, (3) Hoarding, (4) Ordering, (5) Checking, (6) Mental neutralizing. Tale struttura esafattoriale a 18 item spiega l'80,8% della varianza nei campioni clinici.

La validazione dell'OCI-R è stata effettuata, così come per l'OCI, su quattro gruppi, ovvero soggetti con DOC, soggetti con fobia sociale, soggetti con PTSD e soggetti senza disturbi della sfera ansiosa. Lo strumento ha riportato una buona consistenza interna ($0,72 < \alpha$ di Cronbach $< 0,93$), a eccezione di due subscale nei

soggetti non patologici (Mental neutralizing = 0,34 e Checking = 0,65). Le correlazioni tra le 6 subscale sono risultate di moderate intensità ($0,31 < r_s < 0,57$), dato che indica una relazione non ridondante tra le dimensioni, mentre le correlazioni tra le varie subscale e il punteggio totale ($0,63 < r_s < 0,80$) supportano il riferimento teorico secondo il quale tutte le 6 dimensioni apparrebbero all'universo fenomenologico del DOC. L'attendibilità è stata valutata per un intervallo temporale di una/due settimane, ottenendo valori eccellenti per i soggetti DOC ($0,74 < r_s < 0,91$) e buoni/eccellenti per i gruppi non DOC ($0,57 < r_s < 0,87$). Per la valutazione della validità convergente si è ottenuta una elevatissima corrispondenza con l'OCI a 42 item ($0,90 < r_s < 0,98$, a eccezione della scala di Mental neutralizing: $r_s = 0,74$) e una buona con altri strumenti di misura del DOC, quali la Y-BOCS ($0,49 < r_s < 0,54$), la GOCS ($r_s = 0,66$) e il MOCI ($r_s = 0,85$). Non ottimale, invece, la validità divergente, misurata tramite le correlazioni con il BDI ($r_s = 0,70$) e la HRSD ($r_s = 0,58$). L'analisi delle curve ROC ha indicato l'effettiva capacità dell'OCI-R di discriminare tra soggetti con DOC e soggetti non clinici. Oltre al punteggio totale, in particolare la scala Obsessing ha dimostrato la migliore capacità discriminativa.

La versione italiana dell'OCI-R

L'adattamento dell'OCI-R in lingua italiana, avvenuto nel 2008-2009, si è reso necessario per completare e integrare gli strumenti esistenti in Italia per la misura delle ossessioni e compulsioni (per una rassegna critica si veda Marchetti, Chiri, Ghisi e Sica, 2010). Per i dettagli sulla procedura di validazione si rimanda al lavoro di Sica e colleghi del 2009.

Un'Analisi Fattoriale Confermativa (AFC) su un campione di 340 individui appartenenti alla popolazione generale ha confermato la struttura esafattoriale del test. Il campione di standardizzazione (51% maschi) è rappresentato da soggetti di età compresa tra i 16 e i 60 anni (età media = 33,3, DS = 13) e con un livello di istruzione medio pari a 15,4 anni (DS = 3 anni, range = 8-21anni).

Il questionario è stato, inoltre, somministrato a una piccola popolazione di soggetti clinici selezionati tramite la *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (First, Spitzer, Gibbon e Williams, 1996). Tale gruppo è formato da 52 individui diagnosticati con DOC, 36 con vari disturbi di ansia e 47 soggetti di controllo tratti dal gruppo di 340 soggetti appartenenti alla popolazione generale.

La consistenza interna delle 6 dimensioni e del punteggio totale è stata valutata nella popolazione non clinica e in quella clinica tramite l' α di Cronbach, ottenendo valori superiori a 0,70 ($0,76 < \alpha < 0,94$), a eccezione della scala di Washing ($\alpha = 0,60$) e di Mental neutralizing ($\alpha = 0,61$) nella popolazione

non clinica. Lo strumento ha dimostrato inoltre un'ottima stabilità temporale ($0,76 < r_s < 0,99$; intervallo di un mese). I punteggi dell'OCI-R non sono risultati essere correlati con l'età e il genere, mentre una lieve correlazione inversa è stata riscontrata con il livello di istruzione ($r_{\text{medio}} = -0,12$). Sono emerse basse correlazioni tra le diverse subscale dell'OCI-R sia nella popolazione non clinica ($r_{\text{medio}} = 0,31$; $R^2 = 0,10$) che in quella clinica ($r_{\text{medio}} = 0,28$; $R^2 = 0,08$), e correlazioni moderatamente alte tra le 6 subscale e il punteggio totale (soggetti non clinici: $r_{\text{medio}} = 0,65$; $R^2 = 0,42$; soggetti clinici: $r_{\text{medio}} = 0,64$; $R^2 = 0,41$).

La validità convergente e divergente del questionario è stata valutata sul campione di persone normali calcolando le correlazioni con alcuni strumenti di misura di fenomeni ossessivi (*Padua Inventory*), ansia (*Beck Anxiety Inventory*, *Penn State Worry Questionnaire*) e depressione (*Beck Depression Inventory-II*), ottenendo risultati soddisfacenti. Infine, l'OCI-R si è dimostrato capace di discriminare tra i soggetti con DOC e i soggetti non DOC per tutte le scale, a eccezione della scala di Hoarding; tuttavia, l'OCI-R ha discriminato tra soggetti DOC con sintomi di Hoarding e soggetti DOC senza questi sintomi. Infine, l'analisi delle curve ROC ha dimostrato una eccellente capacità discriminativa dello strumento.

Scoring e interpretazione del punteggio

L'OCI-R si deve intendere come uno strumento di approfondimento della sintomatologia ossessivo-compulsiva qualora altre procedure — ad esempio colloquio, osservazione, questionari ad ampio spettro come la Batteria CBA 2.0 e l'MMPI-2 — abbiano indicato la possibile presenza di questi fenomeni. Come tutti gli strumenti self-report rappresenta solo uno dei tanti ausili che l'operatore può utilizzare durante il processo di assessment. È necessario ricordare che non si formulano mai diagnosi basandosi solo su questionari; per un approfondimento non tecnico della teoria e tecnica dei test e del loro corretto utilizzo all'interno del processo diagnostico, si rimanda a Sanavio e Sica (1999).

Per quanto riguarda l'utilizzo dell'OCI-R si consiglia di considerare prima il punteggio complessivo e poi le singole dimensioni dell'OCI-R. Queste ultime aiuteranno a individuare quali sintomi ossessivo-compulsivi siano più rilevanti nel paziente in esame, anche nel caso in cui il punteggio totale risultasse nella norma.

Per quanto riguarda l'interpretazione dei punteggi, il criterio che noi consigliamo consiste nel ricorrere alla valutazione dei percentili. Come è noto, questa procedura consiste nell'identificare la percentuale degli individui del campione normativo che ottiene quel dato punteggio.

Obsessive Beliefs Questionnaire

Caterina Novara^a e Stella Dorz^{a,b}

^a Dipartimento di Psicologia Generale, Università degli Studi di Padova

^b Casa di Cura Parco dei Tigli, Teolo, Padova

Introduzione: l'approccio cognitivo

Il modello cognitivo del disturbo ossessivo-compulsivo trae origine dalle concettualizzazioni teoriche formulate da A.T. Beck (1976). In sintesi, esse postulano l'esistenza di strutture cognitive, definite schemi, alla base di ogni disturbo clinico, specificando l'esistenza di differenti tipi di schemi disfunzionali alla base dei differenti tipi di psicopatologia. Lo schema è definito come una struttura di pensiero appresa nel corso della vita che, dirigendo l'attenzione, agirebbe da «filtro» cognitivo e guiderebbe l'interpretazione degli eventi. Gli schemi hanno quindi un contenuto che può avere più o meno caratteristiche adattive e funzionali. Qualora esso risulti estremamente rigido o iperfunzionante darebbe origine a fenomeni di distorsione cognitiva, ovvero a una tendenza sistematica a elaborare le informazioni presenti, passate e future secondo alcuni criteri/contenuti, producendo di conseguenza disturbi emotivi e/o comportamentali. Tali schemi si rilevarebbero in alcune credenze e/o in pensieri automatici. Ecco quindi delineati i tre livelli di pensiero su cui poi risulta focalizzata anche la terapia cognitiva: (1) i pensieri automatici, (2) le credenze (o *beliefs*), (3) gli schemi cognitivi sottostanti.

All'interno di questo quadro teorico un gruppo di studiosi, ricercatori ed esperti del disturbo ossessivo-compulsivo cominciò a discutere e a interrogarsi relativamente a: (1) quali fossero i domini cognitivi centrali nel disturbo ossessivo-compulsivo, (2) come questi domini potessero essere affidabilmente misurati. Il gruppo di ricerca assunse il nome di OCCWG (Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group) e lo strumento che essi nel tempo svilupparono prese il nome di *Obsessive Beliefs Questionnaire* (OBQ).

Essi definirono inizialmente i tipi di beliefs oggetto di studio, distinguendoli da altri fenomeni cognitivi, pervenendo all'identificazione e descrizione di tre differenti livelli di cognizione: le intrusioni (*intrusion*), cioè pensieri, immagini, idee involontari che irrompono nella coscienza della persona e sono caratteristica comune alla maggior parte degli individui (ad esempio, il dubbio: «oddio, forse

non ho spento il gas?»). Alcune persone riportano la presenza di queste intrusioni in maniera intensa, frequente e dolorosa, oggetto di valutazioni negative e caratterizzate dal tentativo di neutralizzazione o prevenzione di conseguenze negative. Intrusioni di questo tipo vengono definite ossessioni, e sono considerate caratteristica distintiva del disturbo ossessivo-compulsivo. A un secondo livello cognitivo, il gruppo pose le valutazioni, o *appraisal* che identificano il significato dato a specifici eventi quali, ad esempio, la presenza di un'intrusione. Questo genere di attribuzione può assumere la forma di un'aspettativa, un'interpretazione o altri tipi di giudizi sull'evento in funzione di una o più dimensioni: (a) l'importanza attribuita o la responsabilità percepita relativamente al pensiero («avere questo pensiero significa che esso potrebbe essere vero»); (b) la probabilità, l'importanza o la responsabilità percepita relativamente a un evento («la casa potrebbe prendere fuoco e io sarei colpevole»); (c) l'obbligo di agire secondo determinate regole in modo da prevenire eventuali conseguenze negative («io devo controllare molte volte il gas per essere sicuro che sia spento»). Le valutazioni possono essere e sono misurate in molti modi: inventari sui pensieri, giudizi circa la probabilità che un evento accada, o ratings sulla responsabilità percepita. Infine, il gruppo identificò e descrisse un terzo e ultimo livello di cognizione: le assunzioni (o beliefs). Relativamente durevoli, le assunzioni intervengono più a livello trans-situazionale che non in specifiche situazioni. In relazione al disturbo è possibile distinguere tra tipiche assunzioni, altamente rilevanti per il fenomeno OC e altamente caratteristiche del disturbo ossessivo-compulsivo (es. «pensare a qualcosa di brutto e non fare nulla per evitare o prevenire che ciò accada è altrettanto disdicevole che causarlo direttamente»), e assunzioni generali circa il proprio valore o la propria identità, che possono essere rilevanti (ma non specifiche) del disturbo ossessivo-compulsivo, caratteristiche anche di altri disturbi, come ad esempio i disturbi d'ansia (es. «sono responsabile e devo prevenire quello che di negativo può succedere»). In accordo col modello teorico, quindi, differenti livelli di assunzione (beliefs) si ipotizza interagiscano tra loro e influenzino il contenuto e il processo inerente le valutazioni (*appraisal*). Quindi le valutazioni derivano, almeno in parte, dalla presenza e azione di uno o più beliefs (OCCWG, 1997).

Domini cognitivi del DOC

Il compito successivo era allora quello di individuare i domini (beliefs) cognitivi specifici e centrali del disturbo ossessivo-compulsivo. Ogni membro del gruppo fu invitato a rivedere l'ampia letteratura allo scopo di individuare i domini centrali riportati. Dopo averne classificati una ventina, a ogni com-

ponente fu chiesto di dare due diverse valutazioni: nella prima, assegnando un punteggio in base alla propria esperienza clinica, ognuno valutava la frequenza con cui quel determinato beliefs ricorreva nella popolazione clinica ma non negli altri disturbi psichiatrici. La seconda concerneva un giudizio sull'importanza e sulla centralità di quello specifico dominio come fattore teorico nell'eziologia del disturbo ossessivo-compulsivo. Cinque beliefs furono inizialmente identificati come rilevanti e di centrale importanza nel disturbo ossessivo-compulsivo: (1) responsabilità esagerata, (2) fusione pensiero-azione e altri beliefs relativi all'eccessiva importanza attribuita ai pensieri, (3) l'eccessiva importanza attribuita alla necessità di controllare i propri pensieri; (4) la sovrastima della probabilità e della gravità di eventi negativi; (5) l'intolleranza per l'incertezza. Un sesto dominio, il perfezionismo, fu successivamente aggiunto, e venne considerato importante, ma a tutti gli effetti non necessariamente esclusivo del disturbo ossessivo-compulsivo.

Responsabilità esagerata

Questo dominio è forse tra quelli che ha ottenuto maggiore attenzione e maggiore consenso tra gli studiosi. Salkovskis (1985; 1989) lo pose, ancora prima della costituzione dell'OCCWG come fondamentale e prioritario nell'eziologia del DOC. La peculiarità del modello proposto risiede nella centralità e importanza attribuita in questo processo alle convinzioni relative alla responsabilità e alla non-azione, caratterizzate dall'equivalenza «qualsiasi influenza su un determinato esito = responsabilità per tale esito». Egli inoltre rileva che i pazienti ossessivi, a differenza dei soggetti non clinici, si giudicano responsabili di quanto fanno ma anche di ciò che non hanno fatto (definito bias di omissione). È ovvio che se si è convinti che sia agendo sia non intervenendo si ha sempre la responsabilità dell'esito, ciò incrementerà potenzialmente le preoccupazioni per le omissioni, inducendo i soggetti a maggiori comportamenti preventivi (Salkovskis e Forrester, 2004).

Senza dubbio un esagerato senso di responsabilità ha notevoli caratteristiche esplicative del disturbo OC. Rhéaume, Ladouceur, Freeston e Letarte (1995) hanno dato una definizione operativa interessante del senso di responsabilità del paziente OC, e cioè «la convinzione per cui la persona possiede il potere fondamentale di provocare o evitare esiti negativi di rilevanza soggettivamente cruciale». In alcune ricerche sperimentali, gli stessi autori hanno rilevato che in soggetti normali il concetto di responsabilità si associa significativamente alla dimensione di potere e influenza personale, indicando che pazienti ossessivi potrebbero presentare un'esaltazione di una tendenza normalmente presente nei soggetti non clinici. Shafran (1997), in uno studio con popolazione clinica, dimostrò un aumento di cerimoniali e rituali compulsivi prodotto dall'incremento del senso

di responsabilità indotto sperimentalmente, e Arntz, Voncken e Goosen (2007), confrontando soggetti OC, pazienti con disturbi d'ansia non OC e soggetti non clinici dimostra che, in condizioni di alta responsabilità, i pazienti OC esperiscono più alti livelli di distress e comportamenti di tipo checking rispetto agli altri gruppi. Salkovskis (1995), comparando campioni OC, non OC e di controllo conferma la specificità di assunzioni inerenti la responsabilità tipiche del fenomeno ossessivo riportando punteggi significativamente superiori in questionari che misuravano il senso di responsabilità.

Importanza dei pensieri

Il dominio definito Importanza dei pensieri riflette la convinzione e attribuzione di un'eccessiva importanza ai pensieri negativi intrusivi (OCCWG, 1997). Più nello specifico, questo dominio si riferisce a credenze e specifiche interpretazioni esplicabili nei seguenti modi: (1) la presenza di un pensiero negativo intrusivo è indicativo di qualcosa di importante circa se stessi (che una persona è orribile, anormale, ripugnante); (2) avere pensieri negativi aumenta il rischio che qualcosa di brutto realmente avvenga (es. «se ho un pensiero è più probabile che esso si realizzi»; «se ho degli impulsi, significa che primo o poi li metterò in atto»); (3) il fatto stesso di avere un pensiero indica di per sé che esso è importante.

Si evidenzia, inoltre, un tipo di pensiero definito Fusione pensiero-azione (TAF = *thought-action fusion*) in cui i due poli si sovrappongono e confondono (Thordarson e Shafran, 2004), ampiamente studiato e discusso a partire dagli anni Novanta. In esso sembrano agire due componenti (Rachman, 1993; Shafran Thordarson e Rachman, 1996): la prima è focalizzata sull'interpretazione dei pensieri intrusivi come aventi una diretta influenza, cioè in grado di aumentare la probabilità di pericolo o evento negativo. In altre parole, ciò identifica la convinzione secondo cui pensare a qualcosa di brutto o inaccettabile rende più probabile che questo accada. Questa componente è stata definita «TAF-probabilità». La seconda componente, definita «TAF-morale» si riferisce all'equivalenza pensiero = azione che interviene nell'interpretazione del pensiero. In altre parole, per un soggetto OC pensare a qualcosa di inaccettabile o immorale equivale, a tutti gli effetti, al metterlo in pratica.

La rilevanza del meccanismo TAF entro il fenomeno ossessivo è stata dimostrata anche sperimentalmente. In un interessante studio condotto su popolazione non clinica, Rassin, Merckelbach, Muris e Span (1999) hanno manipolato la TAF in due gruppi di soggetti. Ai partecipanti veniva detto che la misurazione EEG a cui sarebbero stati sottoposti avrebbe accuratamente rilevato la presenza di certi

pensieri o parole. Nella condizione alta-TAF il gruppo veniva istruito riguardo alla punizione (scarica elettrica) che sarebbe occorsa qualora essi avessero pensato a una certa parola (es. mela), e alla possibilità di evitare la punizione al soggetto X premendo una leva non appena avessero «sentito» il pensiero/parola. I due gruppi vennero confrontati. La manipolazione della TAF produceva nei soggetti maggiori livelli di distress, rabbia e numero di intrusioni maggiori, oltre che resistenza verso pensieri originariamente neutri. Gli autori conclusero che la percezione di conseguenze negative trasformava pensieri «normali» in intrusioni ossessive.

Mentre il concetto di TAF-probabilità è stato ampiamente dimostrato e collegato al concetto di ideazione magica in pazienti OC, la rilevanza del TAF morale risulta meno evidente. Alcuni studi sembrano rilevarla (Einstein e Menzies, 2004; Coles, Mennin e Heimberg, 2001), mentre altri (Amir, Freshman, Ramsey, Neary e Bridigi, 2001) non la considerano significativa del disturbo OC. Diverse ricerche hanno associato il TAF-morale con la religione, suggerendo che proprio questa possa essere implicata nello sviluppo di tale meccanismo cognitivo. Le somiglianze risultano essere molte: l'idea che è possibile peccare anche col pensiero, desiderare la donna d'altri è altrettanto immorale e peccaminoso che abusarne materialmente; non peccherai in pensieri, né in parole, opere, omissioni, ecc. sono solo alcuni esempi di dettami religiosi assimilabili al TAF. Alcuni interessanti studi esaminano questo legame. Sica, Novara e Sanavio (2002) trovarono che la sintomatologia ossessiva correlava significativamente col grado di religiosità riportata in un campione di soggetti tratti dalla popolazione generale di religione cattolica. Rassin e Koster (2003), in uno studio su popolazione non clinica, supportarono l'idea che la religione abbraccia e comprende diverse cognizioni che sono considerate tipiche del disturbo OC. Inoltre, confrontando Protestanti e Cattolici, gli autori rilevarono una differente associazione col fenomeno TAF. Mentre il cattolicesimo correlava sia con moralità che con probabilità, il protestantesimo correlava positivamente con il bias moralità, ma negativamente con il TAF-probabilità.

Controllo dei pensieri

Questo dominio riflette l'importanza di esercitare un controllo completo sui propri pensieri intrusivi, immagini e impulsi e la credenza che questo sia non solo possibile ma anche perseguibile. Altri quattro sottodomini sono stati identificati: 1) l'importanza di vigilare gli eventi mentali; 2) la credenza che ci siano conseguenze morali se non si controllano i propri pensieri; 3) la credenza che ci siano conseguenze psicologiche quando si fallisce nel controllo dei pensieri; 4) la credenza che i propri sforzi nel controllo dei pensieri dovrebbero avere successo.

In realtà è noto che la capacità di prevenire l'irruzione nella coscienza di pensieri involontari, così come quella di scacciare pensieri sgradevoli è piuttosto lontana dall'essere perfettamente funzionante anche in soggetti non clinici; inoltre, il tentativo di allontanare pensieri non voluti può avere conseguenze negative anche sullo stato emotivo del soggetto. Wegner (1994) ha dimostrato che la deliberata soppressione di pensieri involontari in soggetti non clinici produceva grave distress e si risolveva in un ritorno allo stato premorbo nel giro di pochi minuti.

Analizzando la letteratura, si ritrova una significativa mole di ricerca sul ruolo specifico e sul tipo di strategie di «controllo del pensiero» nello sviluppo e mantenimento del DOC, ma molti meno studi sulla valutazione o interpretazione circa la necessità di controllare i pensieri. Wells e Davies (1994) identificarono cinque differenti strategie di controllo del pensiero che caratterizzavano i soggetti con disturbi d'ansia, incluso quindi il DOC. Le strategie erano: (1) distrazione (pensare positivamente, richiamare alla mente immagini positive), (2) controllo sociale (rassicurarsi, valutare la normalità del pensiero), (3) preoccupazione (focalizzare l'attenzione su altri pensieri negativi, o preoccupazioni diverse), (4) punizione (autosvalutarsi, arrabbiarsi con se stessi per la presenza del pensiero), (5) rivalutazione (cercare di reinterpretare il pensiero, analizzarlo razionalmente). Secondo gli autori, la scelta della strategia utilizzata dipendeva in larga misura da fattori situazionali e valutazioni evocate dal pensiero nella specifica situazione. Amir, Cashman e Foa (1997) trovarono che le strategie maggiormente usate dai pazienti OC rispetto a soggetti di controllo non clinici fossero preoccupazione, punizione e rivalutazione. Inoltre, l'uso delle strategie punizione e preoccupazione prediceva significativamente la sintomatologia OC.

Sovrastima del pericolo

Tale dominio è stato definito come l'esagerazione della probabilità e della gravità di un possibile evento dannoso.

Processi cognitivi relativi alla minaccia o al pericolo sono stati considerati centrali nei disturbi d'ansia fin dalle prime concettualizzazioni (Beck, Emery e Greenberg, 1985). Ovviamente eventi esterni, ma anche stimoli interni (eventi interni che possono essere percepiti come pericolosi o minacciosi includono pensieri, immagini, idee, sensazioni e impulsi) possono assumere un ruolo centrale nell'eziologia del disturbo. Secondo Beck et al. (1985) lo sviluppo di disturbi d'ansia è facilitato nelle situazioni in cui la «quantità» di minaccia o pericolo percepita dall'individuo risulta essere superiore all'abilità che egli ritiene di possedere per farvi fronte.