

## **Efficacia della terapia cognitiva e comportamentale nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo: una rassegna**

*(Efficacy of cognitive-behavior therapy on the treatment of obsessive-compulsive disorder: a review)*

**Claudio Sica**

Dipartimento di Psicologia Generale  
Università degli Studi di Padova, Italia

### **INTRODUZIONE E SCOPI DELLA RASSEGNA**

Non è passato molto tempo da quando il disturbo ossessivo-compulsivo era considerato intrattabile e la chirurgia era l'unico rimedio per i casi più gravi. Verso la metà degli anni '60 Victor Meyer introdusse in maniera sistematica la tecnica dell'esposizione e della prevenzione della risposta, che si rivelò ben presto il rimedio più efficace per trattare questo tipo di patologia (Levy & Meyer, 1971; Meyer, Levy & Schnurer, 1974; Mills, Agras, Barlow & Mills, 1973; Rachman, Hodgson & Marks 1971). Da allora l'efficacia della terapia comportamentale e/o cognitiva per il trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo è stata oggetto di alcune rassegne. Foa e Steketee (1979), Rachman e Hodgson (1980) e Marks (1981) stimarono che il 60-85% dei pazienti che portava a termine la terapia comportamentale otteneva significativi miglioramenti; più o meno contemporaneamente Salzman e Thaler (1981) concludevano che non vi era evidenza che la terapia comportamentale fosse un rimedio efficace per il disturbo ossessivo-compulsivo. Più recentemente uno studio metanalitico (Christensen, Hadzi-Pavlovic, Andrews & Mattick, 1987) ha cercato di fare luce sulla questione, confrontando, tra l'altro, l'efficacia della terapia comportamentale (esposizione con o senza prevenzione della risposta) con quella farmacologica (antidepressivi triciclici). Essi presero in considerazione 71 studi - dal 1961 al 1984 - che avevano utilizzato i più svariati trattamenti per il disturbo ossessivo-compulsivo. Christensen e altri conclusero che il trattamento comportamentale e quello farmacologico erano i più efficaci ma che nessuno dei due era superiore all'altro; inoltre, i risultati ottenuti alla fine della terapia comportamentale venivano mantenuti ad oltre un anno di distanza dalla fine del

trattamento. Altre rassegne hanno confermato la bontà dell'approccio comportamentale (Perce, 1988; Abel, 1993), mettendo in rilievo tre aspetti: a) almeno il 70% dei pazienti che porta a termine il trattamento (con punte del 90%) beneficia significativamente della terapia; b) la psicoterapia comportamentale è il trattamento di prima scelta nel caso di disturbo ossessivo-compulsivo; c) i farmaci vanno usati in circostanze particolari, come la presenza di una severa depressione, di ossessioni senza compulsioni, di forte credenza verso la realtà dei propri pensieri (overvalued ideation). Alcuni studi hanno anche tentato di chiarire il problema delle ricadute e/o del mantenimento dei risultati raggiunti. O'Sullivan e Marks (1991), riassumendo gli esiti di nove studi con follow-up, conclusero che i risultati ottenuti alla fine del trattamento erano mantenuti fino a 8 anni di distanza, e che i pazienti riportavano netti miglioramenti nella loro vita sociale e lavorativa. Infine Abel (1993) ha confermato le conclusioni di O'Sullivan e Marks (1991) relative alla stabilità degli esiti della psicoterapia.

Con la presente rassegna ci proponiamo di chiarire ulteriormente il quadro emerso, soffermandoci sulle percentuali dei pazienti che beneficiano a breve e lungo termine della psicoterapia. Infatti, un modo chiaro per valutare l'efficacia della psicoterapia attraverso una rassegna di ricerche è quello di riportare la percentuale media dei pazienti con un disturbo specifico che traggono beneficio da una certa forma di trattamento (cfr. per es. Jacobson, Follette & Revenstorf, 1984). Ormai molti studi sull'esito di un certo trattamento riportano le percentuali dei pazienti che hanno mostrato un miglioramento significativo; per quantificare questo miglioramento vengono stabiliti dei criteri quali una drastica diminuzione dei punteggi a questionari e rating-scales, l'assenza dei sintomi che avevano consentito la diagnosi del disturbo prima del trattamento, un significativo cambiamento del paziente così come giudicato da un clinico. Inoltre per rendere più affidabili e corrette queste valutazioni sono stati dati alcuni suggerimenti che consentono di prendere una decisione riguardo alla significatività del cambiamento (Jacobson, Follette, Revenstorf, 1984; Christensen & Mendoza, 1986; Hageman & Arrindell, 1993). Presentare i risultati degli studi sull'efficacia della psicoterapia in termini di percentuali di pazienti clinicamente migliorati è uno dei metodi (assieme alle tecniche di meta-analisi) che permette di superare il problema dei risultati in contraddizione tra loro. Immaginiamo che su dodici studi che confrontano l'efficacia di una psicoterapia rispetto ad un trattamento alternativo o ad una lista di attesa, otto riportino un risultato statisticamente significativo in favore della psicoterapia e quattro no: come fare a decidere se la terapia funziona o è migliore rispetto ad un altro trattamento? Valutando questi studi secondo il criterio dell'efficacia clinica, si potrebbe riportare una media ponderata della percentuale dei pazienti che migliorano in ogni studio, fornendo così un dato riassuntivo che permette di valutare quel tipo di trattamento. Secondo noi, la percentuale di pazienti che migliorano sostanzialmente dopo un trattamento è un dato facilmente comprensibile da tutti e

immediatamente paragonabile ad altri. Infine il metodo di presentare i risultati dei vari studi empirici sulla psicoterapia secondo il criterio proposto consente di fornire dei dati relativamente ad una singola forma di terapia. Tale procedura implica una serie di vantaggi rispetto a quella che confronta direttamente varie forme di psicoterapia: a) il ricercatore ha la possibilità di approfondire le varie variabili che entrano in gioco in una particolare forma di trattamento (per es. la differenza tra lo stesso tipo di trattamento somministrato individualmente o in gruppo, da terapeuti con diversa esperienza, ecc.); b) a seguito di ciò, il ricercatore può analizzare più finemente quegli studi che si riferiscono all'utilizzo delle stesse tecniche e principi teorici; c) è possibile indagare i fattori prognostici relativi all'esito di quel tipo di terapia (Sica, 1995; in corso di stampa).

In questo articolo ci occuperemo di riassumere i dati degli ultimi quindici anni presenti nella letteratura di lingua inglese riguardo al trattamento comportamentale e/o cognitivo del disturbo ossessivo-compulsivo. Reputiamo importante valutare l'efficacia di un certo trattamento separatamente per tipi diversi di disturbi psicologici poiché riteniamo che l'esistenza di una categorizzazione dei disturbi psicologici o psichiatrici (seppure piuttosto rozza e lontana dalla filosofia operativa della terapia cognitiva e comportamentale) debba trovare una sua ragione di essere anche nella diversità di trattamento che questi disturbi richiedono.

## PROCEDURA

Si sono reperiti gli articoli attraverso ricerca automatizzata nelle banche dati *Psyco-Lit* e *Med-Line*; ulteriori integrazioni sono state fatte attraverso la consultazione diretta di giornali e riviste presso biblioteche, tenendo conto delle citazioni bibliografiche riportate nei diversi articoli. I criteri di scelta degli articoli sono stati i seguenti: stesura in lingua inglese, reperibilità sul territorio italiano, articoli originali e non rassegne, studi controllati.

Si è deciso di scegliere gli articoli in lingua inglese perché la quasi totalità della letteratura sull'argomento è rintracciabile in riviste scritte in questa lingua; inoltre le riviste estere pubblicano generalmente articoli di buon spessore qualitativo. La preferenza per gli articoli originali è giustificata dalla necessità di avere dei dati di prima mano e il più possibile disaggregati in modo tale da poter raccogliere la massima quantità di informazioni. Si sono così trovati 29 studi in lingua inglese, dal 1975 alla fine del 1993 concernenti il trattamento comportamentale del disturbo ossessivo-compulsivo. A seguito di una attenta lettura abbiamo deciso di dividere gli articoli in due gruppi (utilizzando, cioè, un criterio a posteriori): terapia comportamentale con il supporto di farmaci e terapia senza supporti farmacologici. Per ciascuno dei due gruppi vengono riportate in Tabella 1 e Tabella 2.

numerosità dei soggetti, l'età media e percentuale media di maschi del campione di soggetti inizialmente reclutato, i criteri di reclutamento dei soggetti, la durata dei sintomi, il disegno di trattamento, la durata totale del trattamento, il tasso di attrition, il tasso di drop-out, l'esito a breve termine e l'esito a lungo termine. Abbiamo deciso di indicare col termine "attrition" (termine ampiamente utilizzato nella letteratura anglosassone) la categoria dei soggetti che pur essendo stati giudicati adatti per il trattamento, rifiutano di intraprendere il trattamento stesso. Col termine "drop-out", invece, indichiamo quella categoria di soggetti che abbandona il trattamento -in qualsiasi momento- contrariamente al parere del terapeuta. Occorre ricordare che l'abbandono del trattamento non deve essere necessariamente considerato un fattore negativo poiché alcuni clienti potrebbero decidere di interrompere il trattamento a seguito di rapidi miglioramenti sopravvenuti (ovviamente questi soggetti potrebbero essere più a rischio per eventuali ricadute; per una discussione sulla definizione di attrition e drop-out si veda anche Sica, in corso di stampa). Il successo a breve termine e a lungo termine (riferito ad un periodo che va dai due mesi ai due anni di distanza dalla fine della terapia) viene espresso in termini di percentuale delle persone che hanno raggiunto i criteri di miglioramento stabiliti dal ricercatore. Tali percentuali sono state ottenute tramite una media ponderata che esprime il rapporto tra individui migliorati e la numerosità totale dei soggetti che hanno concluso la terapia. Tale percentuale media è stata ricavata tramite la formula  $\frac{n_1 + n_2 + \dots + n_i}{N_1 + N_2 + \dots + N_i}$ , dove  $n_1, \dots, n_i$  rappresenta il numero dei soggetti migliorati clinicamente in ogni studio e  $N_1, \dots, N_i$  rappresenta il numero totale dei soggetti di ciascun studio che ha concluso la terapia. I dati relativi all'esito a lungo termine devono essere considerati con cautela per due ragioni fondamentali: da una parte tali dati potrebbero essere sottostimati poiché, per quantificare la percentuale dei soggetti che mantengono i miglioramenti rispetto al gruppo di persone che ha concluso la terapia, è stato necessario considerare come soggetti «non migliorati» anche quelli che per qualsiasi motivo non hanno effettuato le valutazioni di follow-up; d'altro canto, la categoria dell'esito a lungo termine include anche quei soggetti che dopo la terapia hanno intrapreso altri trattamenti (altre psicoterapie o terapie farmacologiche) o che hanno richiesto delle sedute supplementari al terapeuta originale. Quest'ultima scelta si è resa necessaria poiché, per la nota difficoltà delle valutazioni di follow-up, la maggior parte dei ricercatori non distingue i soggetti che hanno avviato altri trattamenti dopo la fine della terapia da coloro che non hanno cercato altri aiuti psicologici. Nonostante questi problemi abbiamo deciso di includere i dati relativi all'esito a lungo termine poiché il mantenimento e la generalizzabilità delle abilità apprese durante le sedute terapeutiche è uno dei criteri che distinguono un valido intervento da un intervento mediocre; inoltre, alcune persone possono beneficiare pienamente dell'intervento solo ad una certa distanza dalla conclusione della terapia.

AUTORE	N	CRITERI DI INCLUSIONE	DURATA DEI SINTOMI	TRATTAMENTO	DURATA ATTR.	DROP OUT	ESITO BREVE TERMINE	ESITO LUNGO TERMINE
<p><b>Tabella 1.</b> Dati principali relativi alle ricerche sulla terapia comportamentale con farmaci. Si riportano l'autore della ricerca, l'età media la percentuale di maschi e la numerosità dei soggetti reclutati, criteri diagnostici utilizzati, il tipo di trattamento, le percentuali di la durata del trattamento, attrition, drop-out, successi a breve e lungo termine.</p>								
		ETA' media						
		% MEDIA MASCHI						
Rachman <i>et al.</i> 1979	66 35 a. 27,5%	1 anno di sintomi, no psicosi, no psicot. comp. precedente, età 18-59	12 a.	1) clomipramina + E 2) clomipramina + rilassamento 3) placebo + E 4) placebo + rilassamento (ospedalizzati)	36 s.	26%	16%	
Minichiello <i>et al.</i> 1987	29 41,4a. 50%	no schizofrenia		disegno incrociato per gruppi 2 e 4 1) E per gruppo con disturbo schizotipico della personalità 2) E per gruppo senza disturbo schizotipico della personalità				gruppo 1: 10% gruppo 2: 84%
Marks <i>et al.</i> 1988	119 32 a. 55%	DSM-III, 1 anno di sintomi, no psicosi, no danno organico, no psicot. comp. nei pre- cedenti 4anni, età 18-60	12 a.	1) clomipramina+ E+compiti a casa 2) clomipramina+E+compiti +aiuto del terapeuta 3) clomipramina + antiesposizione 4) placebo +esposizione +compiti + aiuto N.B. disegno incrociato per gruppo 3	27 s.	53%	12.2%	12 m.: 81%
Kasviki <i>et al.</i> 1988		vedi Marks <i>et al.</i> 1988	idem	idem	idem	idem	idem	2 a.: 54%
Foa <i>et al.</i> 1992	48 32,8 a 34%	DSM-III, 1 anno di sintomi, no psicosi, depressione maggiore, danno organico, abuso di sostanze	9 a.	1) imipramina + E per soggetti con alto livello di depressione + supporto psic. 2) placebo + E per sogg. ad alto livello di depressione + supporto psicologico. 3) imipramina + E per sogg. a medio livello di depressione + supp. psic 4) placebo + E per sogg. a medio livello di depressione + supporto psicologico (ospedalizzati o non ospedalizzati)	21 s.		21%	45% 2 a.: 29%

AUTORE	N	CRITERI DI INCLUSIONE	DURATA DEI SINTOMI	TRATTAMENTO	DURATA	ATTR. OUT	DROP OUT	ESITO BREVE TERMINE	ESITO LUNGO TERMINE
Ricciardi <i>et al.</i> 1992	20 ETA media 38,4 a. 41% % MEDIA MASCHI	DSM III-R	21,9 a.	1) E + farmaci con pazienti con vari disturbi di personalita'	16 s.	15%	0%	59%	-
Cottraux, Mollard <i>et al.</i> 1993	65 35a. 37%	DSM-III, no: disturbi organici, schizofrenia	13 a.	1) fluoxetina +antiesposizione 2) fluoxetina +E 3) placebo + E	24 s.	8,3%	27%	-	18 m. 1) 54% 2) 56% 3) 53%
Drummond, 1993	60 40 a. 53%	DSM-III-R,ICD-9	16 a.	1) E		19%	18%	67%	19 m. : 48%
Siekete 1993	43 31,7 a. 44%	DSM-III	-	*pazienti ospedalizzati 1) E 2) E +farmaci (ospedalizzati)	4 s. (gruppo1) 22 s. (gruppo2)	75%	6-14 m. : 44%		

LEGENDA E= Esposizione in vivo + Prevenzione della risposta

**Tabella 2.** Dati principali relativi alle ricerche sulla terapia comportamentale senza farmaci. Si riportano l'autore della ricerca, l'età media, la percentuale di maschi e la numerosità dei soggetti reclutati, criteri diagnostici utilizzati, il tipo di trattamento, la durata del trattamento, le percentuali di attrition, drop-out, successi a breve lungo termine.

AUTORE	N	CRITERI DI INCLUSIONE	DURATA DEI SINTOMI	TRATTAMENTO	DURATA ATTR.	DROP OUT	ESITO BREVE TERMINE	ESITO LUNGO TERMINE
	ETA' media % MEDIA MASCHI							
Marks <i>et al.</i> 1975	20 35 a. 27,5%	1 anno di sintomi, no solo ossessioni	10 a.	1) rilassamento+E graduale + modeling 2) rilassamento+E non graduale+ modeling 3) rilassamento+E non graduale 4) E non graduale+modeling (pazienti ospedalizzati)	6 s.	0%	40%	24 m. : 70%
Rabavillas <i>et al.</i> 1979	12 30 a 75%	-	9 a.	1) E a gruppo con tratti ossessivi di personalità 2) E a gruppo senza tratti ossessivi di personalità	4 s.	0%	-	-
Turner <i>et al.</i> 1981	12 31,8 a. 66%	2 ore al giorno di rituali, no abuso di sostanze,no altre patologiche	4,7a.	1) E (ospedalizzati)	-	-	100%	1 a. : 67%
Foa <i>et al.</i> 1983	50 34 a 50%	DSM-III, 1 anno di sintomi, 1 ora al giorno o più di rituali	11 a.	1) E 2) E+esposizione in immaginazione	11 sedute	-	58%	3 m. - 3 a. : 54%
Kirk 1983	36 30 a. 17%	-	-	1) E	10 sedute	11%	66%	1a. - 5 a. : 78%
Hoogduin <i>et al.</i> 1984	25 33,5 a. 40%	DSM-III	5,5 a.	1) E	60 s. (range 8-168s.)	0%	80%	3m. - 24 m. : 76%
Foa <i>et al.</i> 1985	26 34 a.	DSM-III, presenza di rituali, età 18-60, no:abuso di sostanze, psicosi, trattamenti comportamentali precedenti	12 a.	1) solo esposizione in immaginazione 2) solo esposizione in vivo senza prevenzione della risposta	4 s.	12%	10%	-
Jenike <i>et al.</i> 1986	43 41,4 a. 50%	-	-	1) E con pazienti con disturbo schizotipico di personalità 2) E con pazienti senza dist.schiz.di personalità	-	-	1) 7% 2) 90%	-

AUTORE	N ETA' media % MASCHI	CRITERI DI INCLUSIONE	DURATA DEI SINTOMI	TRATTAMENTO	DURATA	ATTR. OUT	ESITO BREVE TERMINE	ESITO LUNGO TERMINE
Espie 1986	7 28,8 a. 40%	ricadute da precedenti terapie comportamentali terapia farmacologica	4,6a.	1) E (trattamento di gruppo) *alcuni pazienti erano in concorrente	10 s.	28,5% 0%	80%	1 a. : 80%
Hoogduin et al. 1988	61 36%	DSM-III, punteggio >66 al Leyton Obsessional Inventory	-	1) E	20 s.	1,6% 78%	-	-
Kozak et al. 1988	14 34,4 a. 42%	DSM-III, no psicosi, no abuso di sostanze o alcool, 1 anno di sintomi, no depressione grave o intenzioni suicidarie, età 18-65	10,5a.	1) E	3 s.	-	-	-
van den Hout et al. 1988	65 39 a. 40%	-	10,4 a.	1) E con pazienti ospedalizzati 2) E con pazienti ambulatoriali	1) 21 s. 2) 8 s.	-	-	-
Eimmelkamp et al. 1989	16 34 a.	gravità da rendere necessario il trattamento intensivo, no psicoterapia comportamentale precedente, no psicosi	6 a.	1) E intensiva +sostegno del terapeuta 2) E intensiva autoguidata 3) E graduale +sostegno del terapeuta 4) E graduale autoguidata	1-2) 2 s. 3-4) 5 s.	12,5% 0%	50%	6 m. : 64%
Steketee 1990	26 32,2 a. 46%	DSM III-R, presenza di rituali	14,4 a.	1) E con pazienti con o senza disturbi di personalità *alcuni pazienti avevano un concorrente trattamento farmacologico	8 s.	- 0%	97%	69%
Eimmelkamp et al. 1990	61	DSM III, 1 anno di sintomi, rituali gravi da necessitare trattamento intensivo, sposati o conviventi da almeno un anno, disponibilità al trattamento di coppia, no psicot. com. precedente	-	1) E 2) E assistita dal partner	10 s.	11,5% 7,5%	-	-
Enright et al. 1991	27 32,1 a. 33%	ICD9 e DSM -III, no psicosi, no depressione grave, 2 anni di sintomi	6,6 a.	1) trattamento di gruppo con E, assertività, RET, terapia cognitiva di Beck	9 s.	0% 11%	33%	6m. : 29%

AUTORE	N	CRITERI DI INCLUSIONE	DURATA DEI SINTOMI	TRATTAMENTO	DURATA	ATTIR. OUT	ESITO BREVE TERMINE	ESITO LUNGO TERMINE
Hansen <i>et al.</i> 1992	40	-	-	1) drop-out da E di 14gg. 2) successi da E di 14 gg. (a distanza di 2 - 7a. dalla terapia)	-	-	-	-
Riggs <i>et al.</i> 1992	54 a. 36	DSM-III	-	1) E (ospedalizzati)	3 s.	-	-	-
Arts <i>et al.</i> 1993	74 39%	DSM-III, no depressione maggiore, no psicosi, no ritardo mentale, no danno cerebrale organico	10,3 a.	1) E con pazienti ossessivo-compulsivi 2) E (abituazione e prevenzione dei rituali «coverb») con pazienti ossessivi senza rituali evidenti	10 sedute	-	1) 67% 2) 69%	1 a.: 1) 67% 2) 61%
Cottraux, Mollard <i>et al.</i> 1993	65 35a. 37%	DSM-III, no: disturbi organici, schizofrenia	13 a.	1) fluoxetina + antiesposizione 2) fluoxetina + E 3) placebo + E	24 s.	8,3% 27%	2) 70% 3) 40%	18 m.: 2+3 54%
Fals-Stewart <i>et al.</i> 1993	169 29,9 a. 42%	DSM-III-R, 1 anno di sintomi, 1 ora o più di rituali al giorno	16,2	1) E	8 s.	-	-	-
Fals-Stewart Marks <i>et al.</i> 1993	107 30,5 a. 55%	DSM-III, no diagnosi sull'asse II, 1 anno di sintomi, 1 ora o più di rituali al giorno, no depressione grave, no punteggio >22 al Beck Depression Inventory	12,7 a.	1) E individuale 2) E in gruppo 3) rilassamento	12 s.	5,8% 4%	-	-
Emmelkamp <i>et al.</i> 1994	23 29,4 a. 23%	DSM-III-R, 1 anno di sintomi, presenza di rituali invalidanti, età 18-65, no terapie comportamentali precedenti, psicosi	7,5 a.	1) E 2) E + tecniche cognitive-comportamentali calibrate su misura	15 sedute	4% 0%	-	-

LEGENDA E= Esposizione in vivo + Prevenzione della risposta

## RISULTATI

### *Criteri diagnostici utilizzati per la selezione dei soggetti*

I criteri di reclutamento dei soggetti sono basati soprattutto sul DSM-III e sulla base di colloqui clinici e/o schede di auto-osservazione. Quasi sempre i soggetti devono presentare rituali per essere reclutati nelle ricerche; sono pochi gli studi che hanno preso in considerazione pazienti con sole ossessioni.

### *Criteri per stabilire l'efficacia clinica*

In tabella 3 si possono osservare i criteri utilizzati dai vari ricercatori per stabilire il miglioramento clinico. Si può osservare come i criteri siano abbastanza eterogenei rendendo difficoltosa la comparazione degli studi. Colpisce soprattutto il vasto utilizzo di giudizi clinici (seppur basati su punteggi a svariate scale e dati da giudici indipendenti) invece dell'uso di criteri di miglioramento un pò più oggettivi (per es. un punteggio a un questionario o ad una intervista standardizzata). C'è comunque da ricordare che il disturbo ossessivo-compulsivo causa dei comportamenti, degli atteggiamenti e delle modalità di pensiero generalmente abbastanza agevoli da indagare, per cui non dovrebbe essere difficilissimo, per un clinico esperto, stabilire il miglioramento del paziente. Infine ricordiamo che il disturbo in questione è fortemente invalidante e che anche una parziale remissione può a volte essere considerata un ottimo risultato.

### *Caratteristiche dei soggetti*

Dalla tabella 4 si vede come l'età media dei pazienti che si presentano per un disturbo ossessivo-compulsivo sia di 35 anni; il disturbo sembra colpire in misura leggermente maggiore le femmine.

### *Modelli di trattamento utilizzati*

La terapia psicologica utilizzata è stata invariabilmente quella «puramente» comportamentale, attraverso le tecniche dell'esposizione associata alla prevenzione della risposta e, occasionalmente, all'arresto del pensiero o ad un intervento di supporto psicologico aggiuntivo basato sui principi della terapia cognitiva e comportamentale (per considerazioni più specifiche riguardo al trattamento si vedano per esempio Marks, 1981; Foa, Steketee, Grayson & Doppelt, 1983; Hoogduin & Hoogduin, 1984; Kozak, Foa & Steketee 1988; Dar & Greist 1992). I farmaci che sono stati utilizzati e che hanno

dimostrato di avere efficacia per questo tipo di disturbi sono la clomipramina, la fluoxetina e la fluvoxamina.

### *Durata del trattamento*

La terapia comportamentale ha una durata di circa otto settimane a fronte della terapia combinata (trattamento psicologico + farmaci) che dura il triplo rispetto alla terapia psicologica da sola, probabilmente a causa degli effetti più lenti dei farmaci (Tabella 4).

### *Attrition e Drop-out*

I dati per l'attrition sono espressi in termini di percentuale media (tabella 5). Sono stati inclusi solo i dati che si riferivano senza ambiguità alle varie categorie in cui abbiamo disaggregato i dati stessi.

Per quanto concerne il primo gruppo di studi (quello con il sostegno farmacologico), il tasso di attrition medio è del 21,6%, il tasso medio di drop-out è 17,3%, mentre nel secondo gruppo di studi tali valori sono rispettivamente del 9,5% e 3,3%. La differenza di attrition e drop-out tra i due gruppi di studi non deve stupire poiché sia l'offerta di farmaci che gli effetti collaterali degli stessi portano i pazienti a rifiutare o ad abbandonare il trattamento. Si può anche ipotizzare che gli studi che hanno utilizzato il supporto farmacologico abbiano reclutato pazienti più gravi, e tale ipotesi è in parte confermata dalla diversità della durata dei sintomi nei pazienti dei due gruppi (14 e 9 anni rispettivamente). In ogni caso, tutti i pazienti dei due gruppi appartenevano a popolazioni cliniche. Stupisce, invece, il minimo tasso di abbandoni negli studi che hanno utilizzato solo la terapia comportamentale, segno di una accresciuta attenzione da parte dei terapeuti alle problematiche di relazione col paziente e della grande efficacia della terapia comportamentale stessa (si veda anche Sica, in corso di stampa).

### *Successi a breve termine*

Le percentuali medie di successo alla fine della terapia per i due tipi di trattamento (mostrate in tabella 5) sono rispettivamente del 74% e del 67,4%. Tali percentuali migliorano ulteriormente se escludiamo lo studio di Enright (1991), il quale ha utilizzato un approccio terapeutico piuttosto discutibile, basato essenzialmente sulla terapia cognitiva o su interventi di assertività.

### Successi a lungo termine

Come si può vedere in tabella 5, i successi a una distanza media dalla fine della terapia di circa 1 anno (variabile dai 2 mesi a due anni) sono del 58% per le terapie comportamentali e del 63% per le terapie comportamentali unite a farmaci. Anche in questo caso i miglioramenti sono ancora più netti se non consideriamo lo studio di Enright (1991).

### Terapie di gruppo

Poichè ossessioni e compulsioni sono diverse da individuo ad individuo e il loro trattamento è spesso condotto in modo intensivo, non c'è da stupirsi della quasi totale assenza di studi che hanno preso in considerazione terapie di gruppo. Come già evidenziato, Enright (1991) ha ottenuto risultati scadenti utilizzando un approccio di gruppo che mischiava diverse tecniche comportamentali e cognitive. Espie (1986), utilizzando un approccio mutuato dalla «relapse prevention» ha ottenuto risultati discreti trattando in gruppo una serie di soggetti che avevano beneficiato precedentemente di una terapia comportamentale. Infine Fals-Stewart, Marks e Schafer (1993) hanno ottenuto lusinghieri risultati con terapia comportamentale di gruppo basata sull'esposizione e la prevenzione della risposta. Questo ultimo studio fa ben sperare per lo sviluppo di efficaci terapie di gruppo per il disturbo ossessivo-compulsivo.

**Tabella 3** Criteri per stabilire l'efficacia clinica a breve e lungo termine del trattamento comportamentale con farmaci (studi con l'asterisco) o senza farmaci (studi indicati con l'asterisco)

AUTORE	CRITERIO PER VALUTARE L'ESITO A A LUNGO TERMINE	CRITERIO PER VALUTARE L'ESITO A BREVE TERMINE
Marks <i>et al.</i> 1975	riduzione media di 4 punti su una serie di scale da 0 a 8 che misurano il disturbo causato dalle cinque principali ossessioni e l'evitamento causato dalle cinque principali situazioni	-
Turner <i>et al.</i> 1981	valutazione di massimo 3 punti su una serie di scale da 0 a 8 che misurano le principali paure, le principali ossessioni e i principali rituali	-
Mawson <i>et al.</i> 1982 §	miglioramento clinico su una serie di scale da 0 a 8 che misurano i quattro principali rituali, l'ansia libera e l'adattamento sociale; miglioramento clinico al Compulsion Checklist, al Behavioural Test, al Wakefield Inventory e all'Hamilton Rating Scale for Depression	-
Foa <i>et al.</i> 1983	diminuzione del 70% su una serie di scale da 0 a 8 che misurano le principali ossessioni e i principali rituali	diminuzione del 70% su una serie di scale da 0 a 8 che misurano le principali ossessioni e i principali rituali

AUTORE	CRITERIO PER VALUTARE L'ESITO A A LUNGO TERMINE	CRITERIO PER VALUTARE L'ESITO A BREVE TERMINE
Kirk 1983	valutazione clinica del cambiamento basato sulle schede di automonitoraggio del paziente e sul giudizio del terapeuta.	valutazione clinica del cambiamento basato sulle schede di automonitoraggi del paziente e sul giudizio del terapeuta.
Hoogduin <i>et al.</i> 1984	valutazione clinica del cambiamento della frequenza e della durata delle ossessioni e delle compulsioni.	valutazione clinica del cambiamento della frequenza e della durata delle ossessioni e delle compulsioni.
Espie 1986	valutazione clinica del cambiamento su una serie di scale da 0 a 8 che chiedevano di valutare l'intensità delle ossessioni e delle compulsioni	valutazione clinica del cambiamento su una serie di scale da 0 a 8 che chiedevano di valutare l'intensità delle ossessioni e delle compulsioni
Jenike <i>et al.</i> 1986	giudizio clinico	-
Minichiello <i>et al.</i> 1987 §	giudizio clinico su una scala da 0 a 4	-
Marks <i>et al.</i> 1988 §	-	giudizio clinico sulla riduzione registrata su una serie di scale da 0 a 8 che misurano la gravità dei quattro principali rituali.
Kasvikis <i>et al.</i> 1988 §	-	diminuzione del 50% su una serie di scale da 0 a 8 che misurano la gravità dei quattro principali rituali e giudizio clinico su una scala da 0 a 4
Emmelkamp <i>et al.</i> 1989	diminuzione di almeno 4 punti su una serie di scale da 0 a 8 che misurano l'ansia nelle 5 principali situazioni temute	diminuzione di almeno 4 punti su una serie di scale da 0 a 8 che misurano l'ansia nelle 5 principali situazioni temute
Steketee 1990	miglioramento clinico su una serie di scale da 0 a 8 che misurano le tre principali ossessioni e i tre principali rituali; miglioramento clinico alla Compulsion Activity Checklist, al Beck Depression Inventory	miglioramento clinico su una serie di scale da 0 a 8 che misurano le tre principali ossessioni e i tre principali rituali; miglioramento clinico alla Compulsion Activity Checklist, al Beck Depression Inventory
Enright <i>et al.</i> 1991	Reliable Change Index sul Maudsley Obsessional-Compulsives Inventory	Reliable Change Index sul Maudsley Obsessional-Compulsives Inventory
Foa <i>et al.</i> 1992*	diminuzione del 70% su una serie di scale da 0 a 8 che misurano le principali ossessioni, i principali rituali e le principali situazioni che suscitano evitamento	diminuzione del 70% su una serie di scale da 0 a 8 che misurano le principali ossessioni, i principali rituali e le principali situazioni che suscitano evitamento
Kasvikis <i>et al.</i> 1988	più del 50% di cambiamento su una serie di scale da 0 a 8 che misurano i quattro principali ossessio	
Ricciardi <i>et al.</i> 1992*	diminuzione del 50% ai punteggi della Yale-Brown Obsessive- Compulsives Scale	-
Arts <i>et al.</i> 1993	diminuzione del 30% sui sintomi ossessivo-compulsivi	diminuzione del 30% sui sintomi ossessivo-compulsivi
Cottraux, Mollard <i>et al.</i> 1993*	-	-diminuzione del 30% sulla autovalutazione dei rituali
Drummond 1993*	miglioramento clinico su una serie di scale da 0 a 8 che misurano i due principali rituali; miglioramento clinico al Compulsion Checklist, al Beck Depression Inventory	miglioramento clinico su una serie di scale da 0 a 8 che misurano i due principali rituali; miglioramento clinico al Compulsion Checklist, al Beck Depression Inventory
Steketee 1993*	miglioramento clinico su una serie di scale da 0 a 8 che misurano le tre principali situazioni temute e i tre principali rituali;	-

**Tabella 4** Per i soggetti che hanno intrapreso una terapia comportamentale+farmaci e per quelli che hanno intrapreso la terapia comportamentale senza farmaci si riportano: l'età media, la percentuale dei maschi, la durata media dei sintomi in anni e la durata media del del trattamento in settimane

	ETA' MEDIA	% MASCHI	DURATA MEDIA DEI SINTOMI	DURATA MEDIA DEL TRATTAMENTO
TERAPIA COMPORTAMENTALE + FARMACI	35,8 a (8)	42,7% (8)	14 a.. (6)	24 s. (6)
TERAPIA COMPORTAMENTALE	34,3 a. (17)	43,7% (16)	9 a. (15)	8,5 s. (16)

\*( )= N° gruppi diversi di pazienti presi in considerazione per ciascun dato

**Tabella 5** Per i soggetti che hanno intrapreso una terapia comportamentale+farmaci e per quelli che hanno intrapreso solo una terapia comportamentale si riportano: le percentuali di attrition, drop-out, esito a breve termine ed esito a lungo termine

	ATTRITION	DROP OUT	ESITO A BREVE TERMINE	ESITO A LUNGO TERMINE
TERAPIA COMPORTAMENTALE + FARMACI	21,6% (6)	17,3% (7)	74% (5)	58% (7)
TERAPIA COMPORTAMENTALE	9,5% (8)	3,3% (13)	67,4% (12)	63% (12)

\*( )= N° gruppi diversi di pazienti presi in considerazione per ciascun dato

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Sei - sette pazienti su 10 che portano a termine la terapia comportamentale migliorano in maniera significativa e ad una distanza media di un anno tali esiti sono sostanzialmente mantenuti. Tali risultati sono in linea con quelli della letteratura e indicano nella terapia comportamentale l'intervento di elezione per i disturbi ossessivo-compulsivi. Non sembra giustificabile il consigliare di routine l'intervento farmacologico unito alla terapia comportamentale: non vi sono infatti grandi differenze negli esiti tra terapie combinate e terapie senza farmaci e quest'ultimi sembrano inoltre causare una certa percentuale di abbandoni del trattamento da parte dei pazienti. I farmaci possono essere considerati un supporto prezioso in presenza di una depressione particolarmente grave o di ideazione

suicidaria, di «overvalued ideation» (cioè di una forte credenza nei propri pensieri) o nel caso di pazienti che falliscano la terapia psicologica.

A questo punto ci si può chiedere in che misura i dati ottenuti siano generalizzabili alla pratica clinica: alcuni trattamenti per questo disturbo sono somministrati in maniera molto intensiva (per es. due ore al giorno per tre settimane consecutive), in una forma cioè non implementabile nella ordinaria pratica clinica. Fermo restando l'assoluto valore e - in molti casi - la necessità del trattamento intensivo (Foa & Kozak, 1995; Sica, in corso di stampa) esistono diversi studi che hanno riportato discreti risultati utilizzando una modalità di trattamento non intensiva. Hoogduin e Hoogduin (1984) per esempio, ottennero buoni risultati con una modalità terapeutica che prevedeva rari contatti col terapeuta (tranne che nella fase di pianificazione): il paziente seguiva un programma di trattamento eventualmente aiutato da una persona per lui significativa. Dar e Greist (1992) trattarono alcuni casi tramite l'assegnazione di compiti a casa, vedendo il cliente solo periodicamente. Fals-Stewart, Marks e Schafer (1993) ottennero risultati buoni per mezzo di un trattamento di gruppo che prevedeva degli incontri bi-settimanali. Similmente, Emmelkamp, Bouman e Blaauw (1994), van de Hout, Emmelkamp, Kraaykamp e Griez (1988) e Marks, Lelliott, Basoglu, Noshirvani, Monteiro, Cohen e Kasvikis (1988) utilizzarono procedure che prevedevano contatti settimanali o anche meno frequenti con i pazienti.

Un intervento di tipo cognitivo secondo le modalità classiche (per es. Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) non ha finora dato risultati di rilievo. Per esempio, Enright (1991) che ha utilizzato la terapia cognitiva assieme ad una blanda esposizione ha ottenuto risultati nettamente inferiori agli altri studi, anche se ultimamente vi sono tentativi per sviluppare un intervento basato sulle tecniche cognitive (van Oppen & Arntz, 1994; van Oppen, de Haan, van Balkom, Spinhoven, Hoogduin e van Dyck, 1994; Salkovskis, 1994). Tali interventi mirano, per mezzo del dialogo socratico, a far riflettere il paziente sulla reale probabilità che un disastro accada qualora i rituali non siano eseguiti, sulle reali conseguenze di un errore commesso o sulla effettiva responsabilità del paziente riguardo alle cose che accadono attorno a lui. Da segnalare che Sanavio, Toniolo, Michielin, (1995), hanno sviluppato un trattamento cognitivo-comportamentale per pazienti con sole ossessioni. Tale trattamento è stato studiato per essere praticato in una struttura pubblica e ha dato risultati promettenti (Sanavio et al. 1995).

Per concludere è importante riconoscere che, lungi dall'essere soddisfatti da lusinghieri riscontri, i teorici del filone cognitivo e comportamentale sono costantemente al lavoro per trovare trattamenti sempre più efficaci e risolutivi, come nel caso della terapia cognitiva per i disturbi ossessivo-compulsivi.

Ci sono infine da sottolineare alcune limitazioni di questo studio. Esiste senza dubbio qualche problema di omogeneità nel momento in cui si aggregano i dati relativi

a studi che utilizzano criteri di efficacia a volte piuttosto diversi tra loro. Questa disparità nei criteri di efficacia è anche da attribuire alla mancanza di strumenti adeguati per la valutazione puntuale e fedele di questo disturbo. Due strumenti recentemente elaborati, il Padua Inventory (Sanavio, 1988) e la Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Fleischmann, Hill, Heninger & Charney, 1989) e sempre più utilizzati nella pratica clinica, potrebbero ovviare a questa carenza. In questo studio, comunque, abbiamo cercato di riunire le ricerche con caratteristiche simili sforzandoci di esplicitare nella maniera più chiara possibile i criteri utilizzati, in modo tale da permettere a chiunque di valutare il nostro modo di procedere.

I dati avrebbero potuto essere analizzati tramite le tecniche di metanalisi che ultimamente sembrano aver migliorato il proprio impianto metodologico (Di Nuovo 1995, Hunter & Schmidt 1990). Si ritiene comunque che il metodo utilizzato in questo studio presenti i dati in una maniera intuitiva e chiara anche se sarebbe estremamente interessante confrontare i nostri risultati con quelli provenienti dall'applicazione di tecniche metanalitiche.

Infine, esistono certamente limitazioni riguardo alla generalizzabilità dei dati da noi forniti rispetto al contesto italiano: non dipende dalle nostre scelte però il fatto che non esistano nella letteratura internazionale ricerche italiane sull'argomento. Speriamo che in futuro sia più agevole condurre la ricerca in campo clinico nel nostro paese.

## BIBLIOGRAFIA

- Abel, J. L. (1993). Exposure with response prevention and serotonergic antidepressants in the treatment of obsessive compulsive disorder: A review and implications for interdisciplinary treatment. *Behavior Research and Therapy*, 31, 463-478.
- Arts, W., Hoogduin, K., Schaap, C., de Haan, E. (1993). Do patients suffering from obsession alone differ from other obsessive-compulsives? *Behavior Research and Therapy*, 31, 119-123.
- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F., Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Cottraux, J., Mollard, E., Bouvard, M., Marks, I. (1993). Exposure therapy, fluvoxamine, or combination treatment in obsessive-compulsive disorder: One year follow-up. *Psychiatry Research*, 49, 63-75.
- Christensen, H., Hazdi-Pavlovic, D., Andrews, G., Mattick, R. (1987). Behavior therapy and tricyclic medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 701-711.
- Christensen, L. C., Mendoza, J. (1986). A method of assessing change in single subject designs: An alteration of the RC index. *Behavior Therapy*, 17, 305-308.
- Dar, R., Greist, J. H. (1992). Behavior therapy for obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 4, 885-894.
- Di Nuovo, S. (1995). *La meta-analisi*. Borla Drummond, L. M. (1993). The treatment of severe, chronic, resistant obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 163, 223-229.

- Emmelkamp, P. M. G., de Lange, I. (1983). Spouse involvement in the treatment of obsessive-compulsives patients. *Behavior Research and Therapy*, 21, 341-346.
- Emmelkamp, P. M. G., van Linden van den Heuvell, Ruphan, M., Sanderman, R. (1989). Home-based treatment of obsessive-compulsive patients: Intersession interval and therapist involvement. *Behavior Research and Therapy*, 27, 89-93.
- Emmelkamp, P. M. G., de Haan, E., Hoogduin, C. A. L. (1990). Marital adjustment and obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 156, 55-60.
- Emmelkamp, P. M. G., Bouman, T. K., Blaauw, E. (1994). Individualized versus standardized therapy: A comparative evaluation with obsessive-compulsive patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 95-100.
- Enright, S. J. (1991). Group treatment for obsessive-compulsive disorder: An evaluation. *Behavioural Psychotherapy*, 19, 183-192.
- Espie, C. A. (1986). The group treatment of obsessive-compulsive ritualisers: Behaviour management of identified patterns of relapse. *Behavioural Psychotherapy*, 14, 21-33.
- Fals-Stewart, W., Marks, A. P., Scafer, J. (1993). A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 189-193.
- Fals-Stewart, W., Schafer, J. (1993). MMPI correlates of psychotherapy compliance among obsessive-compulsives. *Psychopathology*, 26, 1-5.
- Foa, E. B., Grayson, J. B., Steketee, G. S., Doppelt, H. G., Turner, R. M., Latimer, P. R. (1983). Success and failures in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 287-297.
- Foa, E. B., Kozak, M. J. (1995). *Comunicazione personale*. Center for Treatment and Study of Anxiety. Philadelphia
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Steketee, G. S., McCarthy, P. R. (1992). Treatment of depressive and obsessive-compulsive symptoms in OCD by imipramine and behavior therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 279-292.
- Foa, E., Steketee, G. (1979). Obsessive-compulsives: Conceptual issues and treatment interventions. In M. Hersen, R. M., Eisler & P. M. G. Emmelkamp, *Progress in behavior modification*, vol. 8. New York: Academic Press.
- Foa, E. B., Steketee, G., Grayson, J. B., Doppelt, H. G. (1983). Treatment of obsessive-compulsive: When do we fail? In E. B. Foa & P. M. G. Emmelkamp (a cura di), *Failure in behavior therapy*, New York: John Wiley & Sons.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Hageman, W. J. J., Arrindell, W. A. (1993). A further refinement of the reliable change (RC) index by improving the pre- post difference score: Introducing RCid. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 693-700.
- Hoogduin, C. A. L., Duivenvoorden, H. J. (1988). A decision model in the treatment of obsessive-compulsive neuroses. *British Journal of Psychiatry*, 152, 516-521.
- Hoogduin, C. A. L., Hoogduin, W. A. (1984). The outpatient treatment of patients with an obsessional-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 22, 455-459.
- van de Hout M., Emmelkamp, P. M. G., Kraaykamp, H., Griez, E. (1988). Behavioral treatment of obsessive-compulsives: inpatient vs outpatient. *Behavior Research and Therapy*, 26, 331-332.

- Hunter, J. E., Schmidt, F. L. (1990). *Methods of meta-analysis. Correcting error and bias in research findings*. Beverly Hills: Sage.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 17, 302-305.
- Jenike, M. A., Baer, L., Minichiello, W. E., Schwartz, C. E., Carey, R. J. (1986). Concomitant obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 530-532.
- Levy, R., Meyer, V. (1971). Ritual prevention in obsessive patient. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 64, 1115-1118.
- Kasvikis, Y., Marks, I. M. (1988). Clomipramine, self-exposure, and therapist accompanied exposure in obsessive-compulsive ritualizers: Two-years follow-up. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 291-298.
- Kozak, M. J., Foa, E. B., Steketee, G. (1988). Process and outcome of exposure treatment with obsessive-compulsives: Psychophysiological indicators of emotional processing. *Behavior Therapy*, 19, 157-169.
- Kirk, J. W. (1983). Behavioural treatment of obsessional-compulsives patients in routine clinical practice. *Behavior Research and Therapy*, 21, 57-62.
- Marks, I. M., Hodgson, R., Rachman, S. (1975). Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in-vivo exposure. *British Journal of Psychiatry*, 127, 349-364.
- Marks, I. M., Stern, R. S., Mawson, D., Cobb, J., McDonald, R. (1980). Clomipramine and exposure for obsessive-compulsive rituals: I. *British Journal of Psychiatry*, 136, 1-25.
- Marks, I. M. (1981). Review of behavioral Psychotherapy, I: Obsessive-compulsive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 138, 584-592.
- Marks, I. M., Lelliott, M., Basoglu, M., Noshirvani, H., Monteiro, W., Cohen, D., Kasvikis, Y. (1988). Clomipramine, self-exposure and therapist-aided exposure for obsessive-compulsive rituals. *British Journal of Psychiatry*, 152, 522-534.
- Mawson, D., Marks, I. M., Ramm, L. (1982). Clomipramine and exposure for chronic obsessive-compulsive rituals; III. Two year follow-up and further findings. *British Journal of Psychiatry*, 140, 11-18.
- Meyer, V., Levy, R., Schnurer, A. (1974). The behavioural treatment of obsessive-compulsive disorders. In H. R. Beach, *Obsessional States*, London: Methuen.
- Mills, H. L., Agras, W. S., Barlow, D. H., Mills, J. R. (1973). Compulsive rituals treated by response prevention. *Archives of General Psychiatry*, 28, 524-529.
- Minichiello, W. E., Baer, L., Jenike, M. A. (1987). Schizotypal personality disorder; A poor prognostic indicator for behavior therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 273-276.
- van Oppen, P., Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 32, 79-87.
- van Oppen, P., De Haan, E., van Balkom, A., Spinhoven, P., Hoogduin, C., van Dyck, R. (1994). Obsessive-compulsive disorder: Cognitive therapy versus behavior therapy. *24th Congress of the European Association for Behavioural and Cognitive Therapies*, Corfù, September 6-10.
- Perce, T. (1988). Obsessive-compulsive disorder: A treatment review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 42, 48-55.
- Rabavilas, A. D., Boulouguris, J. C., Perissaki, C., Stefanis, C. (1979). Pre-morbid personality traits and responsiveness to flooding in obsessive-compulsive patients. *Behavior Research and Therapy*, 17, 575-580.

- Rachman, S., Cobb, J., Grey, S., McDonald, B., Mawson, D., Sartory, G., Stern, R. (1979). The behavioural treatment of obsessional-compulsive disorder, with and without clomipramine. *Behavior Research and Therapy*, 17, 467-478.
- Rachman, S., Hodgson, R. (1980). *Obsession and Compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Rachman, S., Hodgson, R., Marks, I. (1971). The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 237-247.
- Ricciardi, J. N., Baer, L., Jenike, M. A., Fischer, S. C., Sholtz, D., Buttolph, L. (1992). Changes in DSM-III-R axis II diagnoses following treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 829-831.
- Riggs, D. S., Hiss, H., Foa, E. B. (1992). Marital Distress and the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 23, 585-567.
- Salkovskis, P. (1994). Further development of the cognitive-behavioural approach to obsessive-compulsive disorders. *24th Congress of the European Association for Behavioural and Cognitive Therapies*, Corfù, September 6-10.
- Salkovskis, P. M., Warwick, H. M. C. (1985). Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder: Treating treatment failures. *Behavioural Psychotherapy*, 13, 243-255.
- Sanavio, E. (1988). Obsession and compulsions: the Padua Inventory. *Behavior Research and Therapy*, 26, 167-177.
- Sanavio, E., Toniolo, S., Michielin, P. (1995). Ossessioni e terapia cognitiva di gruppo: protocollo di trattamento e risultati preliminari. In P. Moderato & S. Sirigatti, *l'uomo che cambia*, Milano: Franco Angeli
- Sica, C. (1995). Fattori prognostici relativi all'esito della terapia cognitiva e comportamentale della depressione. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 2, 29-47.
- Sica, C. (in stampa). Efficacia della terapia cognitivo-comportamentale nel trattamento della depressione: una rassegna. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*.
- Sica, C. (in stampa). Fattori prognostici relativi all'esito della terapia cognitiva e comportamentale del disturbo ossessivo-compulsivo. *Acta Comportamentalia*
- O'Sullivan, G., Marks, I. (1991). Follow-up studies of behavioral treatment of phobic and obsessive compulsive neuroses. *Psychiatric Annals*, 21, 369-373.
- Steketee, G. (1990). Personality traits and disorders in obsessive-compulsives. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 351-364.
- Steketee, G. (1993). Social support and treatment outcome of obsessive-compulsive disorder at 9-month follow-up. *Behavioural Psychotherapy*, 21, 81-95.
- Turner, R. M., Newman, F. L., Foa, E. B. (1983). Assessing the impact of cognitive differences in the treatment of obsessive-compulsives. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 933-938.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Stanley, M. A., Jacob, R. G. (1988). A comparison of fluoxetine, flooding, and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 219-225.

## RIASSUNTO

Illustriamo i risultati di una rassegna che ha preso in considerazione 29 articoli in lingua inglese sul trattamento comportamentale o cognitivo del disturbo ossessivo-compulsivo dalla fine degli anni '70 al 1993.

I dati principalmente riportati sono i seguenti: tassi di attrition, tassi di drop-out, successo a breve e lungo termine della terapia. Inoltre, si è ritenuto opportuno disaggregare i dati per i seguenti gruppi: terapia comportamentale vs. terapia comportamentale con antidepressivi.

Da un punto di vista più strettamente metodologico abbiamo riportato i dati relativi all'esito in termini di percentuale di pazienti migliorati, poichè ci sembra il metodo più chiaro ed immediato per valutare l'efficacia di una terapia.

I risultati dimostrano che il trattamento di elezione per il disturbo ossessivo-compulsivo è l'esposizione unita alla prevenzione della risposta; tale terapia ha finora dato ottimi esiti se somministrata individualmente. Sette pazienti su dieci che concludono questo trattamento raggiungono una significativa riduzione dei sintomi. Inoltre i miglioramenti ottenuti per mezzo della terapia sono mantenuti fino a due di distanza dalla fine del trattamento. La terapia comportamentale unita a farmaci non offre risultati superiori alla terapia da sola e ne viene consigliato l'uso in presenza di una severa depressione, di ideazione suicidaria, di sole ossessioni o di overvalued ideation. Esistono protocolli di trattamento che hanno utilizzato la terapia cognitiva, ma fino ad ora non vi sono risultati che giustifichino l'uso esclusivo di questa forma di terapia.

Infine, si sottolinea come la mancanza di strumenti affidabili per la valutazione delle ossessioni e compulsioni renda complessa la valutazione del miglioramento clinico.

Parole chiave: Terapia Cognitiva; Terapia Comportamentale; Disturbo Ossessivo-Compulsivo; Rassegna di ricerche; Esito

## ABSTRACT

Aim of this work is to present a series of data about the behavioral and cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder and to suggest some methodological and clinical implications.

As such, we reviewed 29 articles in english language from the end of seventies to 1993, pointing out the following aspects: attrition, drop-out, short and long terms success rates. Further, we presented our results by distinguishing among behavior therapy vs. behavior therapy with antidepressants.

From a methodological perspective we underline the need to present data in form of patients' improvement rate, because this way seems us the clearest one for evaluating the real efficacy of therapy.

Results show that the treatment of choice for obsessive-compulsive is exposure with response prevention; this treatment offer the best results in individual format. 7 out 10 patients who finish the psychotherapy obtain a significant clinical improvement which is maintained up to two years from the end of the therapy. Behavior therapy with antidepressants is not better than behavior therapy alone and we suggest to use it in presence of severe depression, suicidal ideation, obsessions alone or overvalued ideation. The results obtained with cognitive therapy up to now don't justify the exclusive use of this therapy model.

Finally, we stress the difficulty to evaluate the patients' clinical improvement for the lack of reliable instruments to assess obsessions and compulsions

Keywords: Cognitive therapy; Behavior therapy; Obsessive-Compulsive Disorder; Literature review; Treatment outcomes.