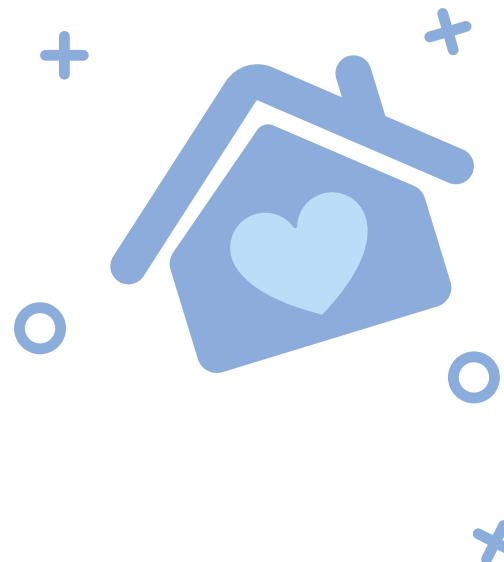


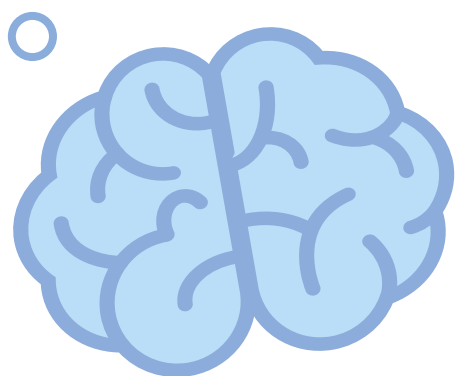


eLab-PRO

Risorse e strumenti digitali

Psicologia - Logopedia - Autismi - Disabilità - Anziani - Minori

Psicologia clinica



eLab-PRO è un ambiente online che rende immediatamente disponibili **materiali utili per la tua professione** (test, griglie di valutazione, attività, esercizi) **scaricabili gratuitamente**. Tutte le proposte sono state selezionate dalla Ricerca&Sviluppo Erickson e sono **basate su evidenze scientifiche**.

QUI SOTTO PUOI TROVARE ALCUNI DEI TITOLI DA CUI SONO STATI TRATTI I MATERIALI.



CLAUDIO SICA

**DISTURBO OSSESSIVO
COMPULSIVO**

Questionari e interviste
per la valutazione clinica



SCOPRI DI PIU
www.erickson.it

Argomenti trattati

- **Padua Inventory**
- **Obsessive-Compulsive Inventory – Revised**
- **Vancouver Obsessional Compulsive Inventory**
- **Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale**
- **Children's Yale-Brown ObsessiveCompulsive Scale**
- **Obsessive Beliefs Questionnaire**
- **Saving Inventory – Revised**

Claudio Sica (a cura di)

DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO

Questionari e interviste per la valutazione clinica



Erickson

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 trattenersi 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.

La validità e l'affidabilità del *Padua Inventory* sono state confermate da numerosi studi internazionali effettuati su campioni olandesi (van Oppen, 1992; van Oppen, Hoekstra e Emmelkamp, 1993), nord americani (Sternberger e Burns, 1990), australiani (Hafner, 1988; Hafner e Miller, 1990; Kyrios, Bhar e Wade, 1996), coreani (Min, 1999), britannici (Macdonald e de Silva, 1999), spagnoli (Chappa, 1998; Ibanez et al., 2002; Matix-Cols, Sanchez e Vallejo, 2002), iraniani (Goodarzi e Riroozabadi, 2005) e giapponesi (Wakabayashi e Aobayashi, 2007).

Anche la struttura fattoriale in tutti i suddetti studi è risultata identica o molto simile a quella originale italiana, a eccezione di uno studio effettuato su campioni clinici in cui è emersa una struttura a 5 fattori: Impulsi, Lavaggi, Controlli, Rimuginio; Precisione (van Oppen, Hoekstra e Emmelkamp, 1995). Tuttavia, il fatto che non sia chiaro il motivo per cui la struttura fattoriale del *Padua Inventory* sia differente in campioni clinici e in campioni non clinici rappresenta un potenziale limite dell'inventario.

Un ulteriore limite riscontrato consiste nella sovrapposizione tra le due subscale centrate sugli aspetti ossessivi (in particolare la subscale «Controllo insufficiente su attività mentali») e la tendenza al rimuginio (*worry*) tipicamente riscontrabile nel disturbo d'ansia generalizzato e nella depressione (Freeston et al., 1994). Ciononostante, Freeston e collaboratori (1994) sostengono che tali subscale siano indipendenti dal *worry*, sebbene sottolineino come la validità discriminante possa essere migliorata eliminando alcuni item ambigui o privi di contenuto specifico dalle suddette subscale.

Rispetto alla validità discriminante, in ambito australiano la scala «Impulsi e preoccupazioni di perdere il controllo del proprio comportamento motorio» ha evidenziato sovrapposizioni con scale finalizzate alla valutazione di ansia e depressione (Kyrios et al., 1995).

Nonostante alcune criticità inerenti la validità discriminante, va sottolineato e tenuto in debita considerazione un ulteriore e importante punto di forza del *Padua Inventory*, oltre a quelli precedentemente descritti, che consiste nell'essersi dimostrato sensibile nel rilevare i cambiamenti nella gravità della sintomatologia dopo trattamenti efficaci per il disturbo ossessivo-compulsivo (van Oppen et al., 1995).

Si segnala, infine, l'esistenza di una versione modificata del questionario (denominata *Padua Inventory – Washington State University Revision*; PI-WSUR; Burns et al., 1996), composta da 39 item e costituita da 5 fattori: Pensieri ossessivi di poter far del male a sé o ad altri; Impulsi ossessivi di poter far del male a sé o ad altri; Ossessioni di contaminazione e compulsioni di lavaggio; Compulsioni di controllo; Compulsioni di ordine o legate al vestiario.

Date le buone proprietà psicometriche del *Padua Inventory*, e l'ampio utilizzo ai fini clinici e di ricerca, si sono ritenuti necessari un aggiornamento del campione normativo e la relativa valutazione delle caratteristiche psicometriche.

Campione normativo aggiornato

Il gruppo è composto da 2777 individui, 883 maschi (31,8%) e 1894 femmine (68,2%) di età compresa tra 16 e 70 anni (età media = 26; DS = 10,31).

Il campione è stato suddiviso in fasce d'età successivamente utilizzate per presentare i punteggi normativi del *Padua Inventory*. Tale suddivisione, divisa per genere, è riportata in tabella 1.1.

TABELLA 1.1
Distribuzione del campione suddiviso per 6 classi d'età e per genere

	Età						Totale
	16-20	21-25	26-35	36-45	46-55	56-70	
Maschi	293	264	131	85	70	40	883
Femmine	720	750	195	107	88	34	1894
<i>Totale</i>	<i>1013</i>	<i>1014</i>	<i>326</i>	<i>192</i>	<i>158</i>	<i>74</i>	<i>2777</i>

Il campione è risultato costituito da 1827 studenti (il 28% maschi) e da 950 individui tratti dalla popolazione generale (il 40% maschi).

Per quanto concerne il livello di istruzione, il campione risulta così composto (tabella 1.2): il 21% ha conseguito la licenza elementare (N = 478), il 5% la licenza media inferiore (N = 109), il 3% un titolo di scuola professionale (N = 61), il 51% la licenza media superiore (N = 1153), il 19% la laurea triennale o specialistica (N = 438) e l'1% un titolo di studio superiore alla laurea (N = 14).

Lo stato civile degli individui reclutati è illustrato in tabella 1.3. La quasi totalità del campione è costituita da persone celibi o nubili (89%). Una piccola parte dei partecipanti è sposata o convive (10%) e pochi di essi riferiscono di essere separati, divorziati o vedovi (1%).

La tabella 1.4 riporta la suddivisione del campione sulla base della professione lavorativa. Il gruppo più numeroso è costituito da studenti (74%), seguito dagli impiegati part-time (20%). Tutte le altre tipologie lavorative sono rappresentate in misura minore (6%).

Punteggi medi

I punteggi che si ottengono dalla compilazione del *Padua Inventory* sono 6: 4 punteggi relativi a ciascun fattore emerso dall'analisi fattoriale, 1 punteggio «moltissimo» che si ottiene sommando il numero di risposte «moltissimo» siglate, e 1 punteggio totale che si ottiene sommando i punteggi di tutti gli item.

TABELLA 1.2
Distribuzione del campione distinto per titolo
di studio più elevato conseguito e per genere

	Livello di istruzione									Totale
	EL	ME	SP2	SP3	S	L3	L4	L5	>L	
Maschi	93	46	4	34	381	45	34	62	7	706
Femmine	385	63	1	22	772	99	64	134	7	1547
<i>Totale</i>	<i>478</i>	<i>109</i>	<i>5</i>	<i>56</i>	<i>1153</i>	<i>144</i>	<i>98</i>	<i>196</i>	<i>14</i>	<i>2253</i>

Legenda: elementari (EL), medie (ME), scuola professionale 2 anni (SP2), scuola professionale 3 anni (SP3), superiori (S), laurea triennale (L3), laurea quadriennale (L4), laurea specialistica (L5), titoli oltre la laurea specialistica (>L).

TABELLA 1.3
Distribuzione del campione secondo
lo stato civile differenziato per genere

	Stato civile				Totale
	Celibe/ nubile	Sposato/ convivente	Separato/ divorziato	Vedovo	
Maschi	742	124	12	2	880
Femmine	1716	163	8	2	1889
<i>Totale</i>	<i>2458</i>	<i>287</i>	<i>20</i>	<i>4</i>	<i>2769</i>

TABELLA 1.4
Distribuzione del campione secondo
le diverse attività lavorative svolte e il genere

	Occupazione							Totale
	ST	IPT	ITP	CAS	D	P	A	
Maschi	555	258	15	3	11	26	13	881
Femmine	1484	292	41	19	17	9	26	1888
<i>Totale</i>	<i>2039</i>	<i>550</i>	<i>56</i>	<i>22</i>	<i>28</i>	<i>35</i>	<i>39</i>	<i>2769</i>

Legenda: studente (ST), impiegato part-time (IPT), impiegato a tempo pieno (ITP), casalingo/a (CAS), disoccupato (D), pensionato (P), altro (A).

In tabella 1.5 sono riportati i punteggi medi ottenuti in ciascuna delle scale del *Padua Inventory*.

TABELLA 1.5
Medie e deviazioni standard del campione divisi per genere e per 6 fasce d'età

Padua Inventory	Maschi											
	16-20 anni		21-25 anni		26-35 anni		36-45 anni		46-55 anni		56-70 anni	
	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS
Controllo insufficiente su attività mentali	14,05	12,61	19,07	14,96	14,41	12,02	13,71	10,59	15,21	10,53	12,45	12,61
Contaminazione	8,23	8,54	11,32	9,10	9,65	7,35	13,45	11,17	12,29	7,90	10,73	10,18
Controllo	7,32	6,69	9,74	7,29	7,71	6,42	8,75	7,63	9,27	6,66	7,23	7,62
Perdita controllo comportamento	3,41	5,00	5,68	5,92	3,82	3,90	2,97	3,65	3,67	3,29	2,95	3,42
Moltissimo	1,24	3,21	2,02	6,63	1,21	2,93	1,81	3,82	1,09	2,00	0,33	0,73
Totale	43,03	39,22	60,62	46,36	45,79	36,78	48,51	38,50	50,76	32,65	38,76	35,80
Padua Inventory	Femmine											
	16-20 anni		21-25 anni		26-35 anni		36-45 anni		46-55 anni		56-70 anni	
	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS
Controllo insufficiente su attività mentali	22,06	17,38	19,89	13,37	15,98	11,20	13,40	11,25	15,17	12,42	12,26	11,91
Contaminazione	12,86	11,84	12,42	9,10	11,10	8,10	10,65	10,93	12,86	10,72	10,84	7,96
Controllo	9,53	8,82	8,95	6,51	8,47	6,33	6,61	7,01	8,49	7,66	7,40	7,03
Perdita controllo comportamento	5,30	7,17	5,36	4,87	4,13	3,88	3,06	3,48	3,09	3,58	3,30	3,57
Moltissimo	3,35	10,10	1,69	5,37	0,98	2,67	1,23	3,58	2,00	4,02	0,35	0,70
Totale	65,88	58,66	62,23	42,66	51,55	35,04	43,12	38,80	48,60	39,55	39,00	35,70

Coerenza interna

Come noto, il coefficiente alpha di Cronbach fornisce un'indicazione della coerenza interna di un test; si tratta, in altre parole, di una stima del grado in cui gli item che costituiscono un test coprono una medesima e determinata area di indagine. Sono stati calcolati separatamente gli indici alpha per ciascuna delle subscale del *Padua Inventory* e per il totale. La tabella 1.6 riassume tali coefficienti.

TABELLA 1.6
Coefficienti di coerenza interna – alpha di Cronbach

	N. item	Maschi	Femmine
Controllo insufficiente su attività mentali	17	0,95	0,96
Contaminazione	11	0,93	0,95
Controllo	8	0,92	0,94
Perdita controllo comportamento	7	0,91	0,95
<i>Totale</i>	60	0,98	0,99

Correlazione tra le subscale e il punteggio totale

L'inventario è stato concepito per esaminare globalmente le caratteristiche ossessivo-compulsive offrendo, allo stesso tempo, attraverso le subscale informazioni più minuziose per quanto riguarda le aree di maggiore compromissione. L'analisi di correlazione mostra quanto le singole informazioni fornite siano tra loro associate. I valori dei coefficienti di correlazione sono riportati in tabella 1.7.

TABELLA 1.7
Matrice delle intercorrelazioni tra i punteggi delle subscale

	Totale	Controllo insufficiente su attività mentali	Contaminazione	Controllo	Perdita controllo comportamento
Controllo insufficiente su attività mentali	0,95**				
Contaminazione	0,89**	0,78**			
Controllo	0,90**	0,83**	0,79**		
Perdita controllo comportamento	0,90**	0,83**	0,74**	0,74**	
Moltissimo	0,66**	0,61**	0,56**	0,58**	0,61**

Nota: ** = $p < 0,01$

Ogni subscale correla fortemente e positivamente con il totale mostrando valori del coefficiente di Pearson che si attestano attorno a una media di 0,90.

Anche tra loro le subscale risultano fortemente correlate, seppure con un valore medio del coefficiente di Pearson di 0,80.

Differenze di genere e di età ai punteggi

Le subscale, il punteggio totale e il punteggio «moltissimo» sono stati analizzati singolarmente in relazione al genere e all'età del campione. Per ciascuna scala è riportata l'analisi della varianza Genere $\times$ Fasce d'età.

CONTROLLO INSUFFICIENTE SU ATTIVITÀ MENTALI

In tabella 1.8 sono riportati i risultati dell'analisi della varianza condotta sulla prima subscale del questionario. Dall'analisi risulta significativa l'interazione tra il genere e l'età, a indicare che la variazione dei punteggi tra le classi d'età è diversa nel gruppo maschile rispetto al gruppo femminile.

TABELLA 1.8
Controllo insufficiente su attività mentali: differenze di genere ed età

	Varianza	GdL	F	p
Genere	17,11	1,2006	0,40	ns
Età	68,70	5,2006	1,61	ns
Genere $\times$ Età	114,33	5,2006	2,68	< 0,05

La distribuzione dei punteggi illustrata in figura 1.1 presenta una marcata asimmetria positiva. Il 50% delle persone che ha compilato il questionario ha ottenuto un punteggio inferiore a 20. Non vi è differenza nella distribuzione tra maschi e femmine.

VENIRE CONTAMINATI

In tabella 1.9 sono riportati i risultati dell'analisi della varianza da cui è emersa una significativa interazione tra il genere e l'età. La variazione dei punteggi tra le classi d'età è diversa nel gruppo maschile rispetto al gruppo femminile.

I punteggi medi variano significativamente tra le fasce d'età.

La distribuzione dei punteggi illustrata in figura 1.2 presenta una marcata asimmetria positiva. Il 50% del gruppo normativo ha ottenuto un punteggio inferiore a 12. Non vi è differenza nella distribuzione tra maschi e femmine.

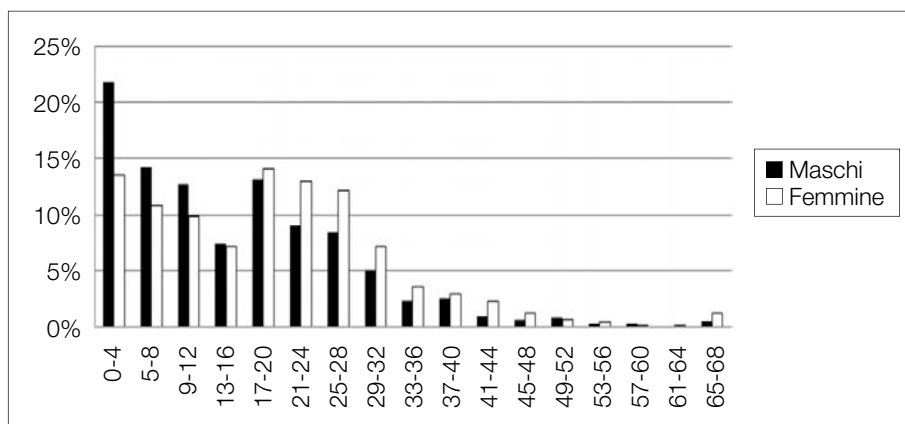


Fig. 1.1 Controllo insufficiente su attività mentali: distribuzione dei punteggi del campione normativo distinto per genere.

TABELLA 1.9
Venire contaminati: differenze di genere ed età

	Varianza	GdL	F	p
Genere	102,63	1, 2006	1,40	ns
Età	242,30	5, 2006	3,30	< 0,01
Genere × Età	343,52	5, 2006	4,69	< 0,01

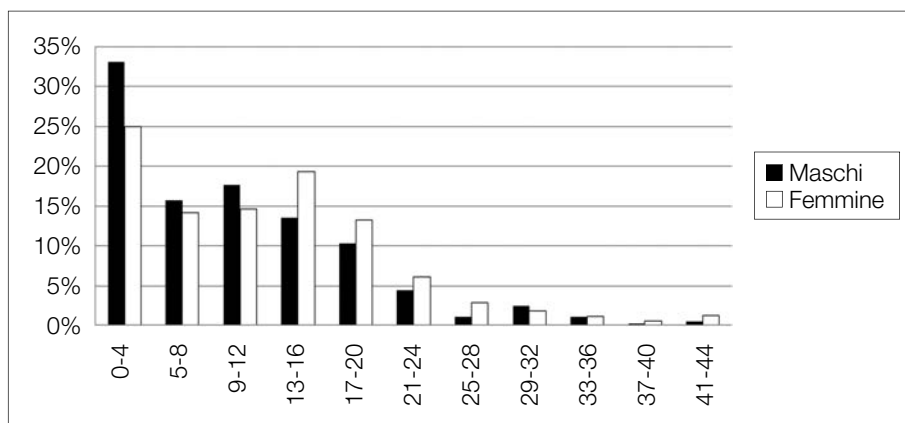


Fig. 1.2 Venire contaminati: distribuzione dei punteggi del campione normativo distinto per genere.

COMPORAMENTI DI CONTROLLO

In tabella 1.10 sono riportati i risultati dell'analisi della varianza che ha mostrato una significativa interazione tra il genere e l'età. La variazione dei punteggi tra le classi d'età è diversa nel gruppo maschile rispetto al gruppo femminile.

I punteggi medi variano significativamente tra le fasce d'età.

TABELLA 1.10
Comportamenti di controllo: differenze di genere ed età

	Varianza	GdL	F	p
Genere	2,62	1,2006	0,06	ns
Età	124,57	5,2006	2,94	< 0,05
Genere × Età	160,98	5,2006	3,79	< 0,01

La distribuzione dei punteggi illustrata in figura 1.3 presenta una marcata asimmetria positiva. Il 50% del campione ha ottenuto un punteggio inferiore a 8. Non vi è differenza nella distribuzione tra maschi e femmine.

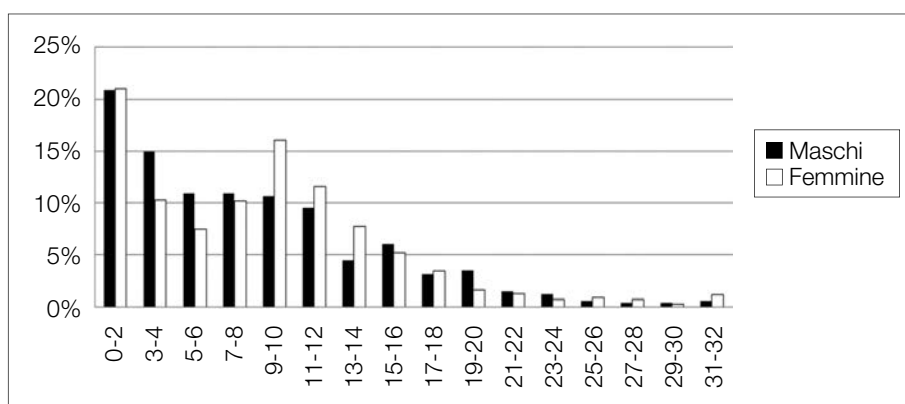


Fig. 1.3 Comportamenti di controllo: distribuzione dei punteggi del campione normativo distinto per genere.

IMPULSI E PREOCCUPAZIONI DI PERDERE IL CONTROLLO DEL PROPRIO COMPORTAMENTO MOTORIO

In tabella 1.11 sono riportati i risultati dell'analisi della varianza da cui è risultata significativa l'interazione tra il genere e l'età. La variazione dei punteggi tra le classi d'età è diversa nel gruppo maschile rispetto al gruppo femminile.

I punteggi medi variano significativamente tra le fasce d'età.

TABELLA 1.11
Impulsi e preoccupazioni di perdere il controllo del proprio
comportamento motorio: differenze di genere ed età

	Varianza	GdL	F	p
Genere	13,49	1,2006	0,62	ns
Età	231,48	5,2006	10,63	< 0,01
Genere × Età	72,52	5,2006	3,33	< 0,01

La distribuzione dei punteggi illustrata in figura 1.4 presenta una marcata asimmetria positiva. L'andamento è bimodale: il 46% del campione ha ottenuto un punteggio compreso tra 0 e 2 e il 30% un punteggio tra 7 e 8. Non vi è differenza nella distribuzione tra maschi e femmine.

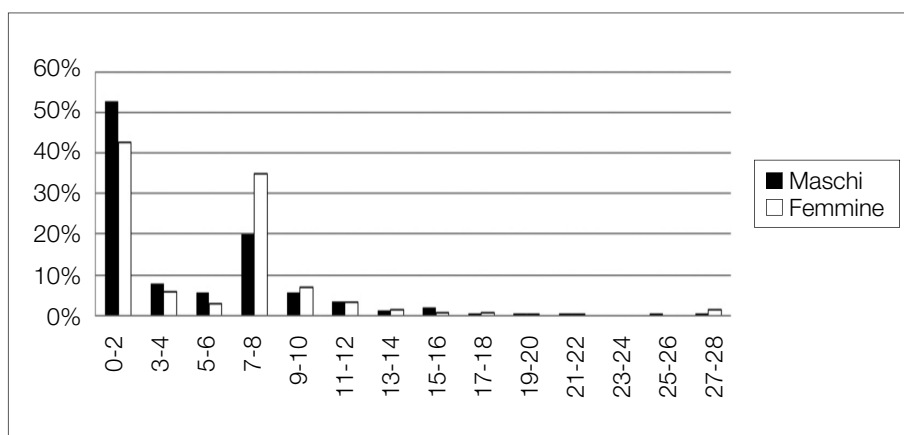


Fig. 1.4 Impulsi e preoccupazioni di perdere il controllo del proprio comportamento motorio: distribuzione dei punteggi del campione normativo distinto per genere.

RISPOSTE «MOLTISSIMO»

In tabella 1.12 sono riportati i risultati dell'analisi della varianza che hanno evidenziato una significativa interazione tra il genere e l'età. La variazione dei punteggi tra le classi d'età è diversa nel gruppo maschile rispetto al gruppo femminile.

TABELLA 1.12
Risposte «Moltissimo»: differenze di genere ed età

	Varianza	GdL	F	p
Genere	17,11	1,2006	0,40	ns
Età	68,70	5,2006	1,61	ns
Genere x Età	114,33	5,2006	2,68	< 0,01

La distribuzione dei punteggi rappresentata in figura 1.5 presenta una marcata asimmetria positiva. Quasi la totalità del campione (87%) risponde «moltissimo» meno di 4 volte. Non vi è differenza nella distribuzione tra maschi e femmine.

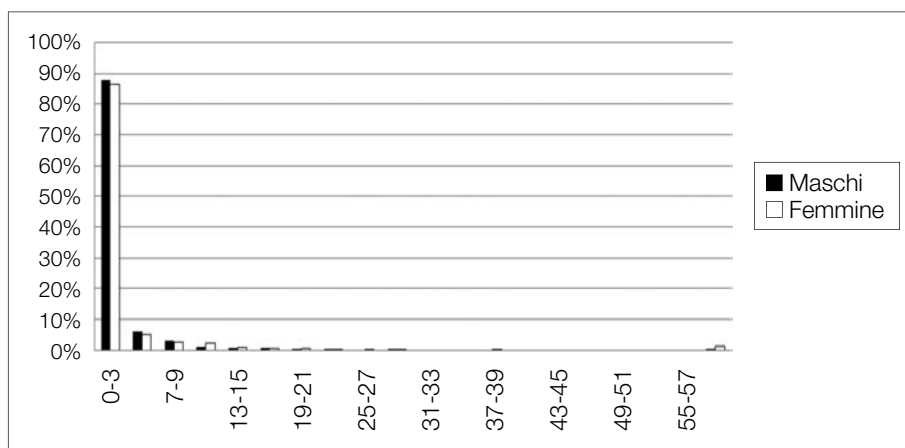


Fig. 1.5 Risposte «Moltissimo»: distribuzione dei punteggi del campione normativo distinto per genere.

Punteggi totali

In tabella 1.13 sono riportati i risultati dell'analisi della varianza da cui è emersa una significativa interazione tra il genere e l'età. La variazione dei punteggi tra le classi d'età è diversa nel gruppo maschile rispetto al gruppo femminile.

I punteggi medi variano significativamente tra le fasce d'età.

La distribuzione dei punteggi rappresentata in figura 1.6 presenta una marcata asimmetria positiva. Il 50% delle persone valutate ottiene un punteggio al di sotto del valore 60. I punteggi si orientano attorno a due picchi di frequenza rappresentati dai punteggi tra 0 e 40 che contengono il 53% delle osservazioni e i

punteggi tra 61 e 100, che contengono il 36% delle risposte. Non vi è differenza nella distribuzione tra maschi e femmine.

TABELLA 1.13
Padua Inventory Totale: differenze di genere ed età

	Varianza	GdL	F	p
Genere	2139,36	1,2006	1,38	ns
Età	10508,25	5,2006	6,76	< 0,01
Genere x Età	8125,35	5,2006	5,23	< 0,01

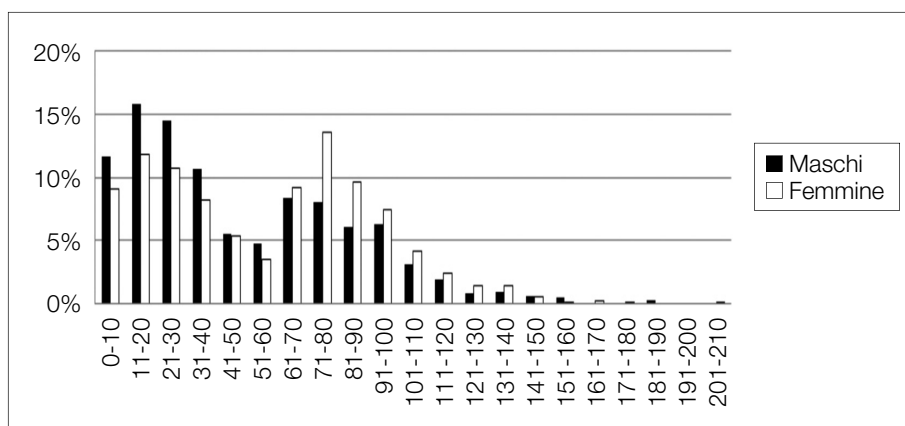


Fig. 1.6 Padua Inventory Totale: distribuzione dei punteggi del campione normativo distinto per genere.

Modalità di somministrazione

La somministrazione del *Padua Inventory* è generalmente prevista quando i punteggi agli indici di questionari ad ampio spettro (ad esempio il *Cognitive Behavioural Assessment 2.0* o il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2*), il colloquio clinico e/o le osservazioni comportamentali suggeriscono l'approfondimento di ossessioni e compulsioni, che possono presentarsi sia nella normalità sia in altre psicopatologie oltre al disturbo ossessivo-compulsivo.

Per la compilazione del questionario viene richiesto alla persona di seguire le istruzioni riportate all'inizio del test. È comunque sempre utile che l'esaminatore si accerti che il compilatore abbia compreso in modo adeguato le modalità

di risposta. Il tempo necessario per la compilazione (che può essere individuale o collettiva) è di circa 15 minuti.

Scoring

I punteggi che si ottengono dalla compilazione del *Padua Inventory* sono 6: 4 punteggi relativi a ciascun fattore emerso dall'analisi fattoriale, 1 punteggio «moltissimo», e 1 punteggio totale.

Poiché il punteggio attribuibile a ogni item varia da 0 a 4, il punteggio individuale per la scala Totale può presentare un range da un minimo di 0 a un massimo di 240, mentre per le subscale varia a seconda del numero di item che compongono ogni subscale.

I punteggi delle diverse scale vengono calcolati nel seguente modo:

- per la subscale «Controllo insufficiente su attività mentali» vanno sommati i punteggi ottenuti ai seguenti item: 11, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 43, 44, 59;
- per la subscale «Venire contaminati» vanno sommati i punteggi ottenuti ai seguenti item: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 60;
- per la subscale «Comportamenti di controllo» vanno sommati i punteggi ottenuti ai seguenti item: 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25;
- per la subscale «Impulsi e preoccupazioni di perdere il controllo del proprio comportamento motorio» vanno sommati i punteggi ottenuti ai seguenti item: 46, 47, 49, 53, 54, 55, 57;
- poiché i rimanenti 17 item non contribuivano in modo adeguato alla struttura fattoriale del *Padua Inventory*, sono stati impiegati solo per il calcolo del punteggio totale, ma non per le subscale. Quindi, per la scala Totale vanno sommati i punteggi di tutti i 60 item del questionario;
- infine, per la subscale «Moltissimo» va sommato il numero di item siglati dalla persona come «moltissimo».

Ranghi percentili

Al fine di facilitare l'interpretazione dei punteggi, nelle tabelle (1.14-1.25) che seguono vengono riportati i ranghi percentili, divisi per genere ed età, associati a ciascun punteggio grezzo. L'uso dei ranghi percentili risulta il più indicato alla luce della distribuzione dei punteggi nel campione normativo. Come illustrano le figure riportate precedentemente, ogni scala esaminata presenta una marcata asimmetria positiva. Questo significa che un'elevata percentuale del campione

normativo ottiene punteggi molto bassi mentre solo poche unità ottengono punteggi elevati all'interno delle scale.

Nel caso di distribuzioni asimmetriche dei punteggi è preferibile utilizzare la divisione in percentili anziché le canoniche standardizzazioni (punti z, punti T, punti Stanine, ecc.) per definire la posizione del paziente lungo il continuum della dimensione presa in esame. Le classiche procedure di standardizzazione prevedono che la media e la mediana dei valori coincidano e che quindi vi sia lo stesso numero di osservazioni sopra e sotto la media. Questo assunto non è adattabile al caso specifico del *Padua Inventory* poiché la mediana della popolazione è molto spostata alla destra della media.

TABELLA 1.14
Percentili dei punteggi grezzi ottenuti dai maschi del campione
normativo alla subscale «Controllo insufficiente su attività mentali»
suddivisi per fasce d'età

Punteggio grezzo						Rango percentile
16-20 anni	21-25 anni	26-35 anni	36-45 anni	46-55 anni	56-70 anni	
0	0	0	0	0	0	1
1	1-2	0	1	1-3	0	5
2-3	3-5	1-3	2	4	1	10
4	6-8	4	3-5	5-6	2	20
5-7	9-13	5-7	6-8	7-8	2	30
8-9	14-17	8-9	9-10	9-12	3-5	40
10-13	18-19	10-16	11-15	13-17	6-16	50
14-17	20-23	17-18	16-19	18-21	17-20	60
18-22	24-27	19-23	20-22	22-24	21-23	70
23-24	28-29	24-26	23-25	25	24-27	80
25-29	30-34	27-30	26-28	26-27	28-34	85
30	35	31-32	29	28	35	90
31	36-38	33-34	30	29	36	91
32	39	35	30	30	37	92
32	40-42	36-37	30	31	38	93
33	43-45	38	31	31	38	94
34-37	46-47	39	32-35	32-33	39	95
38	48-51	40	36-38	34-41	39	96

Punteggio grezzo						Rango percentile
16-20 anni	21-25 anni	26-35 anni	36-45 anni	46-55 anni	56-70 anni	
39-41	52-53	41-44	39	42-48	39	97
42-54	54-67	45-50	40	49	39	98
> 54	> 67	> 50	> 40	> 49	> 39	99

TABELLA 1.15

**Percentili dei punteggi grezzi ottenuti dalle femmine del campione
normativo alla subscala «Controllo insufficiente su attività mentali»
suddivisi per fasce d'età**

Punteggio grezzo						Rango percentile
16-20 anni	21-25 anni	26-35 anni	36-45 anni	46-55 anni	56-70 anni	
0-2	0-2	0	0	0	1	1
3-4	3	1	0	1	1	5
5-8	3-6	2-3	1	2	1	10
9-11	7-10	4-6	2	3-5	2	20
12-15	11-16	7-11	3-6	6-8	2	30
16-19	17-19	12-15	7-11	9-10	3	40
20-22	20-21	16-19	12-17	11-20	4-16	50
23-25	22-24	20-21	18-19	21	17-22	60
26-30	25-28	22-24	20-24	22-25	23-25	70
31-33	29-30	25-26	25	26	26	80
34-39	31-33	27-28	26-29	27-30	27-28	85
40	34-35	29-30	30	31	29	90
41	36	31	30	32	30	91
42	37	32	31	32	31	92
43	37	33	31	33	32	93
44	38-39	34-35	31	33	33	94
45-48	40-41	36	32	34-40	34	95
49-52	42-45	37	33	41-48	34	96
53-67	46-48	37-44	34-39	47-50	34	97
68	49-57	45-47	40-41	51	34	98
> 68	> 57	> 47	> 41	> 51	> 34	99

TABELLA 1.16

Percentili dei punteggi grezzi ottenuti dai maschi del campione normativo alla subscale «Venire contaminati» suddivisi per fasce d'età

Punteggio grezzo						Rango percentile
16-20 anni	21-25 anni	26-35 anni	36-45 anni	46-55 anni	56-70 anni	
0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	1	1-2	0	5
1	1-2	1	2-3	3-4	1	10
2	3-4	2-3	4	5-6	2	20
3	5-8	4-5	5-8	7-10	3-4	30
4-5	9-10	6-8	9-10	11	5-8	40
6-7	11-12	9-11	11-12	12	9-10	50
8-10	13-14	12-13	13-16	13-15	11-14	60
11-12	15-16	14-16	17-19	16-17	15-18	70
13-15	17-18	17-18	20-26	18-20	19-21	80
16-18	19-20	19	27-30	21-22	22-26	85
19	21	20	31	23	27	90
19	21	20	32	24	28	91
20	21	20	32	25-26	29	92
20	21	20	32	27-28	30-31	93
21-23	22-23	21-22	32	29	32	94
24-25	24	23	33-36	30	33	95
26-29	25-30	23	37-39	30	34	96
30	31-32	24-25	40	31	34	97
31-34	33-42	26-30	41	31	34	98
> 34	> 42	> 30	> 41	> 31	> 34	99

TABELLA 1.17

Percentili dei punteggi grezzi ottenuti dalle femmine del campione normativo alla subscale «Venire contaminati» suddivisi per fasce d'età

Punteggio grezzo						Rango percentile
16-20 anni	21-25 anni	26-35 anni	36-45 anni	46-55 anni	56-70 anni	
0	0	0	0	0	0	1
1	1	1	0	0	0	5

Punteggio grezzo						Rango percentile
16-20 anni	21-25 anni	26-35 anni	36-45 anni	46-55 anni	56-70 anni	
2-3	2-3	2	0	1-2	1	10
4-5	4-5	3-4	1-2	3-4	2-5	20
6-7	6-10	5-7	3-4	5-6	6-7	30
8-10	11-12	8-10	5-8	7-9	8-11	40
11-12	13	11-12	9-11	10-12	12	50
13-15	14-15	13-14	12	13-16	13	60
16-17	16-17	15-16	13-15	17-22	14-17	70
18-19	18-19	17	16-18	23-25	18-20	80
20-22	20-22	18-19	19-26	26-28	21-23	85
23	23	20-21	27	29	24	90
24	23	22	28-29	30	25	91
25	24	22	30-33	31	25	92
26	24	23-24	34-35	32	26	93
27-29	25-26	25	36	32	26	94
30	27	26	36	33	27	95
31-37	28-29	27-29	36	34	27	96
38-43	30-32	30-31	37	34	27	97
44	33-37	32-36	38	34	27	98
> 44	> 37	> 36	> 38	> 34	> 27	99

TABELLA 1.18
Percentili dei punteggi grezzi ottenuti dai maschi del campione
normativo alla subscale «Comportamenti di controllo»
suddivisi per fasce d'età

Punteggio grezzo						Rango percentile
16-20 anni	21-25 anni	26-35 anni	36-45 anni	46-55 anni	56-70 anni	
0	0	0	0	0	0	1
0	1	0	0	0	0	5
1	2	1	1	1-2	0	10
2	3-4	2	2	3-4	1	20

Punteggio grezzo						Rango percentile
16-20 anni	21-25 anni	26-35 anni	36-45 anni	46-55 anni	56-70 anni	
3	5-7	3-4	3-4	6	2	30
4	8	5-6	5-6	7-8	2	40
5-6	9	7	7	9-10	3-7	50
7-8	10-11	8-10	8-11	11-12	8-10	60
9-11	12-14	11	12-15	13	11-15	70
12-13	15	12-14	16-17	14-15	16	80
14-16	16-17	15	18-19	16-17	17	85
17	18	16	20-21	18	18	90
17	19	16	22	19	18	91
18	19	17	23	19	19-21	92
19	19	18	24	20	22-23	93
19	20	19	24	20	24-25	94
20	21-22	20-21	24	21	26	95
21	23-25	22	24	22-25	27	96
21	26-29	23-24	24	26-29	27	97
22-25	30-31	25-26	25	30	27	98
> 25	> 31	> 26	> 25	> 30	> 27	99

TABELLA 1.19

Percentili dei punteggi grezzi ottenuti dalle femmine del campione normativo alla subscale «Comportamenti di controllo» suddivisi per fasce d'età

Punteggio grezzo						Rango percentile
16-20 anni	21-25 anni	26-35 anni	36-45 anni	46-55 anni	56-70 anni	
0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	5
1-2	1	1	0	0	0	10
3	2-4	2-3	0	1	1	20
4-5	5-7	4-5	1-2	2-3	2	30
6-7	8	6-8	3-4	4-7	3-7	40
8-9	9	9	5-7	8-10	8	50

Punteggio grezzo						Rango percentile
16-20 anni	21-25 anni	26-35 anni	36-45 anni	46-55 anni	56-70 anni	
10	10	10	8	11-12	9-10	60
11-12	11-12	11-12	9-10	13-14	11	70
13-14	13-14	13	11-13	15	12-15	80
15-17	15	14-15	14-16	16-18	16-21	85
18	16	16	17	19	22	90
18	16	17	18	20	22	91
19-20	17	18	18	21-22	22	92
21	18	18	19	23	22	93
22-24	18	19-20	19	23	22	94
25	19	21	20-22	24	22	95
26-27	20	22	23-25	25	22	96
28-31	21-23	23-24	26-27	26-27	22	97
32	24-27	25	28	28	22	98
> 32	> 27	> 25	> 28	> 28	> 22	99

TABELLA 1.20

Percentili dei punteggi grezzi ottenuti dai maschi del campione normativo alla subscala «Impulsi e preoccupazioni di perdere il controllo del proprio comportamento motorio» suddivisi per fasce d'età

Punteggio grezzo						Rango percentile
16-20 anni	21-25 anni	26-35 anni	36-45 anni	46-55 anni	56-70 anni	
0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	5
0	0	0	0	0	0	10
0	1	0	0	0	0	20
0	2	1	0	1	0	30
1	3-5	1	0	1	0	40
1	6	2-4	1	2-5	1-3	50
2-3	7	5-6	2-4	6	4-6	60
4-6	8	7	5-6	7	7	70

Punteggio grezzo						Rango percentile
16-20 anni	21-25 anni	26-35 anni	36-45 anni	46-55 anni	56-70 anni	
7	9	7	7	7	7	80
8-9	10-11	8	7	7	7	85
10	12	9	7	7	7	90
10	12	9	7	8	7	91
10	12	10	8	8	7	92
11	13	10	9	8	7	93
12	14	10	9	8	8	94
13	15	11	9	8	8	95
14-5	16	12	10	9	8	96
16	17-20	12	11-14	10	8	97
17	21-27	13-15	15	11	8	98
> 17	> 27	> 15	> 15	> 11	> 8	99

TABELLA 1.21

Percentili dei punteggi grezzi ottenuti dalle femmine del campione normativo alla subscale «Impulsi e preoccupazioni di perdere il controllo del proprio comportamento motorio» suddivisi per fasce d'età

Punteggio grezzo						Rango percentile
16-20 anni	21-25 anni	26-35 anni	36-45 anni	46-55 anni	56-70 anni	
0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	5
0	0	0	0	0	0	10
0	0	0	0	0	0	20
1	1-3	1	0	0	0	30
2-3	4-6	1-2	0	0	0	40
4-6	7	3-6	1-3	1	1-6	50
7	7	7	4-6	2-6	7	60
7	7	7	7	7	7	70
8	8	7	7	7	7	80
9	9	8	7	7	7	85

Punteggio grezzo						Rango percentile
16-20 anni	21-25 anni	26-35 anni	36-45 anni	46-55 anni	56-70 anni	
10	10	9	7	8	7	90
11	10	10	7	8	7	91
11	10	10	8	8	7	92
12	10	10	8	8	8	93
13	11	11	8	9	8	94
14-15	11	11	8	9	8	95
16-18	12-13	11	8	9	8	96
19-27	14-15	12-13	9	10	8	97
28	16-19	14	10	11	8	98
> 28	> 19	> 14	> 10	> 11	> 8	99

TABELLA 1.22

Percentili dei punteggi grezzi ottenuti dai maschi del campione normativo alla subscale «Moltissimo» suddivisi per fasce d'età

Punteggio grezzo						Rango percentile
16-20 anni	21-25 anni	26-35 anni	36-45 anni	46-55 anni	56-70 anni	
0	0	0	0	0	0	50
0	0	0	0	0	0	60
1	1	1	1	1	0	70
2	2-3	2	2	2	1	80
3	4-5	3	3-7	3-4	2	85
4	6	4	8	5	2	90
5	6	5	9	5	2	91
5	7	5	10-11	5	2	92
5	7	5	12	5	2	93
5	7	6-8	12	5	2	94
6	8-9	9	12	6	2	95
7	10	10-11	13-14	7	2	96
8-14	11-20	12-13	15	8	2	97
15-16	21-55	14-16	16	9	2	98
> 16	> 55	> 16	> 16	> 9	> 2	99

TABELLA 1.23

Percentili dei punteggi grezzi ottenuti dalle femmine del campione normativo alla subscale «Moltissimo» suddivisi per fasce d'età

Punteggio grezzo						Rango percentile
16-20 anni	21-25 anni	26-35 anni	36-45 anni	46-55 anni	56-70 anni	
0	0	0	0	0	0	50
1	0	0	0	0	0	60
2	1	0	0	1-3	0	70
3-4	2	1	1	4-7	1	80
5-6	3	2	2-3	8-10	1	85
7	4	3	4	11	2	90
7	5	3	5	11	2	91
8-9	6	4-5	5	11	2	92
10	7	6-7	6	11	2	93
11-12	8	8-9	6	12	2	94
13-16	9	10	7-12	12	2	95
17-26	10-11	11	13-17	12	2	96
27-59	12-14	11	18	12	2	97
60	15-19	12	19	13	2	98
> 60	> 19	> 12	> 19	> 13	> 2	99

TABELLA 1.24

Percentili dei punteggi grezzi ottenuti dai maschi del campione normativo alla scala «Padua Inventory Totale» suddivisi per fasce d'età

Punteggio grezzo						Rango percentile
16-20 anni	21-25 anni	26-35 anni	36-45 anni	46-55 anni	56-70 anni	
0-5	0-7	0-2	0-5	0-7	0	1
6-8	8-11	3-5	6-7	8-13	1-2	5
9-13	12-20	6-12	8-12	14-21	3-4	10
14-18	21-27	13-18	13-17	22-28	5-9	20
19-24	28-42	19-23	18-28	29-34	10-15	30
25-31	43-64	24-32	29-37	35-39	16-23	40
32-38	65-71	33-46	38-57	40-47	24-36	50

Punteggio grezzo						Rango percentile
16-20 anni	21-25 anni	26-35 anni	36-45 anni	46-55 anni	56-70 anni	
39-51	72-79	47-66	58-68	48-72	37-66	60
52-65	80-90	67-82	69-77	73-83	67-83	70
66-73	91-94	83-87	78-84	84-92	84-89	80
74-91	95-100	88-104	85-99	93-101	90-92	85
92	101-103	105	100-109	102-104	93	90
93-94	104-110	105	110-118	105	94-95	91
95-97	111-112	106	119-127	106	96-98	92
98-99	113-114	107	128-130	107	99-100	93
100-102	115-117	108-112	131	107	101-102	94
103-109	118-127	113	132-133	108-111	103	95
110-123	128-143	114-115	134-138	112-121	104	96
124-133	144-149	117-128	139-146	122-129	104	97
134-151	150-233	129-146	147-148	130	104	98
> 151	> 233	> 146	> 148	> 130	> 104	99

TABELLA 1.25

Percentili dei punteggi grezzi ottenuti dalle femmine del campione normativo alla scala «Padua Inventory Totale» suddivisi per fasce d'età

Punteggio grezzo						Rango percentile
16-20 anni	21-25 anni	26-35 anni	36-45 anni	46-55 anni	56-70 anni	
0-9	0-5	0-5	0	0-2	0-4	1
10-14	6-10	6-8	1-2	3-5	5	5
15-25	11-18	9-13	3-6	6-10	6-10	10
26-33	19-28	14-23	7-12	11-16	11-12	20
34-41	29-55	24-35	13-23	17-24	13-14	30
42-55	56-68	36-44	24-28	25-31	15-19	40
56-70	69-73	45-69	29-39	32-51	20-26	50
71-78	74-82	70-73	40-64	52-76	27-69	60
79-90	83-91	74-79	65-76	77-91	70-84	70
91-97	92-95	80-84	77-85	92-94	85-87	80

Punteggio grezzo						Rango percentile
16-20 anni	21-25 anni	26-35 anni	36-45 anni	46-55 anni	56-70 anni	
98-106	96-102	85-96	86-104	95-105	88-94	85
107-109	103-105	97-98	105-108	106	95-96	90
110-113	106-107	99-102	109-110	107-108	97-98	91
114-116	108-110	103-105	111	109-110	99-100	92
117-122	111-114	106-107	112	111-117	101-102	93
123-126	115-118	108-115	113	118-122	103	94
127-140	119-126	115-118	114-126	123-125	104	95
141-167	127-134	119-122	127-137	126-128	104	96
168-239	135-139	123-127	138	129-130	104	97
240	140-162	128-135	139	131	104	98
> 240	> 162	> 135	> 139	> 131	> 104	99

Interpretazione dei punteggi

Tutti gli item del *Padua Inventory* esprimono comportamenti o atteggiamenti che possono suggerire la presenza di ossessioni o comportamenti compulsivi, per cui al crescere del punteggio aumenta la gravità del disturbo riferito dall'individuo.

Si evidenzia dall'analisi del campione normativo il variare dei punteggi in base a genere ed età di chi compila il questionario. Uomini e donne di diversa età ottengono punteggi significativamente differenti nelle varie scale del questionario. Il clinico che utilizza il *Padua Inventory* dovrà quindi confrontare i punteggi grezzi del paziente con il sottoinsieme del campione normativo anagraficamente omogeneo al suo caso.

Un ulteriore aspetto emerso, utile al fine della scelta del metodo di trasformazione dei punteggi grezzi, consiste nel fatto che le scale del *Padua Inventory* sono molto asimmetriche; pertanto si consiglia di utilizzare il rango percentile come principale indice per l'interpretazione dei punteggi.

Il razionale sottostante l'utilizzo dei percentili è il confronto tra un dato punteggio ottenuto a un questionario e la percentuale di persone che ottiene quello stesso punteggio nel campione normativo. Al diminuire di questa percentuale aumenta la probabilità che il dato punteggio si discosti dalla media della popolazione e, di conseguenza, abbia rilevanza clinica.

In generale, punteggi corrispondenti a valori percentili minori di 85 vanno considerati nella media e non sono rilevanti dal punto di vista clinico.

Punteggi compresi tra l'85° e il 94° percentile indicano una condizione di confine. I pazienti che si collocano all'interno di questa fascia presentano aspetti della dimensione presa in esame in quantità moderata. Rientrano in questa fascia tutte quelle persone che pur possedendo la caratteristica indagata non raggiungono una condizione patologica.

Punteggi uguali o superiori al 95° percentile indicano che la dimensione misurata è presente in misura significativamente superiore alla media. Di conseguenza, le persone che si collocano in questa fascia devono essere valutate attentamente dal clinico.

Controllo insufficiente su attività mentali

Punteggi inferiori all'85° percentile non rivestono particolare rilevanza clinica. Le persone che rientrano in questa fascia non presentano problemi legati ai loro pensieri.

Punteggi compresi tra l'85° e il 94° percentile indicano la presenza di pensieri che causano disagio all'individuo. La frequenza dei pensieri o l'intensità del disagio è tuttavia tollerabile. In generale, occorre tenere monitorato questo aspetto per evitare che possa sfociare nella patologia.

Punteggi uguali o superiori al 95° percentile indicano che la persona quotidianamente soffre di un marcato disagio legato alla presenza di pensieri intrusivi e sgradevoli che non riesce ad allontanare.

Venire contaminati

Punteggi inferiori all'85° percentile non rivestono particolare rilevanza clinica. Le persone che rientrano in questa fascia non presentano problemi legati alla paura di venire contaminati.

Punteggi compresi tra l'85° e il 94° percentile indicano che l'individuo presta molta attenzione alla pulizia e all'igiene. Prova un discreto disagio nell'entrare in contatto con oggetti o animali che ritiene potrebbero contaminarlo e può mettere in atto dei comportamenti di lavaggio o esitamenti. In generale, occorre tenere monitorato questo aspetto per evitare che possa diventare patologico.

Punteggi uguali o superiori al 95° percentile indicano che la persona prova una forte repulsione per cose o animali che teme possano contaminarlo. È molto infastidito dal maneggiare oggetti toccati da molte persone e passa gran parte del tempo in operazioni di pulizia o evita di entrare in contatto con una serie di situazioni od oggetti ritenuti contaminati.

Comportamenti di controllo

Punteggi inferiori all'85° percentile non rivestono particolare rilevanza clinica. Quelle persone che rientrano in questa fascia non mettono in atto comportamenti di controllo in quantità eccessiva.

Punteggi compresi tra l'85° e il 94° percentile indicano che l'individuo controlla più volte che normali attività quotidiane siano state svolte correttamente. In generale, occorre tenere monitorato questo comportamento per evitare che diventi patologico.

Punteggi uguali o superiori al 95° percentile indicano che la persona sente la necessità di controllare ripetutamente che le cose che fa siano svolte correttamente. Questa necessità di controllo interferisce significativamente con il normale svolgimento delle sue attività.

Impulsi e preoccupazioni di perdere il controllo del proprio comportamento motorio

Punteggi inferiori all'85° percentile non rivestono particolare rilevanza clinica. Quelle persone che rientrano in questa fascia non sono disturbati dal pensiero di mettere in atto comportamenti in contrasto con la propria volontà.

Punteggi compresi tra l'85° e il 94° percentile indicano che l'individuo ritiene possibile mettere in atto comportamenti socialmente inadeguati. La persona riesce tuttavia a fronteggiare questi pensieri e a non venirne sopraffatta. In generale, occorre tenere monitorato questo aspetto per evitare che possa diventare patologico.

Punteggi uguali o superiori al 95° percentile indicano che la persona soffre frequentemente e intensamente la preoccupazione di poter mettere in atto condotte socialmente inadeguate o persino lesive per sé e/o per gli altri.

Risposte «Moltissimo»

Punteggi inferiori all'85° percentile non rivestono particolare rilevanza clinica.

Punteggi compresi tra l'85° e il 94° percentile indicano che l'individuo riferisce o di provare moltissimo disagio o di mettere in atto con alta frequenza certi comportamenti in quantità superiore alla media.

Punteggi superiori al 95° percentile indicano che la persona riferisce o di provare moltissimo disagio o di mettere in atto con alta frequenza certi comportamenti in quantità molto superiore alla media.

Padua Inventory Totale

Punteggi inferiori all'85° percentile non rivestono particolare rilevanza clinica. Quelle persone che rientrano in questa fascia non soffrono di pensieri

o comportamenti ricorrenti che interferiscono con lo svolgersi della loro vita quotidiana.

Punteggi compresi tra l'85° e il 94° percentile indicano che l'individuo ha pensieri che lo disturbano in maniera ricorrente e/o comportamenti che interferiscono con lo svolgimento della sue attività. Tuttavia, la loro intensità e la loro frequenza rimangono a un livello tollerabile da parte dell'individuo. È consigliabile che la persona venga tenuta monitorata per evitare un aggravarsi di certi atteggiamenti e un eventuale sviluppo patologico.

Punteggi uguali o superiori al 95° percentile indicano che l'individuo è disturbato da pensieri e comportamenti ripetitivi durante buona parte della giornata provandone un marcato disagio. È probabile che la frequenza e l'intensità di ossessioni e compulsioni interferiscano significativamente con lo svolgimento delle attività quotidiane della persona.

Accorgimenti e indicazioni per l'utilizzo del questionario

Dall'analisi di intercorrelazione tra le scale è emerso che le subscale sono tra loro fortemente correlate. Il dato indica un debole valore discriminativo delle scale all'interno delle dimensioni in cui è articolato il questionario. Tuttavia, è necessario considerare come il campione normativo di riferimento sia costituito da persone reclutate tra la popolazione generale, le quali non presentano i tratti indagati in misura elevata. Infine è utile ricordare che un questionario non fornisce una diagnosi, ma semplicemente offre delle indicazioni relative a delle risposte soggettive fornite dall'individuo in un preciso momento. Ad esempio, si possono riscontrare punteggi elevati pur in assenza di quadri psicopatologici; inoltre un test non consente di ottenere informazioni relative al motivo per cui la persona ha indicato una certa risposta. Di conseguenza, è bene utilizzare gli strumenti testistici come uno dei mezzi, che fanno parte di un processo più ampio che comprende il colloquio clinico, le interviste, l'osservazione, la valutazione psicofisiologica, per agevolare la corretta formulazione della diagnosi.

Bibliografia

- APA – American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision*. Washington, DC: Author.
- APA – American Psychiatric Association. (2010). <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.

- Bobes, J., Gonzalez, M.P., Bascaran, M.T., Arango, C., Saiz, P.A., & Bousoño, M. (2001). Quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 16, 239-245.
- Burns, G.L., Keortge, S.G., Formea, G.M., & Sternberger, L.G. (1996). Revision of the Padua Inventory of obsessive compulsive disorder symptoms: Distinctions between worry, obsessions, and compulsions. *Behavior Research and Therapy*, 34, 163-173.
- Chappa, H.J. (1998). Padua's inventory of obsession: Psychometric, and normative data from the Spanish version. *Revista Argentina de Clinica Psicologica*, 7, 117-129.
- Flament, M.F., Whitaker, A., Rapoport, J.L., Davies, M., Zaremba, Berg, C., Kalikow, K., Sceery, W., & Shaffer, D. (1988). Obsessive compulsive disorder in adolescence: An epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 764-771.
- Freeston, M.H., Ladouceur, R., Rhéaume, J., Letarte, H., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (1994). Self-report of obsessions and worry. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 29-36.
- Freeston, M.H., Rhéaume, J., & Ladouceur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 433-446.
- Goodarzi, M.A., & Firoozabadi, A. (2005). Reliability and validity of the Padua Inventory in an Iranian population. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 43-54.
- Goodman, W.K., & Price, L.H. (1990). Rating scales for obsessive-compulsive disorder. In M.A. Jenike, L. Baer, & W.E. Minichiello, *Obsessive compulsive disorder: Theory and management* (2nd edition). Littleton, MA: Year Book Medical Publishers.
- Hafner, R.J. (1988). Obsessive-compulsive disorder: A questionnaire survey of a self-help group. *International Journal of Social Psychiatry*, 34, 310-315.
- Hafner, R.J., & Miller, R.J. (1990). Obsessive-compulsive disorder: An exploration of some unresolved clinical issues. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 24, 480-485.
- Ibanez, I., Olmedo, E., Penate, W., & Gonzalez, M. (2002). Obsessions and compulsions: Structure of the Padua Inventory. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 263-288.
- Jenike, M.A. (2001). An update on obsessive compulsive disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65, 4-25.
- Koran, L.M. (2000). Quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinic of North America*, 23, 509-517.
- Kyrios, M., Bhar, S., & Wade, D. (1996). The assessment of obsessive-compulsive phenomena: Psychometric and normative data on the Padua Inventory from and Australian non-clinical student sample. *Behavior Research and Therapy*, 34, 85-95.
- Lensi, P., Cassano, G.B., Correddu, G., Ravagli, S., & Kunovac, J.J. (1996). Obsessive-compulsive disorder familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *British Journal of Psychiatry*, 169, 101-107.
- Macdonald, A.M., & de Silva, P. (1999). The assessment of obsessionality using the Padua Inventory: Its validity in a British non-clinical sample. *Personality and Individual Differences*, 27, 1027-1046.

- Mancini, F., Gragnani, A., Orzari, F., & Pietrangeli, M.G. (1999). Obsessions and compulsions: Normative data on the Padua Inventory from an Italian non-clinical adolescent sample. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 919-925.
- Mataix-Cols, D., Junque, C., Sanchez-Turet, M., Vallejo, J., Verger, K., & Barrios, M. (1999). Neuropsychological functioning in a subclinical obsessive-compulsive sample. *Biological Psychiatry*, 45, 898-904.
- Mataix-Cols, D., Sanchez-Turet, M., & Vallejo, J. (2002). A Spanish version of the Padua Inventory: Factor structure and psychometric properties. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 30, 25-36.
- McKay, D., Abramowitz, J.S., Calamari, J.E., Kyrios, M., Radomsky, A.S., Sookman, D., et al. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: Symptoms versus mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 24, 283-313.
- Min, B.B. (1999). Reliability and validity of the Korean translations of Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory and Padua Inventory. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 18, 163-182.
- Murray, C.J., & Lopez, A.D. (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Geneva: Harvard University Press.
- Myers, J.K., Weissman, M.M., Tischler, G.L., Holzer III, C.E., Leaf, P.J., Orvaschel, H., Anthony, J.C., Boyd, J.H., Burke, Jr, J.D., Kramer, M., & Stoltzman, R. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980 to 1982. *Archives of General Psychiatry*, 41, 959-967.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.
- Rachman, S., Shafran, R., Mitchell, D., Trant, J., & Teachman, B. (1996). How to remain neutral: An experimental analysis of neutralisation. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 880-898.
- Rasmussen, S.A., & Eisen, J.L. (1990). Epidemiology of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 10-13.
- Rasmussen, S.A., & Eisen, J.L. (1992). The epidemiological and clinical features of obsessive-compulsive disorder. In M.A. Jenike (Ed.), *The psychiatric clinics of North America: Obsessional disorders* (vol. 15, pp. 743-758). Chicago: Saunders Company, Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
- Rasmussen, S.A., & Tsuang, M.T. (1986). DSM-III obsessive compulsive disorder: Clinical characteristics and family history. *American Journal of Psychiatry*, 143, 317-322.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-177.
- Sasson, Y., Zohar, J., Chopra, M., Lustig, M., Iancu, I., & Hendler, T. (1997). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: A world view. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (suppl. 12), 7-10.
- Skoog, G., & Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 121-127.

- Sternberger, L.G., & Burns, G.L. (1990). Obsessions and compulsions: Psychometric properties of the Padua Inventory with an American College Population. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 341-345.
- Summerfeldt, L.J., Richter, M.A., Antony, M.M., & Swinson, R.P. (1999). Symptom structure in obsessive-compulsive disorder: A confirmatory factor-analytic study. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 297-311.
- van Oppen, P. (1992). Obsessions and compulsions: The dimensional structure, reliability, convergent and divergent validity of the Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 631-637.
- van Oppen, P., Emmelkamp, P.M.G., van Balkom, A.J.L.M., & van Dyck, R. (1995). The sensitivity to change of measures of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 241-248.
- van Oppen, P., Hoekstra, R., & Emmelkamp, P. (1993). The assessment of obsessive-compulsive disorder: A psychometric evaluation among clinical groups. Paper presented at the European Congress of Behaviour and Cognitive Therapy, London.
- van Oppen, P., Hoekstra, R.J., & Emmelkamp, P.M.G. (1995). The structure of obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 15-23.
- Wakabayashi, A., & Aobayashi, T. (2007). Psychometric properties of the Padua Inventory in a sample of Japanese university students. *Personality and Individual Differences*, 43, 1113-1123.
- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Greenwald, S., Hwu, H.G., Lee, C.K., et al. (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 5-10.
- Woody, S.R., Steketee, G., & Chambless, D.L. (1995). The usefulness of the obsessive-compulsive scale of the symptom checklist-90-revised. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 607-611.
- World Health Organization. (1996). *Global burden of disease*. Harvard University Press.

Padua Inventory – PI¹

Sanavio, 1988

Cognome e nome _____ Sesso: ☐ M ☐ F

Data di nascita _____ Data di compilazione _____

Le informazioni seguenti si riferiscono a comportamenti che possono manifestarsi nella vita di ogni giorno, in ogni persona. Per ogni affermazione scelga la risposta contrassegnando il valore corrispondente alla sua scelta, tenendo presente che:

0	1	2	3	4
Per nulla	Un poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

FOGLIO 1					
1. Mi sento le mani sporche quando tocco del denaro.	0	1	2	3	4
2. Penso che anche un lieve contatto con secrezioni del mio corpo come sudore, urina, saliva, ecc., possa contaminare i miei vestiti o essere in qualche modo dannoso per me.	0	1	2	3	4
3. Mi è difficile toccare un oggetto quando so che è stato toccato da estranei o da determinate persone.	0	1	2	3	4
4. Per me è un problema toccare immondizie o cose sporche.	0	1	2	3	4
5. Evito di usare i gabinetti pubblici perché ho paura di malattie e contaminazioni.	0	1	2	3	4
6. Evito di usare il telefono pubblico perché temo contagi e malattie.	0	1	2	3	4
7. Mi lavo le mani più spesso e più a lungo del necessario.	0	1	2	3	4
8. Mi capita di dover lavare o pulire qualcosa solo perché mi viene il dubbio che possa essere sporco o «contaminato».	0	1	2	3	4
9. Se per caso tocco qualcosa che io penso «contaminato» devo correre subito a pulirmi.	0	1	2	3	4
10. Se un animale mi tocca, mi sento sporco e devo correre a lavarmi e a cambiarmi.	0	1	2	3	4

¹ Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-177. © Elsevier. Pubblicato con il permesso dell'Editore.

FOGLIO 2					
11. Quando mi vengono in mente dei dubbi e delle preoccupazioni, non ho pace finché non ne parlo con qualcuno che mi rassicura.	0	1	2	3	4
12. Quando parlo ho la tendenza a ripetere per diverse volte la stessa cosa o le stesse frasi.	0	1	2	3	4
13. Ho la tendenza a chiedere alla gente di ripetermi le stesse cose diverse volte di seguito, anche se ho capito quello che mi hanno detto.	0	1	2	3	4
14. Mi sento costretto a seguire un ordine particolare nel vestirmi, svestirmi, lavarmi.	0	1	2	3	4
15. Prima di addormentarmi devo fare certe cose seguendo un ordine particolare.	0	1	2	3	4
16. Prima di andare a letto appendo e piego con cura i vestiti.	0	1	2	3	4
17. Mi sento costretto a ripetere dei numeri senza ragione.	0	1	2	3	4
18. Devo fare e rifare le cose più volte prima che mi sembrino veramente a posto e ben fatte.	0	1	2	3	4
19. Ho la tendenza a controllare e ricontrollare le cose più volte del necessario.	0	1	2	3	4
20. Torno a controllare i rubinetti del gas o dell'acqua, gli interruttori della luce, dopo averli già spenti.	0	1	2	3	4
21. Torno indietro a controllare porte, finestre, cassetti, ecc., per essere sicuro che siano veramente ben chiusi.	0	1	2	3	4
22. Controllo e ricontrollo a lungo diverse volte di aver compilato esattamente moduli, documenti, disegni.	0	1	2	3	4
23. Controllo diverse volte che fiammiferi, sigarette, ecc., siano ben spenti.	0	1	2	3	4
24. Quando uso del denaro lo conto e lo riconto diverse volte.	0	1	2	3	4
25. Controllo attentamente le lettere più e più volte prima di impostarle.	0	1	2	3	4
26. Ho difficoltà a prendere decisioni persino per questioni di scarsa importanza.	0	1	2	3	4
27. Mi capita di non essere sicuro di aver fatto delle cose che in realtà ho fatto.	0	1	2	3	4
28. Ho l'impressione di non riuscire mai a spiegare bene le cose, specialmente se si parla di questioni importanti che mi riguardano.	0	1	2	3	4

FOGLIO 3					
29. Dopo aver fatto con attenzione un lavoro, mi capita di avere lo stesso l'impressione di averlo fatto male o di non averlo finito.	0	1	2	3	4
30. Mi capita di fare tardi perché faccio e rifaccio certe cose più volte del necessario.	0	1	2	3	4
31. Mi creo facilmente dei dubbi e dei problemi su gran parte delle cose che faccio.	0	1	2	3	4
32. Quando comincio a pensare a certe cose non riesco più a liberarmene e a svuotare la mente.	0	1	2	3	4
33. Mi vengono in mente pensieri sgradevoli contro la mia volontà e non riesco a liberarmene.	0	1	2	3	4
34. Mi vengono in mente parole stupide o volgari che non riesco a scacciare.	0	1	2	3	4
35. La mia mente lavora in continuazione per conto suo e faccio fatica a prestare attenzione a quello che succede attorno a me.	0	1	2	3	4
36. Mi immagino conseguenze catastrofiche per piccoli errori o distrazioni che mi capita di fare.	0	1	2	3	4
37. Mi capita di pensare o di preoccuparmi a lungo di aver fatto del male a qualcuno senza accorgermene.	0	1	2	3	4
38. Quando sento parlare di certe disgrazie mi capita di pensare che sia in qualche modo colpa mia.	0	1	2	3	4
39. Mi capita di pensare e di preoccuparmi a lungo senza motivo di essermi fatto male o di avere qualche malattia.	0	1	2	3	4
40. Mi capita di mettermi a contare degli oggetti senza ragione.	0	1	2	3	4
41. Mi sento costretto a ricordare dei numeri senza nessuna importanza.	0	1	2	3	4
42. Quando leggo ho l'impressione che qualcosa di importante mi sia sfuggito e devo tornare indietro a rileggere due o tre volte almeno.	0	1	2	3	4
43. Mi preoccupo di tenere a mente e faccio sforzi per non dimenticarmi le cose che in realtà non sono importanti.	0	1	2	3	4
44. Mi vengono in mente dei pensieri e allora devo esaminarli con cura e non sono contento fino a che non ho esaminato fino in fondo quel pensiero o quel dubbio.	0	1	2	3	4
45. In determinate situazioni ho paura di perdere il controllo di me stesso e fare degli atti sconvenienti o pericolosi che non desidero.	0	1	2	3	4
46. Quando guardo giù da un ponte o da una torre provo una specie di impulso a gettarmi nel vuoto.	0	1	2	3	4

FOGLIO 4					
47. Guardando un treno che si avvicina mi capita di pensare che potrei gettarmi sulle rotaie.	0	1	2	3	4
48. In certi momenti ho la tentazione di strapparmi i vestiti e spogliarmi in un luogo pubblico.	0	1	2	3	4
49. Mentre guido mi capita di sentire una specie di impulso a investire qualcuno o qualcosa con l'auto.	0	1	2	3	4
50. Vedere delle armi mi turba e mi crea strani pensieri.	0	1	2	3	4
51. Mi innervosisce e mi preoccupa la vista di coltelli, pugnali o altri oggetti appuntiti.	0	1	2	3	4
52. Mi capita di sentire qualcosa dentro di me che mi costringe a fare delle azioni che in realtà non desidero fare.	0	1	2	3	4
53. Mi capita di sentire una specie di bisogno di rompere o danneggiare degli oggetti senza ragione.	0	1	2	3	4
54. Mi prende una specie di impulso a impadronirmi di oggetti di altri, anche se non mi servono.	0	1	2	3	4
55. Mi capita di avere una tentazione quasi irresistibile a rubare qualcosa nei supermercati.	0	1	2	3	4
56. In certi momenti avverto una specie di forza che mi spinge a fare del male a degli animali.	0	1	2	3	4
57. Mi sento costretto a fare dei gesti particolari o camminare in modo particolare.	0	1	2	3	4
58. In certe situazioni provo un bisogno incontrollabile di mangiare anche a rischio di stare male.	0	1	2	3	4
59. Quando sento parlare di suicidio o di un delitto resto a lungo turbato e faccio fatica ad allontanare tale pensiero.	0	1	2	3	4
60. Mi creo preoccupazioni inutili per i germi e le malattie.	0	1	2	3	4

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 apparterrebbero 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 ($0,76 < \alpha \text{ di Cronbach} < 0,94$), 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.

Per l'interpretazione del punteggio totale dell'OCI-R riportiamo in tabella 2.1 i valori percentili corrispondenti a ciascun punteggio grezzo. Il criterio interpretativo è il seguente:

1. punteggi grezzi corrispondenti a valori percentili compresi tra 0 e 84 vanno considerati nella media e non rivestono un significato clinico particolare. La persona, cioè, riporta un livello di ossessioni e compulsioni compatibile con la normalità;
2. punteggi grezzi compresi tra l'85° e il 90° percentile indicano una condizione psicologica al confine con aspetti di tipo patologico. Si consiglia di valutare attentamente la situazione, poiché questi punteggi rappresentano valori soglia che richiamano l'attenzione del clinico su una possibile presenza di psicopatologia;
3. punteggi grezzi compresi tra il 91° e il 95° percentile indicano presenza di ossessioni e compulsioni che comportano chiaramente disagio e difficoltà per la persona. Se con altri strumenti di valutazione (ad esempio colloquio e osservazione) si riscontrasse un elevato livello di disagio potrebbe essere consigliabile un intervento specialistico per il trattamento delle ossessioni e compulsioni;
4. punteggio grezzi oltre il 95° percentile indicano una situazione di particolare difficoltà e una presenza clinicamente significativa di ossessioni e/o compulsioni. Questi livelli di psicopatologia richiedono spesso l'intervento dello specialista per valutare, ad esempio, la presenza di un disturbo ossessivo-compulsivo (DOC).

Riguardo alle subscale di Checking (tabella 2.2), Ordering (tabella 2.3), Washing (tabella 2.4) e Obsessing (tabella 2.5) il criterio interpretativo è il seguente:

1. punteggi grezzi corrispondenti a valori percentili compresi tra 0 e 84 vanno considerati nella media e non rivestono un significato clinico particolare. La persona, cioè, non riporta particolari problemi riguardo a rituali di controllo (Checking), rituali relativi a ordine e simmetria (Ordering), rituali di lavaggio e procedure di decontaminazione (Washing) e pensieri ossessivi (Obsessing);
2. punteggi grezzi compresi tra l'85° e il 94° percentile indicano una condizione psicologica al confine con aspetti di tipo patologico. Si consiglia di valutare attentamente la situazione, poiché questi punteggi rappresentano valori soglia che richiamano l'attenzione del clinico su una possibile presenza di sintomi invalidanti per il soggetto;
3. punteggi grezzi oltre il 94° percentile indicano una situazione di particolare difficoltà e una presenza clinicamente significativa dello specifico aspetto misurato dalla scala. Se con altri strumenti di valutazione (ad esempio colloquio e osservazione) si riscontrasse un elevato livello di disagio potrebbe essere consigliabile un intervento specialistico per il trattamento delle ossessioni e compulsioni.

TABELLA 2.1
Conversione dei punteggi grezzi ottenuti alla scala totale
dell'OCI-R in valori percentili

Punteggi grezzi ottenuti all'OCI-R	Valori percentili corrispondenti
0	10
1	20
2-3	30
4-5	40
6-7	50
8-10	60
11-14	70
15	80
16	85
17-19	87
20	90
21	91
22	94
23	95
24	96
25	97
28	98
≥ 29	99

TABELLA 2.2
Conversione dei punteggi grezzi ottenuti
alla scala Checking dell'OCI-R in valori percentili

Punteggi grezzi scala Checking	Valori percentili corrispondenti
0	10
1	60
2	70
3	80
4	85
5	94

Punteggi grezzi scala Checking	Valori percentili corrispondenti
6	95
7	97
8	98
≥ 9	99

TABELLA 2.3
Conversione dei punteggi grezzi ottenuti alla scala
Ordering dell'OCI-R in valori percentili

Punteggi grezzi scala Ordering	Valori percentili corrispondenti
0	10
1	60
2	70
3	80
4	85
5	94
6	95
7	97
8	98
≥ 9	99

TABELLA 2.4
Conversione dei punteggi grezzi ottenuti alla scala
Washing dell'OCI-R in valori percentili

Punteggi grezzi scala Washing	Valori percentili corrispondenti
0	10
1	60
2	80
3	85
4	92
5	95
≥ 6	98

TABELLA 2.5
**Conversione dei punteggi grezzi ottenuti alla scala
 Obsessing dell'OCI-R in valori percentili**

Punteggi grezzi scala Obsessing	Valori percentili corrispondenti
0	10
1	60
2	70
3	80
4	85
5	90
6	92
7	94
8	95
9	98
≥ 10	99

Riguardo invece alle subscale di Hoarding (tabella 2.6) e di Mental neutralizing (tabella 2.7) il criterio interpretativo è il seguente:

1. punteggi grezzi corrispondenti a valori percentili compresi tra 0 e 94 vanno considerati nella norma e non rivestono un significato clinico particolare. La persona, cioè, non riporta particolari problemi nella sfera dell'accumulo patologico (Hoarding) o in quella dei rituali mentali *covert* (Mental neutralizing);
2. punteggi grezzi oltre il 94° percentile potrebbero invece indicare una presenza clinicamente significativa di disagio relativamente a questi aspetti e richiedere quindi l'intervento dello specialista.

TABELLA 2.6
**Conversione dei punteggi grezzi ottenuti alla scala
 Hoarding dell'OCI-R in valori percentili**

Punteggi grezzi scala Hoarding	Valori percentili corrispondenti
0	10
1	50
2	60
3	80
4	85
5	90

Punteggi grezzi scala Hoarding	Valori percentili corrispondenti
6	95
7	97
8	98
≥ 9	99

TABELLA 2.7
Conversione dei punteggi grezzi ottenuti alla scala
Mental neutralizing dell'OCI-R in valori percentili

Punteggi grezzi scala Mental neutralizing	Valori percentili corrispondenti
0	10
1	85
2	93
3	95
4	98
≥ 5	99

Precauzioni e limiti di utilizzo dell'OCI-R

L'utilizzo degli strumenti self-report costruiti per la valutazione di elementi psicopatologici presenta alcuni potenziali limiti o difficoltà che è opportuno segnalare.

Innanzitutto, questo tipo di strumenti minimizza la possibilità di falsi negativi ma presenta molti falsi positivi. Questo significa che mentre possiamo essere abbastanza certi del fatto che punteggi nell'ambito della norma segnalino effettivamente la mancanza di problemi rispetto al costrutto segnalato, altrettanta sicurezza circa la presenza di una psicopatologia specifica nel caso di punteggi elevati non si può avere. Nel caso dell'OCI-R, punteggi elevati potrebbero essere riscontrati anche in presenza di stati di ansia elevati non necessariamente associati a un disturbo ossessivo-compulsivo, di aspetti depressivi, di disturbi alimentari o di disturbi somatoformi. È bene comunque ricordare che ad oggi l'OCI-R risulta essere uno degli strumenti più specifici per la misura di ossessioni e compulsioni riferite al disturbo ossessivo-compulsivo.

In secondo luogo, la dimensione di Hoarding dell'OCI-R appare problematica soprattutto quando il questionario è applicato alla popolazione non clinica.

Di conseguenza, punteggi elevati a questa dimensione non vanno considerati patognomici in nessun caso ma occorre siano oggetto di accurato approfondimento. Occorre aggiungere che il fenomeno dell'hoarding non è più considerato un aspetto del disturbo ossessivo-compulsivo ma un problema a sé stante (si veda Pertusa et al., 2010). Anche per questo motivo, elevati punteggi a tale scala andranno valutati con cura.

Un altro problema si potrebbe creare rispetto alla presenza di omissioni nelle risposte. L'OCI-R è uno strumento molto breve e questa eventualità è abbastanza rara. Nel caso di omissioni si suggerisce di procedere come segue. Il punteggio totale è ancora calcolabile in presenza massima di due omissioni: in questo caso si usa una semplice procedura di stima dei punteggi (si veda, ad esempio, Sica, Chiri, Favilli e Marchetti, 2011). Non è invece possibile calcolare il punteggio riferito alla/e singola/e dimensione/i poiché anche una sola omissione invalida la scala, dato il basso numero di item per ogni scala. Infine, l'intero test va invalidato in presenza di tre o più omissioni. Ovviamente la strategia migliore è far notare le omissioni e chiedere alla persona di fornire la valutazione mancante (per altri aspetti relativi al significato delle omissioni si veda il lavoro citato sopra di Sica et al., 2011).

Nel caso invece si desideri seguire l'evoluzione di un disturbo ossessivo-compulsivo cronico o comunque grave, in presenza o meno di trattamenti, si consiglia di utilizzare altri tipi di misure come la Y-BOCS (si veda il capitolo quarto di questo volume; si ricordi che esiste anche una nuova versione, la Y-BOCS-II, in fase di validazione per la popolazione italiana), oppure il nuovo strumento self-report denominato *Dimensional Obsessive-Compulsive Scale* (Abramowitz et al., 2010), in corso di validazione per la popolazione italiana a opera di Melli e collaboratori. Tale strumento valuta la presenza e l'entità dei sintomi non tanto in base a specifiche ossessioni o compulsioni, quanto piuttosto in base a come il soggetto si colloca sulle principali dimensioni del disturbo che sono state individuate attraverso analisi strutturali (preoccupazioni relative ai germi e alla contaminazione; preoccupazioni di poter essere responsabile di danni, lesioni o sfortune; pensieri inaccettabili; preoccupazioni per la simmetria, la completezza e il bisogno che le cose siano fatte proprio nel «modo giusto»).

Infine, l'OCI-R risulta adattissimo nei contesti di ricerca per via della sua brevità e possiamo dire senza tema di smentita che ad oggi è lo strumento più utilizzato al mondo proprio nel campo della ricerca. Tuttavia, ci sono casi in cui la relativa ristrettezza del range di punteggi per ogni singola dimensione (da 0 a 12), consiglia l'utilizzo della forma originaria da cui l'OCI-R è stato derivato, cioè l'OCI a 42 item. Dati su questa versione, che è già stata utilizzata anche in Italia, sono presenti nel lavoro di Sica e colleghi (2009).

Conclusioni

Dalla sua pubblicazione, l'OCI-R è rapidamente diventato uno degli strumenti più utilizzati in campo internazionale per la valutazione della sintomatologia ossessiva-compulsiva (Sica et al., 2009). Lo studio di validazione italiano ha dimostrato che questo strumento può essere utilizzato per la ricerca e la valutazione clinica anche nel nostro Paese e per questo ci sembrava importante renderlo disponibile per i professionisti e ricercatori. Studi futuri potranno ulteriormente valutarne le proprietà psicometriche e la capacità discriminativa rispetto ad altri problemi di interesse clinico, come ad esempio disturbi alimentari, psicosi e disturbi del controllo degli impulsi.

Bibliografia

- Abramowitz, J.S., Deacon, B.J., Olatunji, B.O., et al. (2010). Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: Development and evaluation of the dimensional obsessive-compulsive scale. *Psychological Assessment*, 22, 180-198.
- Antony, M.M., Downie, F., & Swinson, R.P. (1998). Diagnostic issues and epidemiology in obsessive-compulsive disorder. In R.P. Antony, S. Rachman e M.A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder. Theory, research, and treatment* (pp. 3-32). New York: Guilford Press.
- APA – American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bebbington, P. (1998). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173 (suppl. 35), 2-6.
- DuPont, R.L., Rice, D.P., Shiraki, S., & Rowland, C.R. (1995). Economic costs of obsessive-compulsive disorder. *Medical Interface*, 8, 102-109.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B.W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-Patients Edition (SCID-I/P)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Foa, E.B., Huppert, J.D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., et al. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485-496.
- Foa, E.B., Kozak, M.J., Salkovskis, P.M., Coles, M.E., & Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 10, 206-214.
- Foa, E.B., & Tillmans, A. (1980). The treatment of obsessive compulsive neurosis. In A. Goldstein e E.D. Foa (Eds.), *Handbook of behavioral interventions: A clinical guide*. New York: Wiley.
- Fontenelle, L.F., Mendlowicz, M.V., Marques, C., & Versiani, M. (2004). Trans-cultural aspects of obsessive-compulsive disorder: A description of a Brazilian sample and a

- systematic review of international clinical studies. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 403-411.
- Hodgson, R., & Rachman, S. (1977). Obsessional compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395.
- Koran, L.M., Thienemann, M.L., & Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, 783-788.
- Marks, I., Hallam, R., Connolly, S., & Philpott, R. (1977). *Nursing in behavioural psychotherapy: An advanced clinical role for nurses*. London & Tonbridge: Whitefriars Press.
- Mataix-Cols, D., Junque, C., Sanchez-Turet, M., Vallejo, J., Verger, K., & Barrios, M. (1999). Neuropsychological functioning in a subclinical obsessive-compulsive sample. *Biological Psychiatry*, 45, 898-904.
- McKay, D., Abramowitz, J.S., Calamari, J.E., Kyrios, M., Radomsky, A.S., Sookman, D., et al. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: Symptoms versus mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 24, 283-313.
- Murray, C.J., & Lopez, A.D. (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Geneva: Harvard University Press.
- Pertusa, A., Frost, R.O., Fullana, M.A., Samules, J., Steketee, G., Tolin, D., et al. (2010). Refining the diagnostic boundaries of compulsive hoarding: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 30, 371-386.
- Rasmussen, S.A., & Eisen, J.L. (1990). Epidemiology of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 10-13.
- Rasmussen, S.A., & Eisen, J.L. (1992). The epidemiological and clinical features of obsessive-compulsive disorder. In M.A. Jenike (Ed.), *The psychiatric clinics of North America obsessional disorders* (Vol. 15, pp. 743-758). Chicago: Saunders Company, Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
- Rasmussen, S.A., & Tsuang, M.T. (1986). DSM-III obsessive compulsive disorder: Clinical characteristics and family history. *American Journal of Psychiatry*, 143, 317-322.
- Sanavio, E., Bertolotti, G., Michielin, P., Vidotto, G., & Zotti, A.M. (1997). *CBA-2.0 scale primarie. Manuale. Una batteria a vasto spettro per l'assessment psicologico*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Sanavio, E., & Sica, C. (1999). *I test di personalità. Inventari e questionari*. Bologna: il Mulino.
- Sasson, Y., Zohar, J., Chopra, M., Lustig, M., Iancu, I., & Hendler, T. (1997). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: A world view. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (suppl. 12), 7-10.
- Sica, C., Chiri, L.R., Favilli, R., & Marchetti, I. (2011). *Q-PAD. Questionario per la valutazione della psicopatologia in adolescenza*. Trento: Erickson.
- Sica, C., Ghisi, M., Altoè, G., Chiri, L.R., Franceschini, S., Coradeschi, D., et al. (2009). The Italian version of Obsessive Compulsive Inventory: Its psychometric properties on community and clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 204-211.
- Sica, C., Taylor, S., Arrindell, W.A., & Sanavio, E. (2006). A cross-cultural test of the cognitive theory of obsessions and compulsions: A comparison of Greek, Italian,

- and American individuals. A preliminary study. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 585-597.
- Skoog, G., & Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 121-127.
- Summerfeldt, L.J., Richter, M.A., Antony, M.M., & Swinson, R.P. (1999). Symptom structure in obsessive-compulsive disorder: A confirmatory factor-analytic study. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 297-311.
- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Greenwald, S., Hwu, H.G., Lee, C.K., et al. (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 5-10.

Obsessive-Compulsive Inventory – Revised – OCI-R¹

Foa, Huppert, Leiberg, Langner, Kichic, Hajcak et al., 2002

Versione italiana a cura di Sica, Chiri, Ghisi e Marchetti, 2009

Nella colonna denominata *disagio* contrassegni il numero che meglio descrive quanto quella particolare esperienza le ha causato *disagio o fastidio nell'ultimo mese*. I numeri nella colonna corrispondono ai seguenti significati:

0	1	2	3	4
Per nulla	Un poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

È importante ricordare che non ci sono risposte giuste o sbagliate. Non si soffermi troppo su ogni affermazione: la prima risposta è spesso la più accurata.

Grazie.

	Disagio				
	0	1	2	3	4
1. Ho conservato talmente tante cose che ora sono intralciato da esse.	0	1	2	3	4
2. Ho la tendenza a controllare e ricontrollare le cose molto più spesso del necessario.	0	1	2	3	4
3. Mi irrita notevolmente se gli oggetti non sono sistemati al loro giusto posto.	0	1	2	3	4
4. Mi sento costretto a ripetere dei numeri mentre sto facendo delle cose.	0	1	2	3	4
5. Trovo difficile toccare un oggetto quando so che è stato toccato da estranei o da certe persone.	0	1	2	3	4
6. Trovo difficile controllare i miei pensieri.	0	1	2	3	4
7. Accumulo cose di cui non ho bisogno.	0	1	2	3	4
8. Controllo ripetutamente porte, finestre e cassetti.	0	1	2	3	4
9. Mi agito se gli altri cambiano il modo in cui ho sistemato le cose.	0	1	2	3	4
10. Sento di dover ripetere certi numeri.	0	1	2	3	4
11. Qualche volta devo lavarmi o pulirmi semplicemente perché mi sento contaminato.	0	1	2	3	4

¹ Foa, E.B., Huppert, J.D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., et al. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485-496. © APA. Pubblicato con il permesso dell'Editore.

12. Sono turbato da pensieri spiacevoli che entrano nella mia mente contro la mia volontà.	0	1	2	3	4
13. Evito di buttare via le cose perché temo che in futuro potrei averne bisogno.	0	1	2	3	4
14. Controllo ripetutamente i rubinetti del gas, dell'acqua e gli interruttori della luce dopo averli chiusi/spenti.	0	1	2	3	4
15. Ho bisogno che le cose attorno a me siano sistemate secondo un particolare ordine.	0	1	2	3	4
16. Ho la sensazione che ci siano numeri buoni e numeri cattivi.	0	1	2	3	4
17. Mi lavo le mani più spesso e più a lungo del necessario.	0	1	2	3	4
18. Frequentemente ho pensieri sgradevoli e ho difficoltà a liberarmene.	0	1	2	3	4

Indicazioni per lo scoring

Per calcolare il punteggio totale al questionario e alle singole subscale è necessario sommare il punteggio dei singoli item in modo conforme a quanto riportato dal seguente schema:

Punteggio Totale: item 1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 + 11 + 12 + 13 + 14 + 15 + 16 + 17 + 18

Punteggio Hoarding: item 1 + 7 + 13

Punteggio Checking: item 2 + 8 + 14

Punteggio Ordering: item 3 + 9 + 15

Punteggio Mental neutralizing: item 4 + 10 + 16

Punteggio Washing: item 5 + 11 + 17

Punteggio Obsessing: item 6 + 12 + 18

Vancouver Obsessional Compulsive Inventory

Gabriele Melli^a e Carlo Chiorri^b

^a Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva – IPSICO, Firenze

^b Dipartimento di Scienze della Formazione, Sezione di Psicologia, Università di Genova

Introduzione

Non è sempre facile condurre un adeguato assessment dei sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), sia per la molteplicità delle forme con le quali esso può presentarsi, data la natura eterogenea e idiosincratica delle ossessioni e compulsioni, sia per la resistenza al trattamento che spesso mostrano i pazienti. L'utilizzo delle scale di valutazione auto ed etero-somministrate può dimostrarsi, in questo senso, un valido supporto nel vincere tale reticenza o, al contrario, divenire causa d'angoscia, attivando alcuni specifici sintomi del disturbo (Smeraldi, 2003; Steketee, 2012).

Gli strumenti psicometrici esistenti per la valutazione della sintomatologia DOC sono stati sviluppati soprattutto a scopo di ricerca, per cui sono spesso citati nelle pubblicazioni relative, ad esempio, all'efficacia di uno specifico trattamento o in studi di screening. Ciononostante, essi possono essere impiegati anche con fini esclusivamente clinici per individuare le peculiari aree di preoccupazione del soggetto nel contesto del colloquio clinico e nella valutazione della severità del disturbo sia al momento dell'inizio terapia, sia nelle fasi successive (Dettore, 2003).

Come illustrato nell'ampia rassegna di Grabill e collaboratori (2008), l'assessment della sintomatologia del DOC può avvenire mediante interviste diagnostiche, questionari o scale somministrate e valutate dal clinico e/o dai familiari del paziente, o tramite questionari o scale autosomministrate (self-report). Ogni strumento presenta caratteristiche peculiari, sia per il contenuto che per il metodo di somministrazione, finalizzate a specifici obiettivi di assessment, come ad esempio lo screening, il supporto alla diagnosi, la progettazione del trattamento o la valutazione della baseline che servirà da riferimento per la valutazione dell'efficacia del trattamento. L'impiego di un determinato strumento, quindi, può essere più o meno adeguato in base al contesto e agli scopi per i quali viene utilizzato.

Forse per la loro facilità sia di somministrazione che di calcolo dei punteggi, gli strumenti self-report sono stati fra i primi a essere sviluppati e sono in uso ormai da decenni. Grazie ad essi, molti pazienti hanno avuto per la prima volta la possibilità di riconoscersi nella descrizione di quei sintomi di cui credevano essere gli unici al mondo a soffrire. Inoltre, essi consentono la valutazione dell'efficacia del trattamento in quanto possono essere somministrati all'inizio, durante, alla fine e dopo la conclusione della terapia, e permettono una valutazione iniziale della severità della sintomatologia mediante il confronto del punteggio del paziente con quello di un campione normativo di riferimento. Tuttavia, nel caso del DOC, i questionari self-report possono essere fonte d'angoscia, poiché attivano le difficoltà caratteristiche del disturbo, quali il dubbio d'inesattezza e incompletezza e il bisogno di rileggere e di controllare ripetutamente quanto affermato, tanto da rendere necessario da parte del clinico una discussione di ogni singolo item, con conseguente eccessiva dilatazione del tempo di somministrazione.

In questo capitolo viene presentata la versione italiana del *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory* (VOCI; Thordarson et al., 2004), che è una versione rivista del «classico» *Maudsley Obsessional Compulsive Inventory* (MOCI; Hodgson e Rachman, 1977). Come illustrato più avanti, il VOCI ha il principale pregio di permettere una valutazione delle componenti cognitive e comportamentali del DOC.

Il Maudsley Obsessional Compulsive Inventory (MOCI)

Uno degli strumenti self-report «storici» e più utilizzati in letteratura per valutare i sintomi ossessivo-compulsivi è il *Maudsley Obsessional Compulsive Inventory* (MOCI; Hodgson e Rachman, 1977). I suoi contenuti sono stati sviluppati a partire dall'intervista di 30 pazienti affetti da DOC e dall'esperienza clinica dei due autori. L'insieme originario comprendeva 65 affermazioni a cui il paziente doveva rispondere «vero» o «falso», la metà delle quali *reverse-scored* per evitare effetti di acquiescenza. Attraverso un approccio orientato al criterio, ossia individuando quali item discriminavano adeguatamente un gruppo di 50 pazienti DOC da un gruppo appaiato di pazienti con altri disturbi d'ansia, essi sono stati ridotti agli attuali 30. Un'analisi delle componenti principali condotta su 100 pazienti DOC ha poi permesso di individuare una struttura a 4 fattori (pulizia, controllo, dubbio/coscienziosità, lungaggine ossessiva), che costituisce l'odierna procedura di scoring della scala. Per quanto siano state fornite prove a favore dell'adeguatezza delle proprietà psicometriche del MOCI, in particolare in merito alla coerenza interna e alla validità di costrutto (Emmelkamp, Kraaijkamp e van den Hout,

1999; Richter, Cox e Dorenfeld, 1994), recentemente alcuni autori (Radomsky et al., 2006; Thordarson et al., 2004) hanno evidenziato come esso sia basato su un modello comportamentista che non indaga le componenti cognitive del DOC, per cui consente una valutazione soltanto marginale di fenomeni quali gli impulsi ossessivi, l'accumulo compulsivo e i rituali mentali. Inoltre, la sensibilità dello strumento ai cambiamenti prodotti dall'intervento terapeutico è compromessa dal formato dicotomico delle risposte e dalla tendenza degli item a riferirsi al passato e a situazioni stabili, invece che a preoccupazioni e comportamenti attuali. Infine, sono stati individuati difetti tecnici nella formulazione degli item stessi (in particolare la presenza di doppie negazioni, che hanno lo scopo di contenere lo stile di risposta acquiescente, ma rendono alcune frasi di difficile comprensione) e la scarsa replicabilità della struttura fattoriale (su questo aspetto si vedano la rassegna e i commenti sull'impiego di metodi di analisi fattoriale inappropriati di Woods, 2002).

Il Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI)

Il *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory* (VOCI; Thordarson et al., 2004) è stato sviluppato per superare i limiti del MOCI e degli altri strumenti self-report disponibili per la valutazione dei sintomi ossessivo-compulsivi e mettere a disposizione di clinici e ricercatori uno strumento psicometricamente più adeguato per indagare le sfaccettature del DOC. Il questionario è articolato in 55 item, ognuno dei quali viene valutato su una scala di accordo di tipo Likert a 5 punti, che consente al soggetto di esprimere in maniera dimensionale il grado in cui si sente descritto dall'affermazione, aumentando la sensibilità dello strumento ai cambiamenti terapeutici rispetto al MOCI, da cui deriva, e che prevedeva soltanto risposte vero/falso. Gli item del VOCI, inoltre, valutano anche aspetti di natura cognitiva, oltre che comportamentale, sono formulati al positivo e si riferiscono a situazioni e comportamenti attuali, in modo da facilitarne la comprensione, la valutazione e l'interpretazione.

Lo sviluppo dello strumento, iniziato nel 1994 e terminato con lo studio di validazione nel 2004 (Thordarson et al., 2004), si è articolato in tre fasi principali.

Nella prima fase, Rachman e Taylor hanno steso una lista di 172 item, organizzati in 13 domini di contenuto, relativi a caratteristiche tipiche del fenomeno ossessivo-compulsivo e li hanno somministrati a 183 studenti universitari. Un'analisi delle componenti principali ha suggerito di suddividere alcune subscale in due fattori distinti, di raggruppare in un unico fattore altre scale e di eliminare quegli item che non saturavano su nessun fattore. Da questa procedura è derivato

un questionario composto da 84 item suddivisi in 17 subscale, che sono state organizzate in 4 cluster: *Contamination, Danger, Other obsession and compulsion, Personality characteristics*. Questa scala è stata denominata *Maudsley Obsessional Compulsive Inventory – Revised* (MOCI-R) e le sue proprietà psicometriche sono state presentate nel 1995 (Rachman, Thordarson e Radomsky, 1995).

Nella seconda fase, il MOCI-R è stato somministrato a 272 studenti, 122 individui adulti tratti dalla popolazione generale, 118 pazienti che avevano ricevuto una diagnosi di DOC e 55 persone che si autodescrivevano come affette da un altro disturbo d'ansia (prevalentemente disturbo di panico) ed è stata indagata la sua capacità di discriminare fra questi quattro gruppi. Le analisi hanno evidenziato alcuni importanti limiti dello strumento; in particolare, alcune subscale non si sono rivelate in grado di differenziare adeguatamente i pazienti DOC da quelli con altri disturbi d'ansia e dai partecipanti non clinici. La suddivisione in 17 subscale e 4 cluster, inoltre, non era abbastanza parsimoniosa rispetto all'obiettivo di sviluppare una scala di agevole somministrazione e scoring. È stata quindi effettuata un'analisi fattoriale sui dati relativi ai 118 pazienti DOC raggruppando in un unico pool gli 84 item del MOCI-R e i 30 item del MOCI originale. Le potenziali distorsioni nei risultati dell'analisi fattoriale, dovute al basso rapporto tra numero di soggetti e numero di item, sono state contenute mediante l'impiego del metodo di estrazione dei minimi quadrati non ponderati. Da questa analisi è emersa una struttura a 7 fattori: *Checking, Contamination, Indecisiveness/perfection/concern with mistakes, Obsessions, Routines/slowness/counting, Thought-action fusion moral* (ossia, credenze relative al fatto che i «cattivi pensieri» siano moralmente inaccettabili al pari delle azioni), *Thought-action fusion likelihood* (ossia, credenze relative al fatto che pensare ad un avvenimento negativo ne aumenti le probabilità di occorrenza) (Rachman et al., 1995). Gli item che saturavano sulle due scale di Thought-action fusion sono stati però rimossi, poiché lo scopo era quello di sviluppare uno strumento maggiormente focalizzato sui sintomi ossessivo-compulsivi, mentre queste due scale, uniche a indagare le credenze, non risultavano sufficientemente correlate con le altre per produrre un insieme di sfaccettature con un'adeguata coerenza interna. Ad ogni modo, questi item sono stati poi utilizzati per costruire uno strumento distinto che indagasse specificamente le credenze di fusione pensiero-azione (*TAF Scale*; Shafran, Thordarson e Rachman, 1996).

Per la versione preliminare del nuovo strumento sono stati selezionati gli item con le saturazioni più elevate rispetto alle restanti 5 subscale. Alcuni sono stati lievemente riformulati per migliorare le capacità discriminative delle scale tra i gruppi e in alcuni casi sono stati ripresi gli item della versione originale del MOCI che si erano dimostrati più adatti a questo scopo. È stato inoltre aggiunto

un nuovo gruppo di item per indagare il fenomeno dell'hoarding. Il questionario che ne è derivato, composto da 52 item, è stato denominato *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory* (VOCI).

Nella terza fase si è indagata la validità di criterio degli item e delle subscale della forma preliminare del VOCI. Esso è stato quindi somministrato a 80 pazienti, di cui 36 con diagnosi di DOC e 44 con diagnosi di altri disturbi d'ansia, e a 214 studenti della University of British Columbia, 8 dei quali sono stati esclusi dal campione poiché riferivano una storia psichiatrica. È stata analizzata la capacità dei punteggi degli item e delle subscale di discriminare fra i tre gruppi e mediante un'analisi delle componenti principali si è verificato che tutte le subscale fossero unidimensionali. Gli item che presentavano caratteristiche psicometriche inadeguate sono stati riformulati ispirandosi ad altri strumenti già validati, come il MOCI e il *Padua Inventory*, e altri item sono stati aggiunti per giungere alla versione definitiva del VOCI, composta da 55 item, 9 dei quali identici o quasi a quelli del MOCI, valutati su una scala di accordo di tipo Likert a 5 punti (da 0 a 4).

Lo studio di validazione vero e proprio (Thordarson et al., 2004) ha indagato la struttura fattoriale dello strumento su un campione clinico, la coerenza interna, l'attendibilità test-retest e la validità di costrutto e di criterio dell'insieme degli item e delle subscale.

Inizialmente sono stati reclutati 88 pazienti adulti con diagnosi di DOC, di cui 46 con altri disturbi di Asse I in comorbidità, 60 con diagnosi di altro disturbo d'ansia o dell'umore ma senza sintomi ossessivo-compulsivi, 42 partecipanti tratti dalla popolazione generale (di cui 3 sono stati esclusi poiché presentavano sintomi clinici) e 223 studenti di psicologia (di cui 23 sono stati esclusi perché avevano un punteggio superiore a 20 al *Beck Depression Inventory*). Per valutare la validità di costrutto del VOCI, insieme al nuovo strumento ai partecipanti del gruppo DOC sono stati somministrati l'intervista *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS; Goodman et al., 1989), la versione autosomministrata della Y-BOCS, ossia la Self-report *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (YBSR; Steketee et al., 1996), il MOCI e il *Padua Inventory – Washington State University Revision* (Burns, et al., 1996) (validità convergente) e il *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck e Steer, 1993a), il *Beck Anxiety Inventory* (BAI; Beck e Steer, 1993b), il *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ; Meyer et al., 1990) e l'*Eysenck Personality Questionnaire – Revised* (EPI-R; Eysenck e Eysenck, 1983) (validità discriminante). Per indagare l'attendibilità test-retest, un sottogruppo di pazienti DOC e un sottogruppo di studenti hanno compilato il VOCI due volte a una distanza di tempo variabile fra 2 settimane e 3 mesi dalla prima somministrazione.

Attraverso l'analisi fattoriale sono stati verificati modelli a 5, 6 e 7 fattori, ma la versione a 6 fattori (Contamination, Checking, Obsessions, Hoarding, Just

right, Indecisiveness) si è mostrata quella più adeguata ed è stata utilizzata per la definitiva suddivisione degli item in subscale.

La scala Contamination (12 item) valuta il disagio emotivo, cognitivo e comportamentale associato, ad esempio, alla paura di essersi contaminati nel toccare del denaro o un animale, all'utilizzo dei telefoni o delle toilette pubbliche e alla compulsione di lavarsi le mani. La scala Checking (6 item) misura il comportamento ripetitivo di controllo riguardo al fatto, ad esempio, che le porte siano chiuse a chiave o gli interruttori della luce siano spenti. La scala Obsessions (12 item) indaga i pensieri intrusivi e le preoccupazioni relative al causare danni a se stessi o agli altri durante le normali attività quotidiane e al mettere in atto azioni moralmente riprovevoli. La scala Hoarding (7 item) valuta la tendenza ad accumulare compulsivamente oggetti inutili e le conseguenze emotive (ad esempio, vergogna) e pratiche (ad esempio, impossibilità di utilizzare ambienti della propria abitazione a causa dell'accumulo di cose) di questo comportamento. La scala Just right (12 item) misura l'incapacità di portare a termine determinati compiti finché questi non siano stati eseguiti in modo «perfetto» e il bisogno compulsivo di rispettare tabelle di marcia e modalità ritualistiche e di ordinare gli oggetti in un certo modo. La scala Indecisiveness (6 item) valuta infine la difficoltà nel prendere decisioni su questioni di poca importanza.

La coerenza interna dello strumento, sia per quanto riguarda il punteggio totale che per le singole subscale, si è dimostrata molto buona in tutti i gruppi e in particolare nel gruppo dei pazienti DOC (valori di alpha di Cronbach compresi nella gamma da 0,85 a 0,96). L'attendibilità test-retest è risultata nel complesso eccellente nel gruppo di pazienti DOC (da 0,90 a 0,97) e soltanto discreta nel gruppo di studenti (da 0,50 a 0,60), probabilmente a causa della scarsa variabilità dei punteggi ottenuti (tutti nella gamma 0-2) alla maggior parte degli item.

Il confronto fra le medie dei punteggi del VOCI fra i tre gruppi di partecipanti ha evidenziato una buona capacità del punteggio totale e dei punteggi delle scale Contamination, Checking, Just right e Indecisiveness nel discriminare i pazienti DOC da tutti gli altri. Le scale Hoarding e Obsessions, invece, discriminavano bene i pazienti DOC dagli studenti e dalla popolazione generale, ma non dai pazienti affetti da altri disturbi d'ansia o dell'umore.

Le analisi per la validità convergente hanno fornito buoni risultati, in quanto il punteggio totale del VOCI è risultato correlare in modo molto forte con quello del MOCI ($r = 0,74$) e del *Padua Inventory* ($r = 0,85$). Nei soggetti DOC, contrariamente alle aspettative, la correlazione con l'intervista Y-BOCS è risultata molto bassa ($r = 0,14$), mentre quella con la versione autosomministrata si è rivelata molto più alta ($r = 0,67$), probabilmente a causa dell'inflazione della stima di varianza comune dovuta allo stesso metodo di somministrazione. Anche le

correlazioni fra le singole subscale che misurano sfaccettature analoghe in strumenti diversi si sono dimostrate nel complesso buone, soprattutto per Contamination e Checking, anche se va tenuto presente che alcuni item del VOCI sono identici a quelli del MOCI e/o del *Padua Inventory* con cui è stato correlato. A livello di validità discriminate, il punteggio del VOCI ha mostrato correlazioni decisamente inferiori con gli strumenti che valutano altri costrutti, quali BDI ($r = 0,47$), il BAI ($r = 0,43$), il PSWQ ($r = 0,36$) e le varie scale dell'EPQ-R. A questo proposito è interessante notare come, nonostante la nota comorbidità fra DOC e sintomi depressivi, le correlazioni VOCI-BDI e VOCI-BAI siano significativamente più basse in tutti i gruppi rispetto a quelle VOCI-MOCI, VOCI-PI e VOCI-YBSR, a conferma del fatto che lo strumento misura costrutti connessi al DOC e simili a quelli misurati da questi questionari di comprovata validità e attendibilità, piuttosto che assimilabili all'ansia in generale e alla depressione.

Negli anni successivi Radomsky e collaboratori (2006) hanno raccolto ulteriori dati su popolazione non clinica a supporto della validità e attendibilità dello strumento nella sua lingua originale e ne hanno messo a punto e validato la versione in lingua francese, dimostrando come questa presenti eccellenti proprietà psicometriche, sovrapponibili a quella della versione originale.

La versione italiana del VOCI

La versione italiana del VOCI (Chiorri, Melli e Smurra, 2011) è stata realizzata fra il 2007 e il 2009 dal Dipartimento di Scienze Antropologiche (ora Dipartimento di Scienze della Formazione), Sezione di Psicologia, dell'Università di Genova e dall'Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva (IPSICO) di Firenze. Il progetto di adattamento italiano del VOCI è stato approvato dagli autori della versione originale nella persona di Dana Thordarson, che ha seguito tutte le fasi dello studio.

Chiorri e collaboratori (2011) hanno realizzato la traduzione in italiano del VOCI con un metodo misto di *forward-* e *back-translation* (Behling e Law, 2000). Due degli autori e uno psicologo bilingue hanno tradotto gli item indipendentemente gli uni dagli altri e hanno steso, cercando un comune accordo nel caso di traduzioni diverse, una prima versione italiana della scala. Essa è stata poi tradotta in inglese da un altro bilingue, ignaro della versione originale. Il confronto fra la versione *back-translated* e quella originale da parte degli autori di quest'ultima ha poi permesso di raffinare ulteriormente la formulazione di qualche item. La versione definitiva del VOCI è stata poi sottoposta a un ristretto gruppo di persone, tratte dalla popolazione generale, per verificare la comprensibilità degli item

e delle istruzioni per la compilazione. Tale operazione ha evidenziato la necessità di minime ulteriori modifiche. Gli item della versione italiana definitiva del questionario sono riportati in calce al capitolo.

Lo strumento è stato quindi somministrato a 445 individui tratti dalla popolazione generale, grazie alla collaborazione di laureandi e tirocinanti presso la Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università di Genova e dell'IPSICO di Firenze. I criteri di inclusione nello studio erano l'essere maggiorenni, l'accettare di partecipare alla ricerca dopo aver ricevuto una dettagliata descrizione degli scopi e delle procedure dello studio, il non aver mai ricevuto una diagnosi psichiatrica e il possedere almeno la licenza elementare. Le caratteristiche sociodemografiche del campione sono riportate in tabella 3.1

TABELLA 3.1
Caratteristiche sociodemografiche del campione tratto dalla popolazione generale utilizzato per la validazione italiana del VOCI

Variabile	Categorie	(N = 445)
Genere	Femminile	64%
Età	<i>M±DS (gamma)</i>	34,22±13,36 (18-80)
Anni di istruzione	<i>M±DS (gamma)</i>	13,26±3,80 (5-18)
Stato civile	Libero	59%
	Sposato/convivente	33%
	Separato/divorziato	26%
	Vedovo	2%
Occupazione	Occupato	46%
	Casalinga	3%
	Disoccupato	3%
	Pensionato	6%
	Studente	36%
	Altra occupazione	6%

Dei 445 partecipanti, 89 hanno compilato una batteria di questionari comprendente la versione autosomministrata della Y-BOCS (YBSR), il *Padua Inventory*, il BDI, il BAI e il PSWQ. Per controllare effetti di ordine, sequenza e stanchezza nella compilazione, ogni partecipante ha ricevuto una batteria nella quale l'ordine di presentazione degli strumenti era casuale. Un sottogruppo di 46 partecipanti, inoltre, ha compilato il VOCI una seconda volta a distanza di 8

settimane dalla prima somministrazione, ai fini di valutare l'attendibilità test-retest dello strumento. Tutti i partecipanti sono stati trattati in accordo con gli *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (APA, 2002).

I risultati di questo studio hanno evidenziato un'ampia asimmetria positiva (ossia, punteggi bassi più frequenti) nella distribuzione dei punteggi ai singoli item, nel punteggio totale e delle subscale del VOICI, come del resto era prevedibile visto l'impiego di un campione non clinico. Come illustrato nella tabella 3.2, sia l'insieme degli item che le subscale hanno mostrato adeguate coerenza interna (alpha di Cronbach) e correlazione item-totale corretta (r_{ii}).

TABELLA 3.2
Coerenza interna, correlazione item-totale corretta e proporzione di varianza spiegata dal primo fattore (unidimensionalità) per il punteggio totale e le subscale del VOICI

Variabile	(n = 440)	
	α	r_{ii}
Punteggio totale	0,94	0,47 (0,20-0,68)
Checking	0,89	0,72 (0,64-0,81)
Contamination	0,83	0,48 (0,34-0,67)
Hoarding	0,82	0,61 (0,30-0,72)
Indecisiveness	0,80	0,63 (0,31-0,70)
Just right	0,84	0,50 (0,37-0,66)
Obsessions	0,78	0,48 (0,21-0,57)

Mediante Analisi Fattoriale Confermativa (AFC) sono stati poi verificati alcuni modelli di misurazione alternativi per gli item del VOICI. Poiché l'AFC implica la specificazione di modelli a priori, basati su specifiche ipotesi, in questo caso sono stati verificati modelli coerenti con l'ipotesi di un singolo fattore di primo ordine (quello che nella tassonomia di Krueger e Piasecki, 2002, è indicato come *lumping model*), con l'ipotesi di un insieme di diverse sfaccettature come fattori di primo ordine, corrispondenti alle scale del VOICI (*splitting model*), sia correlate che non correlate, e con l'ipotesi di un fattore di secondo ordine come «causa comune» delle sfaccettature (fattori di primo ordine) (*hierarchical spectrum model*). I risultati hanno mostrato che il modello con un fattore di secondo ordine aveva la stessa bontà di adattamento del modello a fattori correlati e poteva quindi essere preferito a questo in quanto più parsimonioso, implicando la stima di un numero inferiore di parametri. Analisi supplementari hanno inoltre escluso che

altri modelli di misurazione, non compresi fra quelli verificati mediante AFC, potessero fornire una struttura fattoriale migliore.

L'adeguatezza di un modello di misurazione con un fattore di secondo ordine ha importanti implicazioni sul piano teorico. Il fatto che un modello a 6 fattori correlati di primo ordine (ossia, le scale del VOCI che rappresentano le diverse sfaccettature del DOC) abbia un buon adattamento ai dati, infatti, non significa necessariamente che *tutte* le scale del VOCI correlino in maniera significativa, dato che un modello di questo tipo potrebbe avere un fit migliore rispetto a un modello con fattori di primo ordine indipendenti anche nel caso di poche correlazioni significativamente diverse da zero. Un modello che specifichi un fattore di secondo ordine (in questo caso, il DOC) che riassume la varianza comune dei fattori di primo ordine, invece, può avere un buon fit solo se il pattern di correlazione fra questi ultimi è coerente con l'ipotesi che essi siano tutti sfaccettature del medesimo disturbo. Tale modello, quindi, assume che i sintomi del DOC possano essere raggruppati in cluster che abbiano fra di loro un'omogeneità tale da definire dei pattern specifici e distinti di comportamento come, ad esempio, i comportamenti di checking o di hoarding, e che tali cluster, a loro volta, presentino un pattern di covariazione coerente con l'ipotesi che siano tutti effetti di una medesima causa, ossia il DOC. L'accettazione di questo modello giustifica sul piano statistico il calcolo dei punteggi di scala, da una parte, e di un punteggio globale, dall'altra, e sul piano clinico supporta l'ipotesi che il DOC non possa essere considerato un'entità omogenea, ma uno spettro di sindromi in parte sovrapponibili (si veda, ad esempio, Mataix-Cols et al., 2005).

A livello di validità di costruito, il punteggio totale del VOCI ha mostrato un'alta correlazione con il punteggio totale al *Padua Inventory* ($r = 0,57$) e una moderata correlazione con la YBSR ($r = 0,34$), il PSWQ ($r = 0,42$), il BAI ($r = 0,37$) e il BDI ($r = 0,30$). Mentre la dimensione delle correlazioni con PSWQ, BAI e BDI è coerente con l'ipotesi che il VOCI e questi altri strumenti misurino costrutti diversi, per quanto nella stessa rete nomologica, la correlazione relativamente bassa con la YBSR sembra poter essere spiegata dal fatto che quest'ultima indaga quanto i sintomi interferiscono con la vita quotidiana del soggetto, mentre gli item del VOCI gli chiedono di valutare in che termini ogni affermazione lo descrive. In questo senso, è verosimile che i partecipanti, tutti appartenenti alla popolazione generale, abbiano ritenuto da poco ad abbastanza descrittivi di sé gli item del VOCI, pur senza ritenere che i medesimi comportamenti interferissero con la propria vita quotidiana, come invece verosimilmente è avvenuto nel caso dei pazienti DOC dello studio di Thordarson e collaboratori (2004).

Come atteso, le subscale del VOCI Checking e Contamination hanno mostrato correlazioni più elevate con le corrispondenti scale del *Padua Inventory*

(Comportamento di controllo [$r = 0,58$] e Venire contaminati [$r = 0,48$], rispettivamente). Per la subscale Hoarding, invece, non è stato possibile effettuare il confronto con misure analoghe, dato che non erano ancora disponibili le versioni italiane del *Saving Inventory – Revised* (SI-R) di Frost e collaboratori (2004) e dell'*Obsessive-Compulsive Inventory – Revised* (OCI-R) di Foa e collaboratori (2002). Ciononostante, sono state ottenute prove empiriche a supporto della sua validità discriminante, dato che non ha evidenziato correlazioni sostanziali con nessuna delle altre misure. Le scale Indecisiveness, Just right e Obsessions sono risultate da moderatamente a fortemente correlate (valori di r compresi fra 0,43 e 0,56) con il punteggio totale e con le subscale Impaired control over mental activities e Checking del *Padua Inventory*, mentre le correlazioni con le misure di validità discriminante sono risultate comprese fra 0,20 e 0,40.

I coefficienti di attendibilità test-retest si sono mostrati tutti adeguati: 0,75 per il punteggio totale, 0,80 per la subscale Checking, 0,92 per Contamination, 0,51 per Hoarding, 0,62 per Indecisiveness, 0,76 per Just right, e 0,69 per Obsessions.

Per quanto riguarda la relazione tra i punteggi del VOCI e le variabili socio-demografiche, nessuna scala ha mostrato una correlazione superiore, in valore assoluto, a 0,15 con l'età e gli anni di istruzione, e sono state trovate minime differenze di genere nel punteggio totale riguardo alle subscale Contamination e Indecisiveness, alle quali le donne hanno ottenuto punteggi maggiori.

Successivamente allo studio di validazione italiana, il VOCI è stato impiegato nello studio di validazione del SI-R (Melli e collaboratori, in revisione; si veda il capitolo settimo di questo volume, a cura di Chiorri e Melli). Questo ha consentito di somministrare la scala ad altri 473 individui tratti dalla popolazione generale e di ripetere le analisi. Le caratteristiche di questo campione e le modalità di raccolta dei dati sono riportate nel settimo capitolo. Anche in questo caso, sia l'insieme degli item sia le subscale del VOCI hanno presentato valori adeguati di coerenza interna e correlazione item-totale corretta (tabella 3.3) e i risultati delle analisi fattoriali esplorative e confermative hanno replicato quelli dello studio di Chiorri e collaboratori (2011), con il modello a un fattore di secondo ordine che presentava una bontà di adattamento simile a quella del modello a 6 fattori correlati, senza che nessun'altra struttura fattoriale riuscisse a produrre una migliore spiegazione delle correlazioni fra gli item. Il punteggio totale e quello alle subscale sono risultati ancora una volta scarsamente correlati con l'età e il livello di istruzione (correlazioni mai superiori a 0,15, in valore assoluto) e sono state osservate differenze di genere statisticamente significative, ma con dimensioni dell'effetto piccole, riguardo al punteggio totale e alle subscale Contamination, Indecisiveness e Obsession. Sulla base di questi risultati si è dunque ritenuto opportuno stratificare i punteggi normativi in base al genere.

TABELLA 3.3

Coerenza interna, correlazione item-totale corretta e proporzione di varianza spiegata dal primo fattore (unidimensionalità) per il punteggio totale e le subscale del VOCI nel secondo campione analizzato

Variabile	(N = 473)	
	α	r_{ii}
Punteggio totale	0,94	0,47 (0,26-0,64)
Checking	0,84	0,62 (0,45-0,75)
Contamination	0,86	0,53 (0,34-0,72)
Hoarding	0,79	0,53 (0,32-0,66)
Indecisiveness	0,71	0,45 (0,22-0,63)
Just right	0,80	0,46 (0,28-0,61)
Obsessions	0,87	0,56 (0,44-0,66)

Nel complesso, quindi, i dati derivanti dai due studi sono risultati in linea con quelli della versione originale, sia in lingua inglese (Radomsky et al., 2006; Thordarson et al. 2004) che in lingua francese (Radomsky et al., 2006) e il VOCI si è dimostrato uno strumento valido e attendibile per indagare la sintomatologia ossessivo-compulsiva.

Modalità di somministrazione

Il VOCI è uno strumento per autosomministrazione, per cui permette di ottenere una valutazione di come la persona si descrive, e non di come è. Inoltre, le risposte su scala di tipo Likert con quantificatori indeterminati sono note per essere influenzate dalla percezione soggettiva della frequenza o dell'intensità (si veda, ad esempio, Schwarz, Knauper, Hippler et al., 1991). In questo senso, il VOCI deve essere considerato solo uno dei possibili strumenti a disposizione del clinico per l'assessment del disturbo ossessivo-compulsivo, che può integrare, ma in nessun caso sostituire, altre fonti di informazione quali il colloquio con il paziente ed eventualmente con i familiari. Come suggerito da Grabill e collaboratori (2008), inoltre, occorre tenere presente che esso non indaga specificamente alcuni aspetti del DOC, quali le compulsioni di ordine e simmetria e i rituali mentali, tanto che recentemente sono state avanzate alcune proposte di revisione della scala per sopperire a queste mancanze (Gönner et al., 2010).

Occorre tener presente, poi, che allo stato attuale non sono disponibili dati su pazienti affetti da DOC relativi alla versione italiana dello strumento che per-

mettano di determinare dei cut-off clinici. Si consiglia, quindi, di considerare i punteggi solo in un'ottica dimensionale, come livelli autoriferiti, più o meno alti, di specifici sintomi del disturbo. Dato che i punteggi ai test psicologici hanno senso solo quando confrontati con quelli di una popolazione di riferimento, in calce al capitolo è possibile trovare le tavole che consentono di convertire i punteggi grezzi in ranghi percentili, ossia nella percentuale di casi che, nei campioni da noi raccolti, sono uguali o inferiori al punteggio indicato. A ranghi percentili maggiori, quindi, corrisponde una maggiore percentuale di individui che ottengono un punteggio più basso. In linea di principio, quindi, possono essere considerati relativamente nella norma i punteggi fino al percentile 85 e tanto più estremi, e quindi degni di attenzione clinica e di ulteriori approfondimenti, i punteggi superiori, soprattutto se superiori al percentile 95.

Si consiglia, inoltre, di valutare i punteggi di scala singolarmente e di non basarsi unicamente sul punteggio totale, dato che, come già osservato, il disturbo ossessivo-compulsivo presenta manifestazioni molto eterogenee e che teoricamente un soggetto con importanti sintomi riferibili a un'area specifica può ottenere un punteggio totale non particolarmente elevato.

Punteggi più elevati alla subscale Checking indicano la tendenza del soggetto ad avere dubbi ossessivi sul proprio operato e sulle possibili conseguenze catastrofiche di propri errori e omissioni, con conseguenti rituali di controllo volti a scongiurare tali ipotesi e ad assicurarsi di aver compiuto determinati gesti. Punteggi elevati alla subscale Contamination sono indicativi della tendenza a preoccuparsi ossessivamente per potenziali contagi, intossicazioni, avvelenamenti, ecc., che possano essere conseguenza di proprie sbadataggini, o per la contaminazione relativa all'ipotetico contatto con persone o sostanze ritenute disgustose, con relativi rituali di lavaggio, pulizia e decontaminazione volti ad annullare tale sensazione di «sporco». Punteggi elevati alla subscale Hoarding indicano la tendenza ad accumulare oggetti inutili e privi di alcun valore affettivo o reale, per la sola difficoltà a buttarli via, e/o ad accaparrarsi altri oggetti della stessa natura, raccogliendoli per strada o altrove, per aggiungerli alle «collezioni» di rifiuti inservibili. Punteggi elevati alla subscale Indecisiveness indicano la tendenza ad avere grosse difficoltà a prendere anche le banali decisioni della vita quotidiana e a rimuginarvi ossessivamente sopra una volta prese, per assicurarsi di non aver sbagliato. Punteggi elevati alla scala Just right indicano la tendenza a voler fare le cose in modo perfetto e ritualistico, nonché a seguire certe regole e modalità organizzative precise nello svolgere le normali attività quotidiane, con conseguente lentezza, perdita di tempo o addirittura impossibilità di portare a termine determinati impegni. Punteggi elevati alla scala Obsession, infine, sono indicativi della tendenza a essere disturbati da pensieri, immagini o impulsi a contenuto catastrofico, immorale o

socialmente sconveniente che turbano il soggetto e generalmente lo obbligano a cercare di allontanarli dalla propria mente e/o a mettere in atto comportamenti di neutralizzazione per impedire che gli eventi prefigurati si avverino.

Come evidenziato nell'introduzione, nel caso dei pazienti DOC i questionari possono attivare difficoltà intrinseche nel disturbo stesso, come l'indecisione, il timore d'inesattezza e d'incompletezza, insieme al bisogno di rileggere e di controllare ripetutamente quanto affermato. Ciò può allungare i tempi di somministrazione fino al punto di invalidare i risultati. Occorre quindi valutare di caso in caso se l'utilizzo di uno strumento come il VOCI possa effettivamente rivelarsi utile e indicativo ai fini dell'assessment.

Come per ogni strumento da autosomministrazione sono possibili delle omissioni nelle risposte. In questo caso, è consigliabile indagare gli eventuali motivi che hanno portato la persona a non rispondere all'item, incoraggiandola a farlo. In ogni caso, il *prorating* (assegnazione del punteggio all'item mancante basato sulla media dei punteggi ad altri item della stessa scala, arrotondato all'intero) non dovrebbe essere utilizzato come stima dei dati mancanti per una scala se sono presenti più di due omissioni.

Non ci sono dati specifici che confermino l'utilità della versione italiana del VOCI per il monitoraggio del cambiamento nei pazienti, però tutti gli studi hanno evidenziato come i suoi punteggi rimangano stabili a distanza di due mesi in assenza di fattori che favoriscano un cambiamento. È quindi possibile utilizzare lo strumento a fini clinici, per valutare l'efficacia di una terapia in corso e, proprio perché non si dispone di un vero e proprio cut-off clinico che consenta di discriminare i soggetti clinici dai non clinici, suggeriamo di limitarsi ai punteggi relativamente allo stesso soggetto in momenti diversi, piuttosto che in senso assoluto.

Date le sue adeguate caratteristiche psicometriche, inoltre, il VOCI appare assolutamente adatto a scopo di ricerca e all'interno di batterie più ampie che comprendano la valutazione di altri costrutti nella stessa rete nomologica del DOC.

Bibliografia

- APA – American Psychological Association (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060-1073.
- Beck, A.T., & Steer, R.A. (1993a). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T., & Steer, R.A. (1993b). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

- Behling, O., & Law, K.S. (2000). *Translating questionnaires and other research instruments: Problems and solutions* (Sage University Papers Series on Quantitative Applications in the Social Sciences, series no. 07-131). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Burns, G.L., Keortge, S.G., Formea, G.M., & Sternberger, L.G. (1996). Revision of the Padua Inventory for obsessive compulsive disorder symptoms: Distinctions between worry, obsessions, and compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 163-173.
- Chiorri, C., Melli, G., & Smurra, R. (2011). Second-order factor structure of the Vancouver Obsessive Compulsive Inventory (VOCI) in an Italian non-clinical sample. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 22, 1-17.
- Dèttore, D. (2003). *Il disturbo ossessivo-compulsivo (II ed.)*. Milano: McGraw-Hill.
- Emmelkamp, P.M.G., Kraaijkamp, H.J.M., & van den Hout, M.A. (1999). Assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Modification*, 23, 269-279.
- Eysenck, H.J., & Eysenck, S.B.G. (1983). Recent advances in the cross-cultural study of personality. In N. Butcher & C.D. Spielberger (Eds.), *Advances in personality assessment*, Vol. 2. Hillsdale, NJ: LEA.
- Foa, E.B., Huppert, J.D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., et al. (2002). The obsessive-compulsive inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485-496.
- Frost, R., Steketee, G., & Grisham, J. (2004). Measurement of compulsive hoarding: Saving inventory-revised. *Behavior Research and Therapy*, 42, 1163-1182.
- Gönner, S., Ecker, W., Leonhart, R., & Limbacher, K. (2010). Multidimensional assessment of OCD: Integration and revision of the Vancouver Obsessional Compulsive Inventory and the Symmetry Ordering and Arranging Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 739-757.
- Goodman, W.K., Rasmussen, S.A., Price, L.H., Mazure, C., Heninger, G.R., & Charney, D.S. (1989). *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)*. Unpublished manual.
- Grabill, K., Merlo, L., Duke, D., Harford, K.-L., Keeley, M.L., Geffken, G.R. & Storch, E.A. (2008). Assessment of obsessive-compulsive disorder: A review. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1-17.
- Hodgson, R.J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395.
- Krueger, R.F., & Piasecki, T.M. (2002). Toward a dimensional and psychometrically-informed approach to conceptualizing psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 485-499.
- Mataix-Cols, D., Rosario-Campos, M.C. & Leckman, J.F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 228-238.
- Melli, G., Chiorri, C., Smurra, R., & Frost, R. (in revision). Psychometric properties of the paper-and-pencil and online versions of the Italian Saving Inventory – Revised. *International Journal of Cognitive Therapy*.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.

- Rachman, S., Thordarson, D.S., & Radomsky, A.S. (1995). A revision of the Maudsley Obsessional Compulsive Inventory. World Congress of Cognitive and Behavioral Therapies, Copenhagen.
- Rachman, S., Thordarson, D.S., Shafran, R., & Woody, S.R. (1995). Perceived responsibility: Structure and significance. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 779-784.
- Radomsky, A., Ouimet, A., Ashbaugh, A., Lavoie, S., Parrish, C. & O'Connor, K. (2006). Psychometric properties of the French and English versions of the Vancouver Obsessional Compulsive Inventory and the Symmetry Ordering and Arranging Questionnaire. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35, 164-173.
- Richter, M.A., Cox, B.J., & Dorenfeld, D.M. (1994). A comparison of three assessment instruments for obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 143-147.
- Schwarz, N., Knauper, B., Hippler, H.J., Noelle-Neumann, E., & Clark, F. (1991). Rating scales: Numeric values may change the meaning of scale labels. *Public Opinion Quarterly*, 55, 570-582.
- Shafran, R., Thordarson, D.S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 379-391.
- Smeraldi, E. (a cura di) (2003). *Il disturbo ossessivo-compulsivo e il suo spettro*. Milano: Masson.
- Steketee, G. (Ed.) (2012). *The Oxford handbook of obsessive compulsive and spectrum disorders*. New York: Oxford University Press.
- Steketee, G., Frost, R., & Bogart, K. (1996). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Interview versus self-report. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 675-684.
- Thordarson, D.S., Radomsky, A.S., Rachman, S., Shafran, R., Sawchuck, C.N. & Hakstian, A.R. (2004). The Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI). *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1289-1314.
- Woods, C.M. (2002). Factor analysis of scales composed of binary items: Illustration with the Maudsley Obsessional Compulsive Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 215-223.

Vancouver Obsessional Compulsive Inventory – VOCI¹

Thordarson, Radomsky, Rachman, Shafran, Sawchuck e Hakstian, 2004

Versione italiana a cura di Chiorri, Melli e Smurra, 2011

Per favore, valuti ognuna di queste affermazioni e faccia un segno sul numero che meglio descrive quanto l'affermazione è per lei vera. Per favore non tralasci nessuna affermazione e non si soffermi troppo tempo su nessuna in particolare.

0	1	2	3	4
Per niente	Un po'	Abbastanza	Molto	Moltissimo

1. Mi sento costretto a ricontrollare lettere/sms/email molte volte prima di spedirli.	0	1	2	3	4
2. Sono spesso disturbato da pensieri indesiderati di usare oggetti appuntiti.	0	1	2	3	4
3. Mi sento molto sporco dopo aver toccato i soldi.	0	1	2	3	4
4. Mi è molto difficile prendere anche le decisioni banali.	0	1	2	3	4
5. Mi sento costretto ad essere assolutamente perfetto.	0	1	2	3	4
6. Mi capita di avere ripetutamente lo stesso pensiero o immagine indesiderata di una possibile disgrazia.	0	1	2	3	4
7. Controllo e ricontrollo più volte alcune cose, quali interruttori e rubinetti, dopo averli chiusi.	0	1	2	3	4
8. Uso una quantità eccessiva di disinfettanti per proteggere me stesso e la mia casa dai germi.	0	1	2	3	4
9. Spesso mi sento costretto a memorizzare cose inutili (es. numeri di targa, scritte sulle etichette, ecc.).	0	1	2	3	4
10. In casa ho difficoltà a svolgere le normali attività perché è ingombrata dalle cose che ho accumulato.	0	1	2	3	4
11. Solitamente, dopo aver deciso qualcosa, rimugino sulla mia decisione per molto tempo.	0	1	2	3	4
12. Mi capita quasi ogni giorno di essere disturbato da pensieri spiacevoli che mi vengono in mente contro la mia volontà.	0	1	2	3	4
13. Passo troppo tempo a lavarmi le mani.	0	1	2	3	4
14. Ho spesso difficoltà a fare le cose perché tento di fare ogni cosa in modo esatto.	0	1	2	3	4

¹ Thordarson, D.S., Radomsky, A.S., Rachman, S., Shafran, R., Sawchuck, C.N. & Hakstian, A.R. (2004). The Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI). *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1289-1314. © Elsevier. Pubblicato con il permesso dell'Editore.

15. Toccarmi la suola delle scarpe mi rende molto ansioso.	0	1	2	3	4
16. Sono spesso disturbato da pensieri o immagini indesiderate di atti sessuali.	0	1	2	3	4
17. Mi rende molto ansioso dover prendere una decisione anche di poca importanza.	0	1	2	3	4
18. Mi sento costretto a seguire una rigida sequenza quando svolgo le mie attività quotidiane.	0	1	2	3	4
19. Mi sento molto turbato se i miei arredi o altri miei oggetti non sono sempre nella stessa identica posizione.	0	1	2	3	4
20. Controllo ripetutamente che le porte e le finestre siano chiuse, anche se tento di resistere all'impulso di farlo.	0	1	2	3	4
21. Mi è molto difficile toccare i rifiuti o i cassonetti.	0	1	2	3	4
22. Mi disturba o mi rende molto ansioso pensare di buttar via qualunque cosa.	0	1	2	3	4
23. Mi preoccupa eccessivamente dei germi e delle malattie.	0	1	2	3	4
24. Sono spesso molto in ritardo perché non riesco a concludere in tempo le consuete attività quotidiane.	0	1	2	3	4
25. Evito di usare i telefoni pubblici per paura di potermi contaminare.	0	1	2	3	4
26. Mi imbarazza invitare persone a casa mia perché è piena di cumuli di cose inutili che ho conservato.	0	1	2	3	4
27. Mi capita ripetutamente di avere lo stesso pensiero o immagine disturbante riguardante la possibile morte di qualcuno.	0	1	2	3	4
28. Sono spesso disturbato da pensieri o immagini indesiderate in cui dico impulsivamente oscenità o insulti in pubblico.	0	1	2	3	4
29. Mi preoccupa troppo di poter far soffrire le altre persone.	0	1	2	3	4
30. Spesso sono spaventato da impulsi indesiderati di guidare contromano o di gettarmi sotto un'auto.	0	1	2	3	4
31. Conto quasi sempre quando compio le azioni abituali.	0	1	2	3	4
32. Mi sento molto contaminato se tocco un animale.	0	1	2	3	4
33. Uno dei miei maggiori problemi è quello di controllare e ricontrollare.	0	1	2	3	4
34. Mi capita spesso di avere pensieri disturbanti e indesiderati di perdere il controllo.	0	1	2	3	4
35. Mi è quasi impossibile decidere cosa buttare via e cosa conservare.	0	1	2	3	4
36. Mi sento fortemente costretto a contare alcune cose.	0	1	2	3	4

37. Controllo ripetutamente che i fornelli siano spenti, anche se tento di resistere all'impulso di farlo.	0	1	2	3	4
38. Mi sento molto turbato se ogni sera non riesco a completare esattamente nello stesso modo il mio rituale prima di andare a letto.	0	1	2	3	4
39. Mi spaventa molto l'idea di avere anche il minimo contatto con le secrezioni corporee (sangue, urina, sudore, ecc.).	0	1	2	3	4
40. Sono spesso molto disturbato dai miei impulsi indesiderati di fare del male agli altri.	0	1	2	3	4
41. Ogni giorno perdo molto tempo a controllare ripetutamente le cose.	0	1	2	3	4
42. Ho molta difficoltà a gettare via qualunque cosa perché ho troppa paura di essere uno sprecone.	0	1	2	3	4
43. Spesso devo controllare più volte alcune cose come interruttori, rubinetti, elettrodomestici o porte.	0	1	2	3	4
44. Uno dei miei maggiori problemi è quello di essere eccessivamente preoccupato per la pulizia.	0	1	2	3	4
45. Mi sento costretto a conservare troppe cose, come vecchie riviste, giornali o scontrini, perché temo che possano essermi necessari in futuro.	0	1	2	3	4
46. Mi capita di avere ripetutamente pensieri disturbanti e inaccettabili di natura religiosa.	0	1	2	3	4
47. Tendo a rimanere indietro nel mio lavoro perché ripeto una stessa cosa molte volte.	0	1	2	3	4
48. Tendo a rimandare nel prendere decisioni perché ho molta paura di commettere errori.	0	1	2	3	4
49. Mi capita spesso di avere pensieri disturbanti e indesiderati riguardo alle malattie.	0	1	2	3	4
50. Ho paura di usare anche i bagni pubblici ben puliti perché sono troppo preoccupato dei germi.	0	1	2	3	4
51. Sebbene tenti di resistere, mi sento costretto ad accumulare una grande quantità di cose che in realtà non uso mai.	0	1	2	3	4
52. Mi capita ripetutamente di avere pensieri immorali disturbanti e indesiderati.	0	1	2	3	4
53. Uno dei miei maggiori problemi è quello di prestare troppa attenzione ai dettagli.	0	1	2	3	4
54. Sono spesso disturbato da impulsi indesiderati di farmi del male.	0	1	2	3	4
55. Ogni giorno impiego troppo tempo a prepararmi per uscire di casa perché devo fare ogni cosa in modo esatto.	0	1	2	3	4

Indicazioni per lo scoring

Non ci sono item reverse.

Punteggio Checking = item 07 + 20 + 33 + 37 + 41 + 43

Punteggio Contamination = item 03 + 08 + 13 + 15 + 21 + 23 + 25 + 32 + 39 + 44 + 49 + 50

Punteggio Hoarding = item 10 + 22 + 26 + 35 + 42 + 45 + 51

Punteggio Indecisiveness = item 04 + 11 + 17 + 29 + 31 + 48

Punteggio Just right = item 01 + 05 + 09 + 14 + 18 + 19 + 24 + 36 + 38 + 47 + 53 + 55

Punteggio Obsession = item 02 + 06 + 12 + 16 + 27 + 28 + 30 + 34 + 40 + 46 + 52 + 54

Tavole di conversione dei punteggi di VOCl in percentili

Punteggio Totale		
Punteggio	F	M
0	11	16
1	12	17
2	13	18
3	14	20
4	15	21
5	16	22
6	17	24
7	18	25
8	19	27
9	21	29
10	22	31
11	24	32
12	25	34
13	27	36
14	29	38
15	31	40
16	33	42
17	34	44
18	36	46
19	38	48
20	41	51

Punteggio	F	M
21	43	53
22	45	55
23	47	57
24	49	59
25	51	61
26	53	63
27	56	65
28	58	67
29	60	69
30	62	71
31	64	72
32	66	74
33	68	76
34	70	77
35	71	78
36	73	80
37	75	81
38	76	82
39	78	84
40	79	85
41	81	86
42	82	87
43	83	88
44	84	89
45	86	89
46	87	90
47	88	91
48	88	92
49	89	92
50	90	93
51	91	93
52	92	94

Punteggio	F	M
53	92	94
54	93	95
55	93	95
56	94	96
57	94	96
58	95	96
59	95	97
60	96	97
61	96	97
62	96	97
63	97	98
64	97	98
65	97	98
66	97	98
67	98	98
68	98	98
69	98	98
70	98	99
71	98	99
72	98	99
≥73	99	99

Checking		
Punteggio	F	M
0	27	28
1	36	37
2	46	47
3	56	58
4	66	67
5	74	76
6	81	82

Punteggio	F	M
7	87	88
8	91	91
9	94	94
10	96	96
11	97	97
12	98	98
≥13	99	99

Contamination		
Punteggio	F	M
0	20	28
1	25	35
2	31	42
3	38	49
4	45	57
5	52	64
6	60	71
7	67	77
8	73	82
9	78	86
10	83	89
11	87	92
12	90	94
13	92	95
14	94	97
15	96	97
16	97	98
17	97	99
18	98	99
≥19	99	99

Hoarding		
Punteggio	F	M
0	23	23
1	31	33
2	41	44
3	51	55
4	61	66
5	71	76
6	78	83
7	85	89
8	89	93
9	93	95
10	95	97
11	97	98
12	98	99
≥13	99	99

Indecisiveness		
Punteggio	F	M
0	11	14
1	16	22
2	23	32
3	32	45
4	43	57
5	54	69
6	65	79
7	75	87
8	82	92
9	88	95
10	92	97
11	95	99
12	97	99
13	98	99
≥14	99	99

Just right		
Punteggio	F	M
0	14	18
1	18	23
2	23	29
3	29	35
4	36	42
5	44	50
6	51	57
7	58	65
8	66	71
9	72	77
10	78	82
11	83	86
12	87	89
13	90	92
14	92	94
15	94	95
16	96	97
17	97	97
18	98	98
19	98	99
≥20	99	99

Obsession		
Punteggio	F	M
0	26	35
1	33	42
2	42	49
3	51	57
4	60	64
5	68	70
6	75	76

Punteggio	F	M
7	81	81
8	86	85
9	90	88
10	93	91
11	95	93
12	96	95
13	97	96
14	98	97
15	99	98
16	99	98
≥17	99	99

Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

Marta Hénin

Psichiatria Generale, Ospedale San Raffaele, Milano

Introduzione

La valutazione dei sintomi che affliggono un paziente affetto da disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) mediante uno strumento come la *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS) va considerata un complemento necessario e successivo a un'intervista clinica che abbia permesso di porre diagnosi di malattia.

Nel paziente affetto da DOC i sintomi ossessivi sono la manifestazione di un'ossessività che funge da «coordinatore interno della realtà psichica»; le preoccupazioni eccessive e ricorrenti sono un'esperienza comune ad altre patologie, ma nel DOC sono dettate da obbligatorietà nei pensieri e nelle azioni. È quindi importante identificare il nucleo psicopatologico del disturbo, il «blocco del pensiero» originario, per poter fare una valutazione qualitativa e quantitativa dei differenti aspetti sintomatologici presentati, valutazione che permetterà di effettuare parte dell'intervento clinico e di monitorarne l'efficacia nel tempo. Va aggiunto che chiedere a un paziente affetto da disturbo ossessivo-compulsivo di «inventariare» i propri sintomi di malattia e stimarne la gravità può divenire impresa assai spossante e, in alcune situazioni, apparire interminabile. Ma chiunque voglia realmente prendersi cura di un paziente affetto da DOC è chiamato a effettuare tale valutazione ripetendola anche nel tempo.

La Y-BOCS venne sviluppata negli anni Ottanta all'Università di Yale da Goodman, Price e Rasmussen (1989). Nacque dal bisogno di poter confrontare l'efficacia dei nuovi trattamenti farmacologici che venivano proposti per il DOC, dall'esigenza di poter disporre di uno strumento che permettesse una misura sensibile e specifica dei cambiamenti di gravità dei sintomi OC e che non fosse influenzata dalla tipologia o dal numero dei sintomi presenti. Gli ideatori, basandosi sulla propria esperienza clinica, avendo complessivamente esaminato più di 300 pazienti DOC e dopo un periodo di training di 6 mesi, utilizzando diverse versioni possibili della scala, giunsero a formularla nella sua versione originale: una

scala eterosomministrata composta da 3 sezioni: la *checklist dei sintomi* (tabella 4.1), la *sezione centrale* denominata «core component» (Y-BOCS-CC) e la *sezione investigativa* (Y-BOCS-IC; tabella 4.2).

La versione originaria

La versione originaria del test è composta dalle sue 3 sezioni organizzate come segue.

1. La *checklist dei sintomi* (tabella 4.1), nata dal proposito di non trascurare alcun sintomo, rischio possibile lasciando al paziente l'autonomia di elencare i propri sintomi. È composta da una lista di ossessioni e compulsioni suddivise in 15 categorie tematiche e viene realizzata sia grazie all'esperienza clinica degli ideatori che al materiale contenuto in altri repertori, quali il *Leyton Obsessional Inventory* (LOI; Cooper, 1970) e l'*Obsessional Compulsive Complaints* (Hodgson, 1977). È la prima ad essere somministrata e consiste in un elenco di 39 tipi di ossessioni raggruppate in 8 categorie (aggressive, contaminazione, sessuali, accumulo/risparmio, religiose, simmetria/precisione, somatiche, altre) e 25 tipi di compulsioni raggruppati in 7 categorie (pulizia/lavaggio, controllo, rituali ripetitivi, contare, riordino, accumulo, altre).

TABELLA 4.1
Checklist dei sintomi

Ossessioni
Aggressive
Paura di fare del male a se stessi*
Paura di fare del male agli altri
Pensare a immagini violente od orrifiche
Paura di pronunciare incontrollabilmente oscenità o insulti
Paura di fare qualcosa d'imbarazzante*
Paura di poter agire d'impulso senza volerlo
Paura di poter rubare qualcosa
Paura di poter fare del male ad altri perché non abbastanza attento
Paura di poter essere responsabile di qualche avvenimento terribile
Contaminazione
Preoccupazione o disgusto per i rifiuti o le secrezioni corporee
Preoccupazione per lo sporco e i germi
Eccessiva preoccupazione per i contaminanti ambientali
Eccessiva preoccupazione per detersivi o solventi
Eccessiva preoccupazione per gli animali*

Fastidio per sostanze o residui appiccicosi Preoccupazione di potersi ammalare a causa dei contaminanti Preoccupazione di far ammalare altri diffondendo contaminanti Nessuna preoccupazione per le conseguenze della contaminazione se non per il disagio fisico che potrebbe avvertire Altro
Sessuali
Pensieri, immagini o impulsi sessuali proibiti o perversi Paura di essere pedofilo o commettere atti incestuosi* Paura di essere omosessuale* Comportamento sessuale aggressivo verso gli altri Altro
Accumulo/risparmio
Pensiero di accumulare oggetti senza valore monetario o sentimentale
Religiose
Preoccupazione per il sacrilegio o la bestemmia Eccessiva preoccupazione per il bene/male o la moralità Altro
Bisogno di simmetria o precisione
Preoccupazione perché le cose siano ordinate e/o simmetriche Con pensiero magico Senza Pensiero magico
Somatiche
Preoccupazione per malesseri o malattie Eccessiva preoccupazione per parti del corpo o per l'aspetto esteriore* Altro bisogno di sapere o ricordare
Altre
Paura di dire certe cose o parole Paura di non dire la cosa giusta Paura di perdere le cose Immagini intrusive Suoni, parole o musiche intrusive e senza senso Fastidio per certi suoni o rumori* Numeri fortunati/sfortunati Colori con un significato speciale* Paure superstiziose Altro
Compulsioni
Pulizia/lavaggio
Lavarsi le mani in modo eccessivo e/o ritualizzato

Disturbo ossessivo-compulsivo

Fare la doccia, il bagno, lavarsi i denti, rassettare, fare la toeletta di routine in modo eccessivo e/o ritualizzato Pulire articoli casalinghi o altri oggetti inanimati Altre misure per prevenire o rimuovere il contatto con i contaminanti Altro
Controllo
Controllare le serrature, i fornelli, gli elettrodomestici, ecc. Controllare che non ha fatto/non farà del male agli altri Controllare che non ha fatto/non farà del male a se stesso Controllare che non sia successo/succederà nulla di terribile Controllare di non aver fatto errori Controllare legato alle ossessioni somatiche Altro
Rituali ripetitivi
Rileggere o riscrivere Ripetere attività di routine con o senza pensiero magico Altro
Contare
Bisogno di contare correlato ad altre compulsioni Bisogno di contare non correlato ad altre compulsioni
Riordinare/riassettare
Riordinare o riassettare spesso oggetti o ambienti
Accumulo
Accumulare oggetti senza valore monetario o sentimentale*
Altre
Rituali mentali Fare troppi elenchi Bisogno di dire, chiedere, confessare Bisogno di toccare, picchiare o strofinare* Rituali che coinvolgono lo sbattere le palpebre o il guardare fisso* Misure per prevenire danno a se stessi, agli altri o conseguenze terribili Comportamenti alimentari ritualizzati* Comportamenti superstiziosi Tricotillomania* Altri comportamenti autolesivi o automutilanti*

* Indica un item da vagliare con particolare attenzione perché caratteristico di diverse condizioni psicopatologiche (ad es., fobie, deliri, ipocondria, tic, depressione, ecc.)

2. La sezione *core component* (Y-BOCS-CC) (tabella 4.2), ovvero quella centrale, composta da 10 item per valutare separatamente la gravità di ossessioni e compulsioni quantificandone l'intensità su di una scala Likert a 5 punti (0-4), in cui il

punteggio più elevato corrisponde a una maggiore gravità. Il punteggio totale di gravità è rappresentato dalla somma dei 10 item (range 0-40) con due subtotali, uno per le ossessioni (range 0-20) e uno per le compulsioni (range 0-20).

Nello specifico, gli aspetti indagati sono i seguenti:

- il tempo occupato dai sintomi, in termini di ore durante la giornata (mai = 0... più di 8 ore = 4);
- l'interferenza esercitata dai sintomi sul funzionamento sociale e lavorativo (nessuna interferenza = 0... sintomi invalidanti = 4);
- l'angoscia associata ai sintomi (nessuna angoscia = 0... angoscia pressoché costante e invalidante = 4);
- la resistenza esercitata per opporsi ai sintomi assumendo che un maggiore sforzo sia indice di maggiore benessere (resistenza massima = 0... assenza di resistenza = 4);
- il controllo sui sintomi, che a differenza della resistenza non è correlato agli sforzi del paziente quanto piuttosto alla gravità dei sintomi (controllo completo = 0... nessun controllo = 4).

3. La *sezione investigativa* (Y-BOCS-IC) (tabella 4.2) composta da 6 item che esplorano altrettanti domini: insight, evitamento, indecisione patologica, senso di responsabilità sopravvalutato, lentezza pervasiva, dandone una quantificazione di gravità espressa su di una scala a Likert 5 punti (0-4). Tali aspetti, non essendo originariamente considerati nucleari del disturbo, vengono esclusi dal computo del punteggio; viene riconosciuto tuttavia che sia l'evitamento che l'insight possano avere rilevanza nel definire la gravità del disturbo.

Le prime modifiche

Nel tempo vennero apportate due piccole modifiche: la prima riguardava l'introduzione nella «core component» di due item il cui punteggio non veniva però aggiunto a quello del test. I due item riguardavano l'*intervallo libero* dai sintomi quantificato in ore (nessun sintomo = 0... < 1 ora/die libera da sintomi = 4), uno per la subscale delle ossessioni e uno per quella delle compulsioni; la seconda riguardava una sezione aggiuntiva posta in coda alle precedenti: la sezione generale Y-BOCS-G (tabella 4.2). Tale sezione, composta da 3 item che rappresentano una versione della *Clinical Global Impression* (CGI) adattata ai sintomi ossessivi, chiede all'intervistatore di formulare un giudizio clinico sulla gravità globale del DOC (nessun disturbo = 0 ... sintomi estremamente gravi = 6), sul miglioramento globale (peggiorato moltissimo = 0 ... migliorato moltissimo = 6) e sull'attendibilità dei punteggi ottenuti (eccellente = 0... scarsa = 3).

TABELLA 4.2
Griglia riassuntiva da compilare a cura dell'intervistatore

Y-BOCS-CC (core component)					
	Mai	Lieve	Moderato	Grave	Estremo
1. Tempo occupato da pensieri ossessivi	0	1	2	3	4
1.1 Intervallo libero da ossessioni (non sommare al punteggio subtotale o totale)	0	1	2	3	4
2. Interferenza dovuta ai pensieri ossessivi	0	1	2	3	4
3. Angoscia associata ai pensieri ossessivi	0	1	2	3	4
	Resiste sempre				Si arrende completamente
4. Resistenza contro le ossessioni	0	1	2	3	
	Controllo completo		Controllo moderato		Nessun controllo
5. Grado di controllo sui pensieri ossessivi	0	1	2	3	4
Subtotale ossessioni					
	Mai	Lieve	Moderato	Grave	Estremo
6. Tempo passato a eseguire comportamenti compulsivi	0	1	2	3	4
6.1 Intervallo libero da compulsioni (non sommare al punteggio subtotale o totale)	0	1	2	3	4
7. Interferenza dovuta al comportamento compulsivo	0	1	2	3	4
8. Angoscia associata al comportamento compulsivo	0	1	2	3	4

	Resiste sempre				Si arrende completamente			
9. Resistenza contro le compulsioni	0	1	2	3	4			
	Controllo completo	Grande controllo	Controllo moderato	Scarso controllo	Nessun controllo			
10. Grado di controllo sui comportamenti compulsivi	0	1	2	3	4			
Subtotale compulsioni								
Y-BOCS-IC (sezione investigativa)								
	Eccellente			Assente				
11. Insight nei sintomi ossessivo-compulsivi	0	1	2	3	4			
	Mai	Lieve	Moderato	Grave	Estremo			
12. Evitamento	0	1	2	3	4			
13. Grado di indecisione	0	1	2	3	4			
14. Senso sopravvalutato di responsabilità	0	1	2	3	4			
15. Lentezza pervasiva	0	1	2	3	4			
16. Dubbio patologico	0	1	2	3	4			
Y-BOCS-G (sezione generale)								
	Nessun disturbo				Sintomi estremamente gravi			
17. Gravità globale	0	1	2	3	4	5	6	
	Peggiorato moltissimo				Molto migliorato			
18. Miglioramento di malattia	0	1	2	3	4	5	6	
	Eccellente	Buona	Discreta	Scarsa				
19. Attendibilità	0	1	2	3				

Caratteristiche psicometriche

Goodmann, Price e Rasmussen (1989b), contestualmente alla pubblicazione del lavoro di presentazione del test, pubblicarono un secondo scritto con la loro preliminare valutazione delle proprietà psicometriche dello strumento, sostenendone la validità e l'affidabilità: evidenziarono una buona correlazione con altre due scale di valutazione dei sintomi — la *National Institute of Mental Health Global Obsessive-Compulsive Scale* (NIMH-OC) e la *Clinical Global Impression Obsessive-Compulsive* (CGI-OC), ma non con il *Maudsley Obsessional Compulsive Inventory* (MOCI), e una buona sensibilità nel registrare cambiamenti.

Negli anni, poi, l'utilizzo della scala e l'accumulo graduale di osservazioni cliniche hanno permesso di affinare e arricchire tale valutazione confermando sostanzialmente i dati sulla validità e l'affidabilità, ma anche muovendo alcune critiche che, nel complesso, hanno poi consentito la revisione della scala effettuata recentemente.

Woody e colleghi (1995) rilevarono la difficoltà di diversi pazienti nell'identificare sia il grado di resistenza che la effettiva capacità di controllo di ossessioni e compulsioni. Essi evidenziarono come la consistenza interna aumentasse eliminando l'item «resistenza alle compulsioni» e come l'item «evitamento» correlasse con il punteggio totale della Y-BOCS e della subscale «compulsioni». In base anche a quanto già precedentemente evidenziato da Danyko e colleghi (1993), i quali avevano rilevato una problematicità per l'item «resistenza alle ossessioni», essi suggerirono come l'eliminazione di tali item dalla scala e l'aggiunta dell'item «evitamento» alla «core component» permettessero di incrementare la consistenza interna del test.

Una seconda critica mossa al test è relativa alla scarsa validità discriminante, cioè alla incapacità della Y-BOCS di distinguere tra il costrutto della patologia ossessiva e della depressiva; tuttavia, considerata la nostra premessa, ciò dovrebbe essere considerata competenza propria dell'esaminatore e non proprietà intrinseca del test (Taylor 1995), dato che questo dovrebbe essere utilizzato una volta che si è certi della diagnosi.

Altri studi hanno voluto verificare se la strutturazione proposta del test in due fattori (le ossessioni e le compulsioni) rappresentasse il reale. Sebbene alcuni abbiano confermato tale struttura (McKay et al., 1995; Arrindel et al., 2002; Storch et al., 2005; Garnaat et al., 2010), altri ne hanno identificato di differenti: Fals-Stewart et al. (1992) a un fattore, Deacon et al. (2005) a due fattori (tempo ansia e interferenza e resistenza e controllo), Amir et al. (1997) a due fattori (grado di interferenza dei sintomi e severità dei sintomi), Moritz et al. (2002) a tre fattori (severità delle ossessioni, severità delle compulsioni, resistenza ai sintomi).

Nella tabella 4.3 sono riassunti i principali lavori di approfondimento delle proprietà psicometriche della scala pubblicati ad oggi.

TABELLA 4.3
Rassegna dei principali studi sulle proprietà psicometriche della scala

Studio	Valutazione
Goodmann et al. (1989b)	Buona correlazione con l’NIMH-OC e il CGI-OC, scarsa correlazione con il MOCI Buona sensibilità ai cambiamenti
Kim et al. (1990)	Consistenza interna migliore nella Y-BOCS che nel LOI Migliore sensibilità della Y-BOCS rispetto al LOI nel misurare modifiche cliniche dei sintomi
Kim et al. (1992)	Buona affidabilità per Y-BOCS e NIMH-GOCS Buona sensibilità di Y-BOCS nel registrare i cambiamenti
Kim et al. (1994)	Buona sensibilità al cambiamento dei sintomi eccetto che per l’item «resistenza»
Frost et al. (1995)	Buona consistenza interna Buona correlazione con il MOCI, l’ <i>Obsessive Thoughts Questionnaire</i> e la <i>Revised Compulsive Activity Checklist</i>
Woody et al. (1994)	Buona consistenza interna eccetto che per l’item «resistenza alle compulsioni» Buona correlazione dell’item «evitamento» con il punteggio totale e il punteggio compulsioni Buona affidabilità inter-rater Buona validità di costrutto, modesta validità convergente, scarsa validità divergente
Richter et al. (1994)	Buona consistenza interna
Deacon et al. (2005)	Buona consistenza interna eccetto che per gli item «resistenza» e «controllo» Buona validità di costrutto
Taylor et al. (1995)	Buona affidabilità, buona validità, buona sensibilità al cambiamento

Citiamo infine gli studi volti a indagare la clusterizzazione contenutistica dei sintomi che hanno proposto i seguenti modelli:

- Feinstein et al. (2003) evidenziano due sottogruppi all’interno delle ossessioni di contaminazione, rappresentati rispettivamente dal disgusto per i contaminanti e dal timore del danno da contaminanti;
- Denys et al. (2004), analizzando la checklist della Y-BOCS e il *Padua Inventory* (PI), evidenziano 6 cluster sintomatologici: 1) contaminazione e pulizia, 2) ses-

- suali, religiose, somatiche e controllo, 3) valutazione del rischio e controllo, 4) perdita di controllo, 5) bisogno di ordine e simmetria e compulsioni di controllo, 6) ruminazioni (categoria presente solo nel PI);
- Cullen et al. (2007) evidenziano 4 cluster sintomatologici: ossessioni pure, contaminazione, ordine-simmetria e accumulo, predittive di peggior risposta ai trattamenti. I fattori di ordine e accumulo mostrano inoltre una correlazione familiare tra fratelli positiva, suggerendo così una possibile implicazione genetica.

La nuova versione

Partendo da alcune delle considerazioni emerse dagli studi effettuati e dall'esperienza diretta di utilizzo clinico della scala Storch, Rasmussen, Price, Larson e Goodmann (2010) hanno recentemente proposto una seconda versione della Y-BOCS.

Le modifiche apportate sono quattro:

- eliminazione dell'item resistenza alle ossessioni sostituito con l'item «intervallo libero da sintomi»;
- espansione del punteggio da assegnare agli item non più su una scala Likert a 5 punti ma a 6 (0-5), tale da modificare il punteggio totale da un range di 0-50 a uno di 0-40;
- conteggio delle condotte di evitamento attive all'interno del punteggio di gravità delle compulsioni;
- modifica della checklist dei sintomi.

L'item «resistenza alle ossessioni» era stato erroneamente considerato manifestazione di benessere e pertanto introdotto nella quantificazione di gravità del disturbo. Tuttavia, l'esperienza ha dimostrato che, a differenza della resistenza alle compulsioni, la resistenza alle ossessioni esita spesso in tentativi maladattivi (Purdon et al., 2000). Inoltre, come già descritto, è l'item che ha mostrato avere la minore correlazione con il punteggio della Y-BOCS (Woody et al., 1995) e con la subscale delle ossessioni (Mc Kay et al., 1995).

L'espansione del punteggio è stata voluta per rendere la Y-BOCS sensibile, nelle condizioni cliniche di maggiore gravità del disturbo, alle modificazioni piccole ma clinicamente significative.

Il conteggio delle condotte di evitamento, unitamente alle compulsioni, nasce in considerazione del fatto che anche le condotte di evitamento, come le compulsioni, sono azioni finalizzate a neutralizzare l'ansia generata dalle ossessioni e sono spesso agite proprio per evitare di dover effettuare compulsioni prolungate.

La checklist dei sintomi è stata invece modificata poiché nella versione originaria tutti i sintomi ossessivo-compulsivi erano considerati basati sulla paura. Spesso, invece, i pazienti riportano una sensazione di fastidio piuttosto che il bisogno di completare i propri compiti finché non «si sentono a posto» («not just right experiences»; Coles et al., 2005).

Gli autori aggiungono infine di ritenere comunque valido l'utilizzo della precedente versione, cioè quella presentata in questo capitolo.

Scoring e interpretazione del punteggio

Le seguenti note si riferiscono alla versione originale della Y-BOCS, che viene presentata al termine di questo contributo, e per la quale riteniamo aver accumulato un bagaglio di esperienza tale da poter fornire qualche suggerimento.

Nel momento in cui, posta la diagnosi, inizia l'assessment del paziente affetto da disturbo ossessivo-compulsivo la valutazione descrittiva e di gravità del disturbo può essere svolta efficacemente mediante la Y-BOCS.

La somministrazione del test deve iniziare indagando la conoscenza e la familiarità che il paziente ha con il disturbo e con le definizioni più «tecniche» dei sintomi nonché ciò che egli pensa di essi, per permettere di calibrare l'illustrazione delle caratteristiche formali dei sintomi e la loro esemplificazione.

Si fornisce quindi la definizione di ossessione e di compulsione effettuandone esempi e si verifica che il paziente abbia compreso quanto illustrato. Si avverte quest'ultimo che si andrà a proporre una lista di ossessioni e compulsioni, alcune delle quali potranno far parte dell'esperienza attuale o passata mentre altre risultare estranee. È importante che vengano anche considerati i sintomi del passato (che sulla griglia riassuntiva dovranno essere segnalati come tali) poiché in alcune condizioni potrebbero ripresentarsi. Per vincere le reticenze del paziente (se presenti), si potrà premettere che si comprende come lui stesso possa percepire eccessivi ed esagerati i propri comportamenti o le proprie idee/paure ma che spesso non è possibile far altro che accettarne la presenza. Si procede quindi con la checklist, ponendo attenzione che, per ciascun contenuto che il paziente riconoscerà appartenere alla propria esperienza, possa essere fornita un'esemplificazione che consenta la classificazione di quel sintomo proprio come un'ossessione/compulsione. Sarà necessario porre in diagnosi differenziale alcuni sintomi ossessivi con le fobie semplici, le parafilie, alcune compulsioni motorie dai tic, alcuni aspetti depressivi, ecc. Elencare i contenuti potrà, in alcune situazioni, incrementare l'ansia del paziente; si potrà allora fornire qualche rassicurazione specificando il significato di ciò che si sta facendo. In altre situazioni potrà rendersi necessario somministrare il test in sedute consecutive oltre che per l'ansia del paziente anche per la di lui lentezza o

per lo svolgimento di alcune compulsioni (es.: il bisogno di ripetere mentalmente le domande poste), che possono prolungare eccessivamente la durata di svolgimento del test stesso. Potrà rendersi anche necessaria una esemplificazione da parte dell'intervistatore, quando il paziente fatterà a comprendere il significato del contenuto proposto. Il fatto che ciò avvenga dovrebbe già farci supporre che quello di cui si sta parlando non appartenga all'esperienza di vita del paziente. In generale, si consiglia di esemplificare riferendosi sempre alle caratteristiche formali di quel pensiero o comportamento, ossia al fatto che si presenti come intrusivo con modalità ripetitiva e generi ansia. Quest'ultimo suggerimento ha lo scopo sia di evitare di suggestionare alcuni pazienti che di includere intrusioni fugaci che non appartengano alla psicopatologia.

Terminata le checklist si dovrà chiedere al paziente se voglia aggiungere dei contenuti che non siano stati elencati.

Nelle somministrazioni successive alla prima si potrà semplicemente riproporre la lista dei sintomi target ottenuta dalla prima somministrazione verificandone l'attualità.

Si procederà quindi con la somministrazione della «core component».

Dalla quantificazione del tempo occupato, ansia, interferenza, resistenza e controllo sui sintomi ossessivo-compulsivi si potrà ottenere il punteggio di gravità del disturbo.

Si assume come cut-off per la presenza di un disturbo clinicamente rilevante un punteggio ≥ 16 , e come cut-off per un miglioramento del disturbo clinicamente significativo una riduzione $\geq 35\%$.

Nell'effettuare tale parte della valutazione bisognerà confrontare il giudizio del paziente con quello del somministratore e, in alcune situazioni, potrà risultare utile una somministrazione congiunta ai familiari che permetta l'emergere di compulsioni effettuate per interposta persona, di condotte di evitamento e di sintomi che il paziente può aver taciuto o dimenticato di riportare, nonché la loro reale gravità.

A volte si incontrano pazienti che spesso, per evoluzione di un DOC di lunga durata, sono completamente bloccati o che attuano prevalentemente condotte di evitamento fobico. Tali pazienti otterrebbero un punteggio alla subscale delle compulsioni relativamente basso rischiando di ottenere un punteggio finale totale non rappresentativo della reale gravità del disturbo. A livello esemplificativo, si consideri un paziente che abbia come ossessione principale il dubbio di non essersi lavato adeguatamente e che ripeta compulsivamente i propri rituali di lavaggio per ore sotto la doccia. Tale paziente potrebbe, estenuato dai propri rituali, sostituire l'esecuzione di essi con l'attuazione di una condotta di evitamento consistente nell'interrompere l'esecuzione dei rituali di lavaggio e quindi smettere di lavarsi. A questo punto, somministrando la «core competent» – compulsioni della Y-BOCS

potremmo erroneamente valutare come nulli tempo, ansia e interferenza correlati alle compulsioni, in quanto il paziente non esegue più queste ultime. È chiaro che questa valutazione non è determinata dalla reale estinzione del sintomo ma da un'«evoluzione» dello stesso nell'ambito della storia di malattia. Si consiglia pertanto, in una situazione simile, di conteggiare le condotte di evitamento al pari dei comportamenti compulsivi per ottenere un punteggio di gravità realmente rappresentativo della severità del disturbo.

La somministrazione del test richiede nel complesso, mediamente, da 1 ora a 90 min.

Originariamente la scala era stata pensata per essere somministrata con frequenza settimanale, sebbene spesso non abbia la sensibilità sufficiente per registrare le piccole variazioni che si possono rilevare in così brevi intervalli di tempo.

Tra i limiti della Y-BOCS ricordiamo il dispendio di tempo richiesto e l'essere un test operatore-dipendente, in cui cioè la competenza del somministratore nell'ambito del disturbo è importante per la corretta valutazione dei sintomi. È chi somministra il test a dover guidare il paziente nel riconoscimento dei propri sintomi come appartenenti a ideazioni ossessive o ad altro: per fare questo è necessario avere assimilato i caratteri formali distintivi dei sintomi e cioè la loro obbligatorietà, il fatto che, ad esempio, un paziente con l'ossessione dell'ordine non è semplicemente una persona «fissata per l'ordine» ma una persona il cui processo di pensiero ha subito un blocco che lo fa cortocircuitare su un contenuto di ordine. L'aver conosciuto le diverse declinazioni in cui i sintomi si possono esprimere è sicuramente un mezzo per acquisire tale competenza; tuttavia non può essere considerata sufficiente l'esecuzione di un discreto numero di valutazioni testali come semplice ascolto di un elenco di contenuti di pensiero ma è necessario ascoltare e accogliere tutto il mondo interno (convinzioni, riflessioni, ipotesi ed emozioni) ed esterno (ripercussioni sulla vita pratica che circuita intorno ai sintomi) del paziente. Questa è la via per poter comprendere i sintomi nella dimensione in cui li vive il paziente, ciò che può permettere al valutatore di familiarizzarsi con ossessioni e compulsioni.

Tra i vantaggi della Y-BOCS c'è il fornire una fotografia del paziente che si potrà poi confrontare con fotografie successive; alcune volte, inoltre, il processo dell'intervista potrà alleviare l'angoscia di quei pazienti che alla loro prima valutazione non immaginano come le «assurdità» che pensano e sperimentano siano conosciute e note come parte di quel disturbo d'ansia.

Bibliografia

Amir, N., Foa, E.B., & Coles, M.E. (1997). Factor structure of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological Assessment*, 9, 312-316.

- Arrindell, W.A., de Vlaming, I.H., Eisenhardt, B.M., van Berkum, D.E., & Kwee, M.G.T. (2002). Cross-cultural validity of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 159-176.
- Coles, M.E., Heimberg, R.G., Frost, R.O., & Steketee, G. (2005). Not just right experiences and obsessive-compulsive features: Experimental and self-monitoring perspectives. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 153-167.
- Cooper, J.E. (1970). The Leyton Obsessional Inventory. *Psychological Medicine*, 1, 48-64.
- Cullen, B., Brown, C.H., Riddle, M.A., Grados, M., Bienvenu, O.J., Hoehn-Saric, R., Shugart, Y.Y., Liang, K.Y., Samuels, J., & Nestadt, G. (2007). Factor analysis of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale in a family study of obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 24, 130-138.
- Danyko, S.J., McKay, D.R., & Neziroglu, F.A. (1993, November). Factor structure and construct integrity of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Atlanta, Ga.
- Deacon, B.J., & Abramowitz, J.S. (2005). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Factor analysis, construct validity, and suggestions for refinement. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 573-585.
- Denys, D., De Geus, F., van Megen, H.J., & Westenberg, H.G. (2004). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: Factor analysis on a clinician-rated scale and a self-report measure. *Psychopathology*, 37, 181-189.
- Fals-Stewart, W. (1992). A dimensional analysis of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological Reports*, 70, 239-240.
- Feinstein, S.B., Fallon, B.A., Petkova, E., & Liebowitz, M.R. (2003). Item-by-item factor analysis of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Symptom Checklist. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 15, 187-193.
- Frost, R.O., Steketee, G., Krause, M.S., & Trepanier, K.L. (1995). The relationship of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) to other measures of Obsessive-Compulsive symptoms in a nonclinical population. *Journal of Personality Assessment*, 65, 158-168.
- Garnaat, S.L., & Norton, P.J. (2010). Factor structure and measurement invariance of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale across four racial/ethnic groups. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 723-728.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., Heninger, G.R., & Charney, D.S. (1989a). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS): Part I. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G.R., & Charney, D.S. (1989b). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS): Part II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Goodman, W.K., & Price, L.H. (1992). Assessment of severity and change in Obsessive-Compulsive disorder. *Psychiatric Clinic of North America*, 15, 861-869.
- Hodgson, R.J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-Compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395.

- Kim, S.W., Dysken, M.W., & Kuskowski, M. (1990). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: A reliability and validity study. *Psychiatry Research*, 34, 99-106.
- Kim, S.W., Dysken, M.W., & Kuskowski, M. (1992). The Symptom Checklist-90: Obsessive-Compulsive Subscale. A reliability and validity study. *Psychiatry Research*, 41, 37-44.
- Kim, S.W., Dysken, M.W., Pheley, A.M., & Hoover, K.M. (1994). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Measures of internal consistency. *Psychiatry Research*, 51, 203-211.
- McKay, D., Danyko, S.J., Neziroglu, F., & Yaryura-Tobias, J.A. (1995). Factor structure of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: A two dimensional measure. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 865-869.
- Moritz, S., Meier, B., Kloss, M., Jacobsen, D., Wein, C., Fricke, S., & Hand, I. (2002). Dimensional structure of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive scale (Y-BOCS). *Psychiatry Research*, 109, 193-199.
- Purdon, C., & Clark, D.A. (2000). White bears and other elusive intrusions: Assessing the relevance of thought suppression for obsessional phenomena. *Behavior Modification*, 24, 425-453.
- Richter, M.A., Cox, B.J., & Dorenfeld, D.M. (1994). A comparison of three assessment instruments for obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 143-147.
- Storch, E.A., Rasmussen, S.A., Price, L.H., Larson, M.J., Murphy, T.K., & Goodman, W.K. (2010). Development and psychometric evaluation of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale-Second Edition. *Psychological Assessment*, 22, 223-232.
- Storch, E.A., Shapira, N.A., Dimoulas, E., Geffken, G.R., Murphy, T.K., & Goodman, W.K. (2005). Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: The dimensional structure revisited. *Depression and Anxiety*, 22, 28-35.
- Taylor, S. (1995). Assessment of obsessions and compulsions: Reliability, validity, and sensitivity to treatment effects. *Clinical Psychology Review*, 15, 261-296.
- Woody, S.R., Steketee, G., & Chambless, D.L. (1995). Reliability and validity of the Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 597-605.

Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale – Y-BOCS¹

Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Fleischmann, Hill, Heninger e Charney, 1989a

Versione italiana a cura di Ronchi e Erzegovesi

Istruzioni per la somministrazione

La valutazione che stiamo per fare insieme è finalizzata a indagare alcuni sintomi d'ansia noti come ossessioni e compulsioni, ne ha mai sentito parlare?

[Si indaga se il paziente abbia familiarità con questi termini e i sintomi e cosa ne pensi.]

Vorrei comunque dirle la definizione di «ossessione» e «compulsione» in modo che possiamo procedere nella maniera più chiara possibile. Si definisce «ossessione» ogni idea, pensiero, immagine, impulso che entra ripetutamente nella sua mente senza che lei lo desideri, che può sentire come ripugnante, estraneo a sé e giudicare senza senso ma che sia capace di generare in lei ansia o fastidio ma che si senta obbligato a pensare e che faccia fatica a scacciare. Può essere come un flash che ricorre spesso o occupare la mente per minuti o ore tanto da rendere necessaria un'azione per scacciarlo. Ciò che viene fatto per scacciare un'ossessione prende il nome di «compulsione»: un atto concreto o un atto mentale finalizzato a estinguere l'ansia e scacciare l'ossessione, che nell'immediatezza può risultare efficace ma che a lungo termine innesca un circolo vizioso. Infatti ogniqualvolta arrivi l'ossessione sarà necessario eseguire il rituale compulsivo per scacciarla. In alcune situazioni, oltre alla compulsione o alternativamente ad essa, può essere agita quella che si chiama una condotta di «evitamento fobico»: una persona decide di evitare qualsiasi stimolo capace di scatenare l'ossessione.

Facciamo un esempio: ad alcuni può capitare di avere paura di poter contrarre l'HIV toccando le maniglie delle porte dei bagni pubblici, pur conoscendo razionalmente le reali modalità di trasmissione di tale malattia. Tale paura (ossessione) può generare tanta ansia da indurre la persona a utilizzare delle «protezioni»: toccare le maniglie solo interponendo tra esse e la mano un fazzoletto di carta o disinfettarle prima di toccarle (compulsione) o, alternativamente, evitare di toccare le maniglie (condotta di evitamento fobico; ad es. aprire la porta spingendola con la scarpa, se possibile, o evitare in assoluto qualsiasi contatto con porta/maniglia precludendosi la possibilità di utilizzare un bagno pubblico).

Ha qualche domanda? *[Se necessario fare altri esempi.]*

Ora le elencherò le ossessioni e le compulsioni che più frequentemente si possono presentare e cercheremo di capire insieme se la riguardano nell'attualità (in riferimento all'ultima settimana) o l'hanno riguardata in passato.

[Per ogni sintomo riferito dal paziente specificare una descrizione essenziale da riportare sulla griglia riassuntiva dei contenuti.]

¹ Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., Heninger, G.R., & Charney, D.S. (1989a). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS): Part I. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
© AMA. Pubblicato con il permesso dell'Editore.

Checklist dei sintomi		
Ossessioni aggressive	Presente	Passato
Avere paura di poter fare del male a se stesso*		
Paura di poter fare del male agli altri		
Pensare a immagini violente od orrifiche		
Paura di perdere il controllo e dire oscenità o insulti		
Paura di fare qualcosa d'imbarazzante*		
Paura di poter agire d'impulso senza volerlo		
Paura di poter rubare qualcosa		
Paura di poter fare del male ad altri perché non abbastanza attento		
Paura di poter essere responsabile di qualche avvenimento terribile		
Altro _____		
Ossessioni di contaminazione	Presente	Passato
Essere eccessivamente preoccupato o disgustato dai rifiuti o secrezioni corporee proprie o altrui (urine, saliva, sudore...)		
Eccessivamente preoccupato o infastidito da sporco e germi		
Eccessivamente preoccupato per i contaminanti ambientali (amianto, radiazioni elettromagnetiche, inquinanti)		
Eccessivamente preoccupato per detersivi o solventi		
Eccessivamente preoccupato o infastidito da animali o insetti*		
Eccessivamente infastidito per sostanze o residui appiccicosi		
Preoccupato di potersi ammalare a causa dei contaminanti		
Preoccupato di far ammalare altri diffondendo contaminanti		
Nessuna preoccupazione per le conseguenze della contaminazione se non per il disagio fisico che potrebbe avvertire		
Altro _____		
Ossessioni sessuali	Presente	Passato
Avere pensieri, immagini o impulsi sessuali percepiti come proibiti o perversi (differenziare dalle fantasie)		
Pensieri a contenuto sessuale che coinvolgono i bambini o riguardano l'incesto*		

Paura di poter essere omosessuale*		
Comportamento sessuale aggressivo verso gli altri		
Pensieri a contenuto sessuale che coinvolgono gli animali		
Altro _____		
Ossessioni di accumulo/risparmio	Presente	Passato
Essere spesso occupato dal pensiero di accumulare oggetti senza valore monetario o sentimentale (distinguere da hobby e collezioni)		
Ossessioni religiose	Presente	Passato
Essere eccessivamente preoccupato per il sacrilegio o la bestemmia		
Eccessivamente preoccupato per il bene/male o la moralità		
Altro _____		
Bisogno di simmetria o precisione	Presente	Passato
Essere eccessivamente preoccupato perché le cose siano ordinate e/o simmetriche		
Con pensiero magico		
Senza pensiero magico		
Altre ossessioni	Presente	Passato
Bisogno di sapere o ricordare		
Paura di dire certe cose o parole		
Paura di non dire la cosa giusta		
Paura di perdere le cose		
Immagini intrusive		
Suoni, parole o musiche intrusive e senza senso		
Eccessivo fastidio per certi suoni o rumori*		
Numeri fortunati/sfortunati		
Colori con un significato speciale*		
Paure superstiziose		
Altro _____		

Ossessioni somatiche	Presente	Passato
Essere eccessivamente preoccupato per malesseri o malattie		
Eccessivamente preoccupato per alcune parti del corpo o per l'aspetto esteriore*		
Altro _____		
Altre ossessioni	Presente	Passato
Compulsioni di pulizia/lavaggio	Presente	Passato
Lavarsi le mani in modo eccessivo e/o ritualizzato		
Fare la doccia, il bagno, lavarsi i denti, fare la toeletta di routine in modo eccessivo e/o ritualizzato		
Pulire in maniera eccessiva o ritualizzata articoli casalinghi o altri oggetti inanimati		
Altre misure per prevenire o rimuovere il contatto con i contaminanti		
Altro _____		
Compulsioni di controllo	Presente	Passato
Controllare ripetutamente la chiusura/spegnimento di serrature, fornelli, elettrodomestici, ecc.		
Controllare che non ha fatto/non farà del male agli altri		
Controllare che non ha fatto/non farà del male a se stesso		
Controllare che non sia successo/succederà nulla di terribile		
Controllare di non aver fatto errori		
Controllare legato alle ossessioni somatiche		
Altro _____		
Rituali ripetitivi	Presente	Passato
Rileggere o riscrivere		

Ripetere attività di routine con o senza pensiero magico (es: entrare/uscire da una porta, alzarsi/sedersi su una sedia)		
Altro _____		
Compulsioni a contare	Presente	Passato
Bisogno di contare correlato ad altre compulsioni		
Bisogno di contare non correlato ad altre compulsioni		
Compulsioni a riordinare/riassettare	Presente	Passato
Bisogno di riordinare o riassettare spesso oggetti o ambienti		
Compulsioni di accumulo	Presente	Passato
Bisogno di accumulare oggetti senza valore monetario o sentimentale (es. biglietti del tram usati, vecchi giornali, oggetti inutili)*		
Altre compulsioni	Presente	Passato
Rituali mentali (es. ripetersi mentalmente parole o frasi)		
Fare troppi elenchi		
Bisogno di dire, chiedere, confessare		
Bisogno di toccare, picchiettare o strofinare*		
Rituali che coinvolgono lo sbattere le palpebre o il guardare fisso*		
Misure per prevenire danno a se stessi, agli altri o conseguenze terribili		
Comportamenti alimentari ritualizzati*		
Comportamenti superstiziosi		
Tricotillomania*		
Altri comportamenti autolesivi o automutilanti*		
Altro _____		

* Indica un item da vagliare con particolare attenzione perché caratteristico di diverse condizioni psicopatologiche (ad es., fobie, deliri, ipocondria, tic, depressione, ecc.)

Y-BOCS core component – Ossessioni

Abbiamo quindi individuato come ossessioni presenti nell'attualità...

[riassumere i contenuti emersi]

... ora cercheremo insieme di quantificare in che misura tali ossessioni l'hanno infastidita nell'ultima settimana.

D: Quanto tempo della sua giornata è generalmente occupato dai pensieri ossessivi che abbiamo prima elencato?

0 = mai

1 = meno di 1 ora/die o intrusioni occasionali

2 = da 1 a 3 ore/die o intrusioni frequenti

3 = da 3 a 8 ore/die o intrusioni molto frequenti

4 = più di 8 ore/die con presenza quasi costante

D: Qual è il maggior intervallo di tempo che può trascorrere libero da pensieri ossessivi (ad es., quando si trova impegnato in attività come guardare un film...)?

0 = sempre

1 = più di 8 ore/die libere dai sintomi

2 = da 3 a 8 ore/die libere dai sintomi

3 = da 1 a 3 ore/die libere dai sintomi

4 = meno di 1 ora/die libera dai sintomi

D: Quanto i pensieri ossessivi interferiscono con il suo funzionamento sociale e lavorativo? Ci sono cose che non riesce a fare a causa della presenza dei sintomi ossessivi?

0 = nessuna interferenza

1 = lieve interferenza con le attività della routine quotidiana tale da non interferire con il funzionamento globale

2 = moderata interferenza con la prestazione sociale o lavorativa ma complessivamente ancora gestibile

3 = severa interferenza che causa una sostanziale menomazione delle prestazioni

4 = interferenza estrema

D: Quanta ansia/fastidio accompagna i pensieri ossessivi quando arrivano?

0 = nessuna

1 = lieve, non troppo disturbante

2 = moderata, disturbante ma ancora gestibile

3 = severa

4 = estrema, costante e inabilitante

D: Quanti tentativi fa di resistere/distrarsi dai pensieri ossessivi? Quanto spesso cerca di stornare l'attenzione da tali pensieri? (quantificare solo i tentativi di distrazione da differenziare dalle compulsioni mentali, solo i tentativi e non i reali successi nel resistere)

- 0 = fa qualche tentativo o i sintomi sono così lievi da non necessitare alcuna resistenza
- 1 = cerca di resistere la maggior parte del tempo
- 2 = fa qualche tentativo di resistere
- 3 = si arrende alle ossessioni senza cercare di controllarle ma lo fa con qualche riluttanza
- 4 = si arrende completamente ai pensieri ossessivi

D: Quanto controllo pensa di avere sui pensieri ossessivi? Quanto spesso riesce a stornare l'attenzione da essi?

- 0 = completo controllo
- 1 = molto controllo, capace di fermare le ossessioni con un po' di sforzo
- 2 = moderato controllo, a volte capace di fermare le ossessioni
- 3 = poco controllo, raramente ha successo nel fermare le ossessioni, può spostare l'attenzione con molta difficoltà
- 4 = nessun controllo, si arrende a tutte le ossessioni

Y-BOCS core component – Compulsioni

Abbiamo individuato come compulsioni presenti nell'attualità...

[riassumere i contenuti emersi]

...ora cercheremo insieme di quantificare in che misura tali compulsioni l'hanno infastidita nell'ultima settimana.

D: Quanta parte della sua giornata trascorre a eseguire i rituali compulsivi che abbiamo prima elencato? (se le compulsioni vengono effettuate raramente si può indagare la frequenza con la quale vengono effettuate)

- 0 = mai
- 1 = meno di 1 ora/die a eseguire compulsioni o esecuzione occasionale di comportamenti compulsivi
- 2 = da 1 a 3 ore/die a eseguire compulsioni o esecuzione frequente di comportamenti compulsivi
- 3 = da 3 a 8 ore/die a eseguire compulsioni o esecuzione molto frequente di comportamenti compulsivi
- 4 = più di 8 ore/die a eseguire compulsioni, l'esecuzione delle compulsioni è costante, difficile da quantificare

D: Qual è il maggior intervallo di tempo che può trascorrere libero da comportamenti compulsivi (ad es., quando si trova impegnato in attività come guardare un film...)?

- 0 = sempre
- 1 = più di 8 ore/die libere dai sintomi
- 2 = da 3 a 8 ore/die libere dai sintomi
- 3 = da 1 a 3 ore/die libere dai sintomi
- 4 = meno di 1 ora/die libera dai sintomi

D: Quanto i comportamenti compulsivi interferiscono con il suo funzionamento sociale e lavorativo? Ci sono cose che non riesce a fare a causa delle compulsioni?

- 0 = nessuna interferenza
- 1 = lieve interferenza con le attività della routine quotidiana tale da non interferire con il funzionamento globale
- 2 = moderata interferenza con la prestazione sociale o lavorativa ma complessivamente ancora gestibile
- 3 = severa interferenza che causa una sostanziale menomazione delle prestazioni
- 4 = interferenza estrema

D: Quanta ansia/fastidio accompagna i comportamenti compulsivi quando vengono eseguiti o quanto crede potrebbe aumentare la sua ansia se non effettuasse le compulsioni?

- 0 = nessuna
- 1 = lieve ansia se non eseguisse le compulsioni o, durante l'esecuzione delle compulsioni, non troppo disturbante
- 2 = moderata, riferisce che l'ansia aumenterebbe se non potesse effettuare la compulsione ma resterebbe gestibile o che l'ansia aumenta pur rimanendo gestibile durante l'esecuzione delle compulsioni
- 3 = severo incremento dell'ansia durante l'esecuzione della compulsione o se la compulsione venisse interrotta
- 4 = estrema e inabilitante durante l'esecuzione della compulsione o tanto da non rendere possibile interrompere l'esecuzione della compulsione

D: Quanti tentativi fa per resistere dall'eseguire compulsioni? (quantificare solo i tentativi e non i reali successi nel resistere, se le compulsioni sono minime il paziente può non avere bisogno di resistervi)

- 0 = fa qualche tentativo o i sintomi sono così lievi da non necessitare alcuna resistenza
- 1 = cerca di resistere la maggior parte del tempo
- 2 = fa qualche tentativo di resistere
- 3 = si arrende alle compulsioni senza cercare di controllarle ma lo fa con qualche riluttanza
- 4 = si arrende completamente alla esecuzione dei comportamenti compulsivi

D: Quanto controllo pensa di avere sui comportamenti compulsivi?

- 0 = completo controllo
- 1 = molto controllo capace di fermare le compulsioni con un po' di sforzo
- 2 = moderato controllo, a volte capace di fermare le compulsioni
- 3 = poco controllo, raramente ha successo nel fermare le compulsioni, può controllarle con molta difficoltà
- 4 = nessun controllo, si arrende a tutte le compulsioni

Y-BOCS – Sezione investigativa

Ora le farò qualche ultima domanda riguardo ai suoi pensieri ossessivi e comportamenti compulsivi.

Insight

D: Giudica che queste idee/paure e questi comportamenti/rituali siano ragionevoli? Cosa pensa che potrebbe accadere se non eseguisse le compulsioni? Crede realmente che potrebbe accadere qualcosa?

0 = insight eccellente

1 = insight buono: riconosce prontamente l'assurdità o l'esagerazione dei suoi pensieri/comportamenti benché non appaia completamente convinto che non ci sia niente oltre all'ansia di cui preoccuparsi

2 = insight discreto: ammette con riluttanza la non ragionevolezza dei propri pensieri/comportamenti, può avere paure irragionevoli ma non convinzioni

3 = insight scarso: ritiene che idee o comportamenti non siano irragionevoli o eccessivi ma ammette la possibilità del contrario

4 = insight assente: aderisce completamente alle proprie idee e ai propri rituali rifiutando la possibilità che non siano veri

Evitamento

D: Ha mai evitato di fare qualcosa, andare da qualche parte, incontrare qualcuno a causa delle sue ossessioni o delle sue compulsioni?

0 = nessun evitamento

1 = lieve, evitamento minimo

2 = moderato, un po' di evitamento chiaramente presente

3 = severo, presenza di numerose e importanti condotte di evitamento

4 = estremo, il paziente evita tutto ciò che è capace di scatenare i sintomi ossessivi e/o i comportamenti compulsivi

Grado di indecisione

D: È difficile per lei prendere le piccole decisioni che fanno parte della quotidianità e che per la maggior parte delle persone non rappresentano un problema (es.: quale vestito indossare, che cosa mangiare...)?

0 = nessuna

1 = lieve, qualche problema nel prendere le piccole decisioni quotidiane

2 = moderata, riporta problemi nel prendere piccole decisioni alle quali la maggior parte delle persone non penserebbe due volte

3 = severa, è un continuo soppesare i pro e i contro

4 = estrema, incapace di prendere anche la più piccola decisione

Senso di responsabilità sopravvalutato

D: Le capita di sentirsi eccessivamente responsabile per le conseguenze delle sue azioni o di eventi che non siano sotto il suo reale controllo? (differenziare dal normale senso di responsabilità e dalla colpa patologica)

0 = nessuno

1 = lieve

2 = moderato: il paziente sperimenta senso di responsabilità per eventi che sono al di fuori del suo ragionevole controllo

3 = severo e pervasivo: profondamente convinto dell'essere responsabile per eventi chiaramente al di fuori del suo controllo, quasi irrazionale

4 = estremo: il paziente può sentirsi responsabile di un terremoto che avvenga a 5.000 Km di distanza

Lentezza pervasiva o inerzia

D: Le capita di avere difficoltà a iniziare o portare a termine i compiti della quotidianità che alcune attività quotidiane richiedano più tempo di quanto dovrebbero? (anche in assenza di specifiche ossessioni o compulsioni)

0 = mai

1 = lieve, occasionale ritardo nell'iniziare o portare a termine i compiti della quotidianità

2 = moderato, frequente allungamento dei tempi di esecuzione delle attività di routine che vengono tuttavia portate a termine

3 = severo, gravi difficoltà nell'iniziare e portare a termine compiti della routine

4 = estremo, incapace di iniziare o portare a termine compiti della quotidianità senza assistenza

Dubbio patologico

D: Quando esegue un compito le capita di dubitare di averlo eseguito correttamente o proprio di averlo eseguito? Le capita di dubitare delle proprie sensazioni (ciò che vede, sente...)?

0 = mai

1 = lieve, gli esempi riportati possono appartenere alla normalità

2 = moderato, chiaramente presente con qualche effetto sul funzionamento globale ma complessivamente gestibile

3 = severo, incertezza circa le proprie percezioni che limita il funzionamento globale

4 = estrema, incertezza costante circa le proprie sensazioni, il dubbio patologico interferisce con lo svolgimento di tutte le attività quotidiane

Y-BOCS – Sezione generale

I seguenti item vanno compilati a esclusivo giudizio dell'esaminatore.

Gravità globale

- 0 = nessun disturbo
- 1 = sintomi molto lievi che non sono in grado di esercitare interferenza
- 2 = sintomi lievi, che comportano lieve interferenza nel funzionamento
- 3 = sintomi moderati, funziona con sforzo
- 4 = sintomi moderati-severi, limitano il funzionamento
- 5 = sintomi severi, funziona principalmente con assistenza
- 6 = sintomi estremi, completamente disfunzionale

Miglioramento di malattia

- 0 = peggiorato moltissimo
- 1 = peggiorato molto
- 2 = peggioramento minimo
- 3 = nessun cambiamento
- 4 = migliorato minimamente
- 5 = mediamente migliorato
- 6 = migliorato molto

Attendibilità

(Fattori che influenzano l'attendibilità possono essere rappresentati dalla cooperatività e dalla capacità di comunicare del paziente, dalla presenza di ossessioni o compulsioni che possono interferire con la capacità di concentrazione; attenzione: fornire risposte spontanee del paziente.)

- 0 = eccellente
- 1 = buona
- 2 = discreta
- 3 = scarsa

I risultati ottenuti vanno quindi riportati nei moduli seguenti in questo modo: 1) le ossessioni, le compulsioni e gli eventuali evitamenti emersi dalla somministrazione della checklist, vanno trascritti nell'«elenco dei sintomi bersaglio»; 2) le valutazioni ottenute tramite la somministrazione della core component, della sezione investigativa e della sezione generale vanno trascritte nella «griglia riassuntiva».

Cognome e nome: _____ Data _____

Elenco dei sintomi bersaglio

* Ossessioni

[illegible]

* Compulsioni

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Griglia riassuntiva da compilare a cura dell'intervistatore

Y-BOCS-CC (core component)						
	Mai	Lieve	Moderato	Grave	Estremo	
1. Tempo occupato da pensieri ossessivi	0	1	2	3	4	
1.1 Intervallo libero da ossessioni (non sommare al punteggio subtotale o totale)	0	1	2	3	4	
2. Interferenza dovuta ai pensieri ossessivi	0	1	2	3	4	
3. Angoscia associata ai pensieri ossessivi	0	1	2	3	4	
	Resiste sempre				Si arrende completamente	
4. Resistenza contro le ossessioni	0	1	2	3		4
	Controllo completo					Scarso controllo
5. Grado di controllo sui pensieri ossessivi	0	1	2	3	4	
Subtotale ossessioni						
	Mai	Lieve	Moderato	Grave	Estremo	
6. Tempo passato a eseguire comportamenti compulsivi	0	1	2	3	4	
6.1 Intervallo libero da compulsioni (non sommare al punteggio subtotale o totale)	0	1	2	3	4	
7. Interferenza dovuta al comportamento compulsivo	0	1	2	3	4	
8. Angoscia associata al comportamento compulsivo	0	1	2	3	4	

	<i>Resiste sempre</i>				<i>Si arrende completamente</i>			
9. Resistenza contro le compulsioni	0		1		2	3		4
	<i>Controllo completo</i>		<i>Grande controllo</i>		<i>Controllo moderato</i>	<i>Scarso controllo</i>		<i>Nessun controllo</i>
10. Grado di controllo sui comportamenti compulsivi	0		1		2	3		4
<i>Subtotale compulsioni</i>								
Y-BOCS-IC (sezione investigativa)								
	<i>Eccellente</i>				<i>Assente</i>			
11. Insight nei sintomi ossessivo-compulsivi	0		1		2	3		4
	<i>Mai</i>		<i>Lieve</i>		<i>Moderato</i>	<i>Grave</i>		<i>Estremo</i>
12. Evitamento	0		1		2	3		4
13. Grado di indecisione	0		1		2	3		4
14. Senso sopravvalutato di responsabilità	0		1		2	3		4
15. Lentezza pervasiva	0		1		2	3		4
16. Dubbio patologico	0		1		2	3		4
Y-BOCS-G (sezione generale)								
	<i>Nessun disturbo</i>				<i>Sintomi estremamente gravi</i>			
17. Gravità globale	0	1	2	3	4	5	6	
	<i>Peggiorato moltissimo</i>				<i>Molto migliorato</i>			
18. Miglioramento di malattia	0	1	2	3	4	5	6	
	<i>Eccellente</i>	<i>Buona</i>	<i>Discreta</i>	<i>Scarsa</i>				
19. Attendibilità	0	1	2	3				

Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

Valeria Neri e Francesco Cardona

Dipartimento di Pediatria e Neuropsichiatria Infantile, Sapienza Università di Roma

Introduzione

La *Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (CY-BOCS; Goodman et al., 1991) è una scala quantitativa di eterovalutazione dei sintomi ossessivo-compulsivi per l'età evolutiva, derivata e adattata dalla Y-BOCS (Goodman et al., 1989), utilizzata invece per la valutazione della gravità e della frequenza della stessa sintomatologia in pazienti adulti. L'elaborazione di un questionario per l'eterovalutazione di tale sintomatologia si era resa necessaria al fine di eludere la serie di problematiche legate all'utilizzo e alla diffusione di questionari per l'autovalutazione in questo specifico disturbo: pur potendosi cogliere con tali strumenti l'esperienza soggettiva del soggetto, la presenza quasi costante del dubbio patologico e della paura di incompletezza li rendevano suscettibili di divenire momento di attivazione di ansie e di angosce. Inoltre, la capacità di percepire le variazioni della sintomatologia sembra carente nei pazienti affetti da DOC, con la conseguenza di una scarsa attendibilità di tali questionari autovalutativi ai fini, ad esempio, del monitoraggio dell'andamento del disturbo in corso di trattamento. L'elaborazione della Y-BOCS, e in un secondo momento della CY-BOCS, ha portato alla rapida e ampia diffusione in campo clinico di uno strumento idoneo a valutare la gravità del sintomo piuttosto che la sua frequenza o tipologia, e le sue modificazioni nel tempo, evitando le difficoltà legate alla consapevolezza dei soggetti e, di conseguenza, all'attendibilità delle scale utilizzate.

La *Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*, che attualmente è in assoluto la scala più diffusa nella pratica clinica per la valutazione della severità del disturbo ossessivo-compulsivo in età evolutiva, ha ricevuto numerose revisioni per poter essere utilizzata come valido strumento di ricerca. Ne sono stati elaborati anche diversi adattamenti finalizzati allo studio di specifiche popolazioni (ad esempio, ne esiste una versione per lo studio della sintomatologia ossessivo-compulsiva nei bambini con disturbi pervasivi dello sviluppo). Va sottolineato che la scala è

prevalentemente uno strumento clinico e di ricerca: un corretto inquadramento diagnostico del paziente deve comprendere l'uso di altri strumenti valutativi per esplorare ed escludere la presenza di ulteriori disturbi ai fini di una diagnosi differenziale.

Lo strumento

Come la Y-BOCS, la CY-BOCS è costituita da 4 differenti sezioni, precedute da un capitolo introduttivo volto a spiegare al clinico la modalità di somministrazione e i criteri di valutazione e di assegnazione dei punteggi. La versione pediatrica della scala si differenzia da quella per adulti per una maggior semplicità del linguaggio utilizzato.

Nella prima sezione è presentata una checklist che illustra circa 60 tipi di ossessioni e compulsioni (CY-BOCS obsessions checklist; CY-BOCS compulsions Checklist), al fine di identificare i sintomi bersaglio di cui si andrà a valutare la gravità. A differenza della checklist della Y-BOCS, nella checklist pediatrica viene conferito maggior rilievo all'indagine del pensiero magico e dei giochi magici/comportamenti superstiziosi. Sono stati inoltre aggiunti sintomi specifici più frequentemente rilevabili nell'età evolutiva, come ad esempio i rituali dell'addormentamento. La checklist delle ossessioni è organizzata, a seconda delle tematiche coinvolte dalle ossessioni, in ossessioni di contaminazione, ossessioni a tema aggressivo, ossessioni sessuali, ossessioni di collezione o di accumulo, pensieri magici/ossessioni superstiziose, ossessioni somatiche, ossessioni religiose, ossessioni varie. Le compulsioni sono raggruppate in compulsioni di lavaggio/pulizia, compulsioni di verifica, compulsioni di ripetizione, compulsioni di conta, compulsioni di ordinare/riporre, compulsioni di collezione, eccessivi giochi magici/comportamenti superstiziosi, cerimoniali che coinvolgono altre persone, compulsioni diverse.

La seconda sezione (CY-BOCS severity ratings) è organizzata come un questionario semistrutturato a 10 item, di cui i primi 5 esplorano le ossessioni e i rimanenti 5 le compulsioni, lungo una scala valutativa a 5 punti (0-4). Gli item utilizzati per la valutazione della severità della sintomatologia sono rappresentati da:

- *tempo* occupato dai sintomi nella giornata o frequenza con la quale questi si presentano (nessun sintomo = 0; più di 8 ore al giorno o pensieri quasi costanti = 4);
- *interferenza* causata dai sintomi sul funzionamento sociale e sulle attività quotidiane (nessuna interferenza = 0; interferenza invalidante = 4);
- *angoscia* associata alla presenza della sintomatologia ossessivo-compulsiva (nessuna angoscia = 0; angoscia quasi costante e invalidante = 4);

- *resistenza* intesa come sforzo esercitato per resistere ai sintomi (resistenza massima = 0; assenza di resistenza = 4);
- *controllo* sul sintomo, (controllo completo = 0; cede completamente e volentieri a tutte le ossessioni/compulsioni = 4).

Le due serie di 5 item danno origine a due punteggi subtotali (0-20), che sommati identificano il punteggio totale (0-40). Tale punteggio rappresenta la severità della sintomatologia ossessivo-compulsiva.

Viene considerato come valore di cut-off per la presenza clinica del disturbo un punteggio > 16. Punteggi compresi fra 16 e 23 identificano un disturbo moderato; punteggi superiori a 23 identificano un disturbo severo.

Nella terza sezione, vengono valutati su una scala a 5 punti (0-4) degli item investigativi relativi sia alle ossessioni che alle compulsioni, che esplorano, nella versione tradotta in Italia:

- *lentezza pervasiva*, intesa come difficoltà a iniziare o portare a termine un compito o attività di routine (nulla = 0; estrema = 4);
- *dubbio patologico*, come dubbio di aver effettuato un'azione correttamente, o di averla realmente effettuata (nulla = 0; estremo = 4);
- *consapevolezza* della sintomatologia ossessivo-compulsiva (nulla = 0; estrema = 4);
- *evitamento* di situazioni atte a scatenare i sintomi (nulla = 0; estremo = 4);
- *indecisione* patologica che coinvolge la difficoltà di prendere decisioni nelle attività quotidiane (nulla = 0; estrema = 4);
- *senso di responsabilità* relativo alle conseguenze dei propri comportamenti o di eventi non controllabili (nulla = 0; estrema = 4).

L'ultima sezione della scala è rappresentata da 3 item derivati dall'adattamento della Clinical Global Impression ai sintomi ossessivo-compulsivi, e deve essere compilata sulla base esclusiva del giudizio del clinico. Gli item presentati in questa sezione conclusiva sono:

- *gravità complessiva* (assenza di malattia = 0; completamente privo di funzioni = 6);
- *miglioramento* complessivo dalla valutazione iniziale, indipendentemente dalla presenza di eventuale trattamento farmacologico (grave peggioramento = 0; eccellente miglioramento = 6);
- *attendibilità* complessiva dei punteggi ottenuti (eccellente = 0; scarsa = 3).

I punteggi relativi alla terza e quarta sezione non concorrono a determinare il punteggio totale di severità della sintomatologia ossessivo-compulsiva.

La CY-BOCS fornisce una valutazione della gravità del disturbo ossessivo-compulsivo indipendentemente dal numero dei sintomi presentati dal paziente.

Misura inoltre in modo sensibile la variazione della sintomatologia nel tempo, dimostrandosi efficace strumento nel monitoraggio del disturbo in corso di trattamento farmacologico. Valuta inoltre separatamente l'impatto sulla gravità del disturbo da parte della resistenza ai sintomi, del controllo sui sintomi stessi e dell'angoscia ad essi associata.

La CY-BOCS presenta anche delle limitazioni, fra le quali la maggiore è forse rappresentata dalla scelta di non considerare, ai fini della valutazione della severità del disturbo, gli item relativi al dubbio patologico, alla lentezza pervasiva e all'evitamento fobico. Inoltre, la scala non è lineare: una diminuzione anche marcata del tempo occupato dalle ossessioni o dalle compulsioni non è rispecchiata da una riduzione proporzionale nel punteggio della scala; per tale motivo una riduzione del 25-35% dei punteggi della scala è considerata segno di risposta clinica significativa (Storch et al., 2010).

La *Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* è utilizzata per la valutazione di pazienti pediatrici di età compresa fra i 6 e i 17 anni. A differenza della versione per soggetti adulti, è diretta a due diversi informatori: deve essere infatti somministrata da un clinico addestrato sia al bambino che ai genitori, insieme o separatamente, a giudizio del clinico stesso. I punteggi vengono assegnati sulla base delle risposte del bambino, delle risposte dei genitori e dell'osservazione clinica. La somministrazione della scala richiede un tempo variabile dai 30 ai 90 minuti, a seconda della scelta di somministrarla separatamente o insieme al bambino e ai familiari, e a seconda della gravità e della complessità della sintomatologia.

Caratteristiche psicometriche

Alcuni studi sono stati condotti sulla versione in lingua inglese della CY-BOCS al fine di valutarne le caratteristiche psicometriche.

Esaminando i dati disponibili in letteratura emerge come la scala sia caratterizzata da elevata coerenza interna, con valori del coefficiente alpha compresi fra 0,87 (Scahill et al., 1997) e 0,90 (Storch et al., 2004) per il punteggio totale e valori compresi fra 0,80 e 0,82 (Storch et al., 2004) per i punteggi subtotali di severità delle ossessioni e delle compulsioni. I valori dei coefficienti di correlazione interclasse (ICCs) compresi fra 0,66 e 0,91 per le subscale e per il punteggio totale depongono per una buona-eccellente concordanza inter-rater; per quanto riguarda la stabilità al test-retest, gli studi noti hanno identificato coefficienti significativi per un intervallo di 6 settimane per il punteggio di severità delle ossessioni (ICC = 0,70), per il punteggio di severità delle compulsioni (ICC = 0,76), e per il punteggio totale (ICC = 0,79).

Inoltre, in uno studio condotto su 86 bambini e ragazzi con OCD di età compresa fra gli 8 e i 20 anni, la CY-BOCS ha dimostrato di possedere una buona validità convergente e divergente (Gallant et al., 2008), mostrando correlazioni più significative con altri strumenti per la valutazione della sintomatologia ossessivo-compulsiva piuttosto che con scale ideate per la valutazione dell'ansia, della depressione, della sintomatologia ticcosa, dell'ADHD e dei comportamenti aggressivi (Storch et al., 2004). Per l'elevata sensibilità agli effetti della terapia farmacologica è infine lo strumento più utilizzato per il monitoraggio della sintomatologia in corso di trattamento. Uno studio recentissimo di Freeman et al. (2011) è stato condotto su una popolazione di 42 bambini fra i 4 e gli 8 anni con DOC a esordio precoce. In questo caso, la scala avrebbe dimostrato una buona affidabilità per la subscale della severità delle compulsioni e per il punteggio totale, oltre a una forte validità convergente e sensibilità alla variazione della sintomatologia.

In alcuni studi è stata esaminata la struttura fattoriale della CY-BOCS. Secondo gli studi di MacKay e altri (2003) emergono due fattori, il fattore Ossessioni e Compulsioni, e il fattore Severità e Disturbo. Secondo lo studio del 2005 di Storch e colleghi, emergono invece il fattore Severità e il fattore Disturbo, il quale concorrerebbe alla valutazione dell'impairment da parte del clinico in aggiunta e ancor più del punteggio totale. È stato infatti sottolineato come il solo punteggio totale nella valutazione della severità del disturbo possa far sottostimare i pazienti *principalmente* ossessivi o i pazienti *principalmente* compulsivi, ed è stata pertanto suggerita la necessità di una revisione della scala che tenga conto di tale fattore nella valutazione della gravità. Per esemplificare quanto detto possiamo pensare a un soggetto che presenti in assoluto solo ossessioni o compulsioni: per quanto grave e invalidante, la sua sintomatologia otterrebbe un punteggio totale massimo di 20. Presumibilmente, però, il suo impairment e la severità del disturbo sarebbero maggiori di quello di un altro soggetto con punteggio 10 in entrambe le subscale e punteggio totale di 20 anch'esso. D'altra parte, l'utilizzo del punteggio totale ha come notevoli vantaggi la maggior affidabilità, la maggior semplicità nelle modalità di scoring, e l'immediatezza dell'utilizzo del punteggio totale all'interno di campioni diversi e nel contesto clinico.

La versione originale della CY-BOCS (l'ultima revisione data 9 febbraio 2011) è stata recentemente tradotta in Italia da Cardona, Neri e Salacone. Tale traduzione, che non ha ancora ottenuto verifica dei requisiti psicometrici, è disponibile previa richiesta a: Dr. Wayne K. Goodman, The Mount Sinai School of Medicine, Department of Psychiatry, One Gustave L. Levy Place, Box 1230, New York, NY 10029 (wayne.goodman@mssm.edu).

Modalità di somministrazione

Le modalità di somministrazione della CY-BOCS sono specificate all'inizio dell'intervista, in una apposita sezione rivolta al clinico. Il punteggio viene attribuito in base alle risposte ricevute, e sulla base dell'osservazione clinica dell'intervistatore che decreta la valutazione finale. Come già segnalato, la scala può essere somministrata al soggetto in esame e ai suoi genitori, insieme o separatamente. La coerenza delle informazioni raccolte potrà essere salvaguardata dalla presenza dello stesso intervistatore nel caso di somministrazioni separate.

Prima di dare inizio all'intervista è necessario fornire ai soggetti informatori una illustrazione del concetto di ossessione e di compulsione. A tal fine, nel protocollo è specificata una definizione che il clinico deve dare:

- *ossessioni*: sono pensieri, idee o immagini che compaiono nella tua mente nonostante tu non lo voglia. Esse possono essere spiacevoli, stupide o imbarazzanti. Un esempio di ossessione è il continuo pensiero che microbi (germi) o sporcizia stiano nuocendo a te o a qualcun altro, o che qualcosa di spiacevole possa accadere a te o a qualcuno a te caro;
- *compulsioni*: sono cose che tu senti di dover fare nonostante tu sappia che non hanno senso. Talvolta tenti di smettere di farle, ma non ci riesci. Finché non finisci ciò che devi fare, ti senti preoccupato, arrabbiato o frustrato. Un esempio di compulsione è il continuo bisogno di lavarti le mani nonostante non siano sporche, o il bisogno di contare fino a un certo numero mentre stai facendo determinate cose.

Dopo aver chiesto ai soggetti se abbiano domande relative al significato delle parole ossessione e compulsione, il clinico può procedere alla somministrazione della scala.

La CY-BOCS deve essere somministrata come una intervista semistrutturata.

Come prima cosa, obiettivo dell'intervistatore è individuare i sintomi bersaglio, attraverso la compilazione della check-list delle ossessioni e delle compulsioni. Attenzione particolare deve essere posta nei riguardi di quegli item segnalati (*), i quali possono essere sintomi riferibili ad altro disturbo, come ad esempio fobie, ipocondria, tic complessi, ruminazioni depressive; a questo proposito basti pensare alla eccessiva preoccupazione nei riguardi di malattie o disturbi, riscontrabile tanto nell'ambito delle ossessioni somatiche che nell'ambito dell'ipocondria, o anche all'eccessiva preoccupazione riguardo parti del corpo o all'aspetto fisico, che potrebbe essere inquadrata come dismorfofobia vera e propria. Un'altra area sintomatologica di difficile inquadramento diagnostico è rappresentata da alcuni tipi di movimenti ripetitivi, quali il bisogno di toccare ripetutamente oggetti/ persone, di ripetere alcune azioni sino a che non si sente che le cose sono a posto

(«just right»), soprattutto nei soggetti che presentano in comorbidità un disturbo da tic. La classificazione di tali comportamenti tra le compulsioni, i tic complessi o i cosiddetti «tic-like compulsions» è ancora materia di dibattito (Worbe et al., 2010).

Non è necessario elencare al bambino o ai familiari tutte le ossessioni o le compulsioni indicate nella lista proposta, ma è fondamentale che ogni area sintomatologica venga indagata, per non rischiare che qualche sintomo resti misconosciuto. La mancata somministrazione di tale sezione, quando venga preferito raccogliere la sintomatologia descritta liberamente dal soggetto, può portare a una minore attendibilità della scala, sia da un punto di vista descrittivo che quantitativo, soprattutto nei casi di pazienti con tendenza a minimizzare la propria sintomatologia o con scarsa consapevolezza di essa.

In tale sezione al soggetto e ai genitori viene richiesto di segnalare l'identificazione di ossessioni e compulsioni presenti al momento dell'intervista, ma anche quelle passate. In questo secondo caso, i sintomi bersaglio vengono annotati su una colonna apposita. Si ricorda a tale proposito che la CY-BOCS viene largamente utilizzata per il monitoraggio dell'efficacia della terapia farmacologica nei pazienti con DOC attraverso la somministrazione del questionario ripetuta nel tempo. L'annotazione dei sintomi presenti e passati prevista a ogni somministrazione, oltre a permettere una verifica rispetto a possibili omissioni nelle interviste precedenti, consente di identificare la comparsa di eventuali sintomi transitori, non presenti al momento di nessuna intervista.

Completate le check-list e individuati i sintomi bersaglio, il clinico può passare alla somministrazione dei 5 + 5 item per la valutazione della severità del disturbo, esplorati separatamente per le ossessioni e le compulsioni. La valutazione deve riguardare le caratteristiche dei singoli item a partire dalla settimana precedente il momento della somministrazione.

Ogni item riceve un punteggio variabile da 0 a 4. Più alto è il valore numerico più è grave l'aspetto valutato. Le due subscale possono raggiungere un valore massimo di 20, con un valore massimo del punteggio totale di 40.

La somministrazione successiva della sezione investigativa e dei tre item derivati dall'adattamento della *Clinical Global Impression* dà origine a un punteggio che non viene incluso nel punteggio totale della CY-BOCS. Per la registrazione dei punteggi è stata predisposta una apposita griglia.

Notazioni

Come accennato nei paragrafi precedenti, ai fini della modalità della singola somministrazione e ai fini della valutazione dei sintomi riportati per la punteggiatura dell'intervista, l'esperienza del clinico sarà l'elemento fondamentale e discriminante.

Ogni passaggio descritto è suscettibile di decisioni e scelte, prese di volta in volta sulla base delle conoscenze acquisite sul campo e grazie alla diretta osservazione del disturbo negli anni.

La possibilità di avere dello stesso sintomo il punto di vista del bambino e del genitore permetterà di esplorare e verificare con l'uno il comportamento o il pensiero che con l'altro poteva aver fatto emergere un dubbio valutativo, a causa di scarso insight, tendenza alla negazione, vergogna o altro. Per tale motivo è quindi fondamentale che sia lo stesso operatore a eseguire le 2 interviste nel caso di sessioni separate: sarà il suo giudizio a determinare quale significato dare alla descrizione e alle risposte ottenute, e quindi il punteggio definitivo relativo all'area esplorata. Ancora una volta saranno il buon senso dell'operatore e la sua esperienza a orientarlo nell'interpretazione di risposte molto divergenti fra bambino e genitori; è intuitiva la possibilità che si possano presentare casi in cui il bambino non sia pienamente consapevole della presenza di rituali, comportamenti ripetitivi o compulsioni, o che sia reticente nelle risposte; d'altra parte, è possibile che i genitori non siano in alcun modo a conoscenza della presenza di determinate ossessioni o eccessive preoccupazioni del bambino, o che siano essi stessi in difficoltà nel confronto con il clinico. Sempre riguardo alla modalità di somministrazione, non esistono regole fisse e il buon senso clinico deve guidare la scelta di somministrare l'intervista separatamente o contemporaneamente al bambino e ai genitori. Uno dei principali fattori da tenere in considerazione è il sentimento di vergogna, soprattutto rispetto alle ossessioni, che spesso induce i bambini a negare la loro presenza e che quindi può portare a sottostimare il problema; in questo senso instaurare una buona e fiduciosa relazione con il bambino è fondamentale, evitando accuratamente che a somministrare l'intervista sia un operatore assolutamente sconosciuto.

Lo stesso buon senso clinico deve guidare anche i passaggi apparentemente più delicati dell'intervista, in particolare gli aspetti concernenti le ossessioni/compulsioni sessuali. In tali casi va usato, soprattutto con il bambino, un linguaggio semplice ma diretto, cercando altresì di metterlo a proprio agio e consentendogli pertanto di esternare liberamente i propri vissuti. Si sottolinea la necessità che l'intervista venga condotta in un luogo «riservato e sicuro».

Va comunque ribadito che l'intervista deve affrontare tutte le aree tematiche.

Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale – Child Report e Parent Report

Partendo dalla riflessione che l'utilizzo di scale di autovalutazione nell'assessment della sintomatologia DOC ha sicuramente alcuni aspetti positivi (velocità di

compilazione e possibilità di somministrazione a più persone contemporaneamente, possibilità di sentirsi maggiormente a proprio agio da parte dell'informante, con conseguente minor rischio di reticenza o di amplificazione nel riferire i sintomi, come può accadere in corso di somministrazione di scala di eterovalutazione), nel 2004 Storch e altri hanno elaborato una versione per l'autovalutazione della CY-BOCS rivolta al paziente pediatrico (CY-BOCS-CR) e una rivolta ai genitori (CY-BOCS-PR). La CY-BOCS-CR e la CY-BOCS-PR sono strutturate sul modello dell'intervista originale, e sono anch'esse costituite da due subscale di 5 item, ognuna finalizzata a valutare la severità di ossessioni e compulsioni reciprocamente, sulla base del tempo impegnato, dell'interferenza sulle attività quotidiane, dell'angoscia sperimentata, del grado di resistenza ai sintomi e del controllo esercitato su questi. Uno studio del 2006 (Storch et al., 2006) realizzato su una popolazione di 53 bambini e adolescenti con DOC e sui relativi genitori ha dimostrato valori soddisfacenti di affidabilità e di validità convergente e divergente anche della versione per l'autovalutazione. L'analisi fattoriale ha evidenziato anche in questo caso una struttura a 2 fattori, identificati nuovamente con il nome di fattore Severità e fattore Disturbo.

La versione per l'autovalutazione della CY-BOCS viene considerata una misura ulteriore per la valutazione del disturbo, in aggiunta e non in alternativa all'intervista somministrata dal clinico. È importante, infatti, ricordare che una parte dei soggetti pediatrici con DOC vive in modo egosintonico la propria sintomatologia, non ricevendone impairment; anche l'imbarazzo, la paura di un trattamento, o la mancanza di consapevolezza relativa alla sintomatologia possono portare a una sotto-rappresentazione della gravità del disturbo. Pertanto l'uso esclusivo delle scale per l'autovalutazione è fortemente da evitare.

Al momento attuale non esiste, a nostra conoscenza, una traduzione italiana delle scale per l'autovalutazione.

Bibliografia

- Freeman, J., Flessner, C.A., & Garcia, A. (2011). The Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Reliability and validity for use among 5 to 8 year olds with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*. Advance online publication. doi: 10.1007/s10802-011-9494-6.
- Gallant, J., Storch, E.A., Merlo, L.J., Ricketts, E.D., Geffken, G.R., Goodman, W.K., & Murphy, T.K. (2008). Convergent and discriminant validity of the Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale-Symptom Checklist. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1369-1376.
- 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-Com-

- pulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Riddle, M.A., & Rapoport, J.L. (1991). *Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. Second Revision*. New Haven, CT: Yale Child Study Center.
- McKay, D., Piacentini, J., Greisberg, S., Graae, F., Jaffer, M., Miller, J., Neziroglu, F., & Yaryura-Tobias, J.A. (2003). The Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Item structure in an outpatient setting. *Psychological Assessment*, 15, 578-581.
- Scahill, L., Riddle, M.A., McSwiggin-Hardin, M., Ort, S.I., King, R.A., Goodman, W.K., Cicchetti, D., & Leckman, J.F. (1997). Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 844-852.
- Storch, E.A., Geffken, G.R., Murphy, T.K., & Goodman, W.K. (2004). *Child- and parent-report versions of the Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. Manuscript non pubblicato*.
- Storch, E.A., Lewin, A.B., De Nadai, A.S., & Murphy, T.K. (2010). Defining treatment response and remission in obsessive-compulsive disorder: A signal detection analysis of the Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 708-717.
- Storch, E.A., Murphy, T.K., Adkins, J.W., Lewin, A.B., Geffken, G.R., Johns, N.B., Jann, K.E., & Goodman, W.K. (2006). The Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Psychometric properties of child- and parent-report formats. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 1055-1070.
- Storch, E.A., Murphy, T.K., Geffken, G.R., Bagner, D.M., Soto, O., Sajid, M., Allen, P., Killiany, E.M., & Goodman, W.K. (2005). Factor analytic study of the Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 312-319.
- Storch, E.A., Murphy, T.K., Geffken, G.R., Soto, O., Sajid, M., Allen, P., Roberti, J.W., Killiany, E.M., & Goodman, W.K. (2004). Psychometric evaluation of the Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Psychiatry Research*, 129, 91-98.
- Yucelen, A.G., Rodopman-Arman, A., Topcuoglu, V., Yazgan, M.Y., & Fisek, G. (2006). Interrater reliability and clinical efficacy of Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale in an outpatient setting. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 48-53.
- Worbe, Y., Mallet, L., Golmard, J.L., Béhar, C., Durif, F., Jalenques, I., Damier, P., Derkinderen, P., Pollak, P., Anheim, M., Broussolle, E., Xie, J., Mesnage, V., Mondon, K., Viallet, F., Jedynak, P., Ben Djebara, M., Schüpbach, M., Pelissolo, A., Vidailhet, M., Agid, Y., Houeto, J.L., & Hartmann, A. (2010). Repetitive behaviours in patients with Gilles de la Tourette syndrome: Tics, compulsions, or both? *PLoS One*, 24, e12959.

Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale – CY-BOCS¹

Goodman, Price, Rasmussen, Riddle e Rapoport, 1991

Versione italiana a cura di Cardona, Neri e Salacone

Istruzioni generali

Introduzione

Questa scala ha lo scopo di valutare la gravità dei sintomi ossessivi e compulsivi in bambini/adolescenti di età compresa tra i 6 e i 17 anni.

In generale la valutazione scaturisce dai resoconti dei bambini e genitori, ma la valutazione finale si basa sul giudizio clinico dell'intervistatore. Valuta le caratteristiche di ogni singolo item nel corso della settimana precedente e sino al momento dell'intervista. I punteggi dovrebbero riflettere la presenza media di ogni item nell'intera settimana, salvo diverse specifiche.

Da chi raccogliere le informazioni?

Idealmente le informazioni dovrebbe essere ottenute intervistando: 1) il(i) genitore(i) o chi si prende cura del bambino/adolescente, da solo, 2) il bambino/adolescente da solo, 3) il bambino/adolescente e il(i) genitore(i) insieme (per chiarire le differenze). La preferenza d'ordine per le interviste può variare a seconda dell'età e del livello di sviluppo del bambino o adolescente. Le informazioni ottenute da ciascuna di queste interviste dovranno poi essere messe insieme per ricavare il punteggio di ogni item.

Resoconti coerenti potranno essere resi possibili dalla presenza dello stesso informatore(i) a ogni sessione di valutazione.

Definizioni

Prima di procedere con le domande, definire «ossessioni» e «compulsioni» per il bambino/adolescente e per i genitori (o chi si prende cura del bambino/adolescente), nel seguente modo.

«OSSESSIONI: sono pensieri, idee, o immagini che compaiono in modo ricorrente nella tua mente nonostante tu non lo voglia. Esse possono essere spiacevoli, stupide o imbarazzanti.»

«UN ESEMPIO DI OSSESSIONE È: il continuo pensiero che microbi (germi) o sporcizia stiano nuocendo a te o a qualcun altro, o che qualcosa di spiacevole possa accadere a te o a qualcuno a te caro.» Questi pensieri tendono a ripresentarsi in continuazione.

¹ © Wayne Goodman. Il Professor Goodman, che detiene i diritti della CY-BOCS, può essere contattato all'indirizzo wayne.goodman@mssm.edu.

«COMPULSIONI: sono cose che senti di dover fare nonostante tu sappia che non hanno senso. Talvolta puoi tentare di smettere di farle, ma potresti non riuscirci. Puoi sentirti preoccupato, arrabbiato o frustrato finché non finisci ciò che devi fare.»

«UN ESEMPIO DI COMPULSIONE È: il continuo bisogno di lavarti le mani nonostante non siano sporche, o il bisogno di contare fino a un certo numero mentre stai facendo determinate cose.»

«Hai qualche domanda riguardo il significato delle parole ossessioni e compulsioni?».

Specificità dei sintomi

Il valutatore deve determinare che i comportamenti riportati siano delle vere ossessioni o compulsioni e non altri sintomi, come ad esempio fobie o preoccupazioni ansiose. La diagnosi differenziale tra alcuni tic motori complessi e certe compulsioni (ad esempio toccare o battere) può essere difficile o impossibile. In casi del genere, è particolarmente importante fornire esplicite descrizioni dei sintomi bersaglio ed essere coerenti nell'includere o escludere questi sintomi nelle successive valutazioni. In questi casi può essere necessaria una valutazione a parte della gravità del tic per mezzo di strumenti di valutazione di tic.

Alcuni degli item elencati nella lista dei sintomi della CY-BOCS, come ad esempio la tricotillomania, sono classificati nel DSM-III-R come sintomi del disturbo del controllo degli impulsi.

Gli item contrassegnati da asterisco nella lista dei sintomi possono o non possono essere ossessioni o compulsioni.

Procedura

Questa scala deve essere somministrata da un clinico secondo una modalità di intervista semistrutturata.

Dopo aver esaminato i significati di ossessioni e compulsioni con il bambino e il(i) genitore(i), indagare su specifiche ossessioni e compulsioni e completare la lista delle ossessioni.

Completare la lista dei sintomi bersaglio per le ossessioni.

Quindi procedere con le domande dalla numero 1 alla numero 5 e annotare; ripetere la stessa procedura per le compulsioni: esaminare le definizioni, completare la lista delle compulsioni, completare la lista dei sintomi bersaglio per le compulsioni, porre le domande dalla numero 6 alla numero 10 annotando i punteggi.

Infine, porre le domande dalla numero 11 alla 19 e annotare i punteggi.

I punteggi possono essere registrati sulla griglia presentata alla fine dei questionari. Tutte le valutazioni devono essere complete.

Calcolo dei punteggi

Vengono valutati tutti i 19 item, ma solo gli item da 1 a 10 sono utilizzati per determinare il punteggio totale. Il punteggio totale della CY-BOCS è la somma degli

item da 1 a 10, mentre i subtotali delle ossessioni e compulsioni sono costituiti dalle somme degli item da 1 a 5 e da 6 a 10 rispettivamente. 1B e 6B non vengono utilizzati nel punteggio.

L'item 17 (gravità complessiva) e 18 (miglioramento complessivo) sono stati adattati dalla *Clinical Global Impression Scale* (Guy, 1976) per fornire una misura del danno funzionale globale associato alla presenza dei sintomi ossessivo-compulsivi.

Cognome e nome _____ Data _____

CY-BOCS – Lista delle ossessioni

Verificare tutti i sintomi indicati dal questionario, ma marcare chiaramente con una «P» i sintomi principali. (Gli item contrassegnati da asterisco possono o possono non essere dei sintomi DOC.)

Ossessioni di contaminazione	Attuali	Passate
Preoccupazioni legate allo sporco, germi, ad alcune malattie (es. AIDS)		
Preoccupazione o disgusto legato a rifiuti o secrezioni corporee (es. urine, feci, saliva)		
Eccessiva preoccupazione verso fattori ambientali inquinanti (es. amianto, radiazioni, rifiuti tossici)		
Eccessiva preoccupazione riguardo elementi che concernono la casa (es. detersivi, solventi)		
Eccessiva preoccupazione verso animali/insetti		
Eccessiva preoccupazione legata alle sostanze o residui appiccicosi		
Preoccupazione di essere malati a causa di un agente infettante		
Preoccupazione di trasmettere una malattia a qualcun altro (aggressività)		
Preoccupazione non delle conseguenze di una malattia, ma semplicemente del malessere che essa potrà causare*		
Altre (Descrivere) _____		
Ossessioni a tema aggressivo	Attuali	Passate
Paura di farsi del male		
Paura di far del male agli altri		
Paura di farsi male		
Paura che altre persone possano essere danneggiate da qualcosa che il bambino/adolescente ha fatto o non ha fatto		
Immagini violente o che suscitano orrore		
Paura di lasciarsi sfuggire oscenità o insulti		
Paura di fare qualche altra cosa di imbarazzante*		
Paura di agire sotto un impulso involontario (es. pugnalare un familiare)		
Paura di rubare cose		
Paura di essere responsabile di far accadere qualcosa di terribile (es. incendio, rapina, allagamento)		
Altre (Descrivere) _____		

Ossessioni sessuali (Hai pensieri sessuali? Se sì, sono di routine o sono pensieri ripetitivi che non vorresti avere o che trovi disturbanti? Se sì, essi sono:)	Attuali	Passate
Pensieri, immagini, impulsi sessuali proibiti o perversi		
Il contenuto riguarda l'omosessualità*		
Comportamento sessuale verso gli altri (aggressività)*		
Altre (Descrivere) _____		
Ossessioni di collezione, accumulo	Attuali	Passate
Paura di perdere le cose		
Pensieri magici/ossessioni superstiziose	Attuali	Passate
Numeri fortunati/sfortunati		
Altri (Descrivere) _____		
Ossessioni somatiche	Attuali	Passate
Eccessiva preoccupazione per malattie o disturbi*		
Eccessiva preoccupazione riguardo a parti del corpo o all'aspetto fisico (es. dismorfofobia)*		
Ossessioni religiose	Attuali	Passate
Eccessiva preoccupazione o paura di offendere oggetti religiosi (es. Dio)		
Eccessiva preoccupazione verso il giusto/sbagliato, moralità		
Altre (Descrivere) _____		
Ossessioni varie	Attuali	Passate
Bisogno di sapere o ricordare		
Paura di dire certe cose		
Paura di non dire la cosa giusta		
Immagini intrusive (non violente)		
Suoni, parole, musica o numeri intrusivi		
Altre (Descrivere) _____		

Lista dei sintomi bersaglio per le ossessioni

OSSESSIONI (Descrivere, elencando per ordine di gravità):

1. _____

3. _____

4. _____

5. _____

EVITAMENTO (Descrivere ogni comportamento di evitamento associato alle ossessioni; ad es. il bambino EVITA di mettere i vestiti a posto per evitare pensieri)

Domande sulle ossessioni (item 1-5)

«Ora ti farò delle domande su quei pensieri a cui non puoi far a meno di pensare.»

1. TEMPO OCCUPATO DAI PENSIERI OSSESSIVI

Quanto tempo trascorri pensando a quelle cose?

(Quando le ossessioni sono brevi, intermittenti, può essere impossibile stabilire il tempo occupato in termini di ore totali. In tali casi, il tempo va stimato in termini di frequenza delle ossessioni. Prendere in considerazione sia il numero di volte al giorno che queste avvengono, sia quante ore del giorno vengono interessate)

Con quale frequenza hanno luogo questi pensieri?

[Assicurarsi che non si tratti di ruminazioni o preoccupazioni, le quali, a differenza delle ossessioni, sono ego-sintoniche e razionali (ma esagerate)]

0 = nullo

1 = lieve, meno di 1 ora al giorno o pensieri occasionali

2 = moderato, da 1 a 3 ore al giorno o pensieri frequenti

3 = grave, più di 3 ore, fino a 8 ore al giorno, o pensieri molto frequenti

4 = estremo, più di 8 ore al giorno o pensieri quasi costanti

1B. INTERVALLI DI TEMPO SENZA OSSESSIONI (non inclusi nel punteggio)

In media, qual è l'intervallo massimo di tempo che trascorri ogni giorno senza avere pensieri ossessivi?

- 0 = assenza di sintomi
- 1 = lieve, intervalli di tempo molto lunghi, o più di 8 ore al giorno consecutive senza ossessioni
- 2 = moderato, intervalli di tempo moderatamente lunghi, o più di 3 ore fino a 8 ore al giorno senza ossessioni
- 3 = grave, intervalli di tempo brevi o da 1 a 3 ore consecutive al giorno senza ossessioni
- 4 = estremo, meno di 1 ora consecutiva al giorno senza ossessioni

2. INTERFERENZA PROVOCATA DAI PENSIERI OSSESSIVI

Quanto influiscono questi pensieri nella tua vita scolastica o nei rapporti con gli amici?

C'è qualche cosa che non fai a causa di questi pensieri?

(Se attualmente il paziente non frequenta la scuola determinare il grado di prestazione che sarebbe stata compromessa se l'avesse frequentata)

- 0 = nulla
- 1 = lieve, lieve interferenza nelle attività sociali o scolastiche, rendimento globale non compromesso
- 2 = moderata, interferenza nelle attività sociali e rendimento scolastico, ma ancora gestibile
- 3 = grave, causa di deficit significativi sia nelle relazioni sociali che nel rendimento scolastico
- 4 = estrema, interferenza invalidante

3. ANGOSCIA ASSOCIATA AI PENSIERI OSSESSIVI

Quanto ti preoccupano o disturbano questi pensieri?

(Considerare solo l'ansia e la frustrazione che derivano dalle ossessioni e non ansia generalizzata o dovuta ad altri sintomi)

- 0 = nulla
- 1 = lieve, poco frequente e poco disturbante
- 2 = moderata, frequente, disturbante, ma ancora gestibile
- 3 = grave, molto frequente e molto disturbante
- 4 = estrema, quasi costante, con angoscia e frustrazione invalidanti

4. RESISTENZA AI PENSIERI OSSESSIVI

Quanto ti sforzi per respingere i pensieri ossessivi o per ignorarli?

(Considerare solo lo sforzo fatto per resistere e non i successi o i fallimenti nell'attuale controllo delle ossessioni. Il grado di resistenza del paziente alle ossessioni può o non può correlare con la sua abilità a controllarle. Bisogna notare che questo

item non misura direttamente la gravità dei pensieri ossessivi; piuttosto, esso valuta la manifestazione di un aspetto sano, come ad esempio lo sforzo che il paziente compie per contrastare le ossessioni. Così, più un paziente cercherà di resistere, meno questo aspetto del suo funzionamento sarà alterato. Se le ossessioni sono minime, il paziente può non sentire il bisogno di resistere loro. In questi casi, attribuire punteggio «0»)

- 0 = nulla, compie sempre uno sforzo per resistere o i sintomi sono talmente lievi da non richiedere alcuno sforzo
- 1 = lieve, cerca di resistere la maggior parte delle volte
- 2 = moderata, compie pochi sforzi per resistere
- 3 = grave, cede a quasi tutte le ossessioni, senza tentare di controllarle, ma è un po' contrariato di non poter fare altrimenti
- 4 = estrema, cede completamente e volontariamente a tutte le ossessioni

5. GRADO DI CONTROLLO SUI PENSIERI OSSESSIVI

Quando provi a combattere le ossessioni, ci riesci?

Quanto controllo hai sui pensieri ossessivi?

(Al contrario dell'item precedente sulla resistenza, l'abilità del paziente a controllare le sue ossessioni è più direttamente legata alla gravità dei pensieri ossessivi)

- 0 = completo controllo
- 1 = buon controllo, generalmente è in grado di arrestare o deviare le ossessioni con un po' di sforzo e concentrazione
- 2 = moderato controllo, è in grado di arrestare le ossessioni o di distogliere l'attenzione da esse solo qualche volta
- 3 = scarso controllo, raramente riesce ad arrestare le ossessioni, riesce solo, con difficoltà, a distogliere l'attenzione
- 4 = assenza di controllo, le ossessioni vengono esperite come completamente prive di controllo volontario, solo raramente riesce a spostare momentaneamente l'attenzione

Cognome e nome _____ Data _____

CY-BOCS – Lista delle compulsioni

Verificare tutti i sintomi indicati dal questionario, ma marcare chiaramente con una «P» i sintomi principali posseduti dal paziente. (Gli item contrassegnati da asterisco possono o possono non essere delle compulsioni)

Compulsioni di lavaggio/pulizia	Attuali	Passate
Eccessivo o ritualizzato lavaggio delle mani		
Farsi il bagno, la doccia, lavarsi i denti, prepararsi quotidianamente in modo eccessivo o ritualizzato		
Eccessiva pulizia di cose varie (es. indumenti personali o altre cose importanti)		
Altre misure per evitare o sopprimere il contatto con agenti infettanti		
Altre (Descrivere) _____		
Compulsioni di verifica	Attuali	Passate
Controllo di chiusura porte, giocattoli, libri di scuola, dettagli, ecc.		
Controllo associato con l'essere lavato, vestito o spogliato		
Verificare che niente abbia danneggiato/possa danneggiare gli altri		
Verificare che niente abbia danneggiato/possa danneggiare se stessi		
Verificare che niente di terribile sia accaduto/possa accadere		
Verificare che non si facciano errori		
Verifiche associate alle ossessioni somatiche		
Altre (Descrivere) _____		
Compulsioni di ripetizione	Attuali	Passate
Rileggere, cancellare o riscrivere		
Necessità di ripetere attività quotidiane (es. uscire/entrare, sedersi/rialzarsi)		
Altre (Descrivere) _____		
Compulsioni di conta	Attuali	Passate
Oggetti, certi numeri, parole, ecc.		
Altre (Descrivere) _____		

Compulsioni di ordinare/riporre	Attuali	Passate
Bisogno di simmetria, di allineamento (es. allineare le cose in un certo modo, sistemare le proprie cose secondo specifici pattern)		
Altre (Descrivere) _____		
Compulsioni di collezione (Distinguere dagli hobby e dagli oggetti con valore monetario o affettivo)	Attuali	Passate
Difficoltà nel gettare gli oggetti, mettere da parte pezzi di carta, lacci, ecc.		
Altre (Descrivere) _____		
Eccessivi giochi magici/comportamenti superstiziosi (Distinguere dai giochi magici tipici di una data età) (es. camminare su certi punti di un pavimento, toccare un oggetto o se stessi un certo numero di volte, come gioco di routine onde evitare che qualcosa di brutto accada)	Attuali	Passate
Descrivere _____		
Cerimoniali che coinvolgono altre persone	Attuali	Passate
Il bisogno di includere un'altra persona (in genere un genitore) nel cerimoniale (es. far rispondere un genitore continuamente alla stessa domanda, far sì che il genitore compia determinati cerimoniali, con specifici utensili, nella preparazione dei pasti*)		
Descrivere _____		
Compulsioni diverse	Attuali	Passate
Rituali mentali (oltre il contare)		
Necessità di raccontare, chiedere, confessare		
Misure (non verifiche) per evitare: di farsi male___; far fare male agli altri___; conseguenze catastrofiche__		
Comportamento alimentare ritualizzato*		
Eccessivo bisogno di fare liste*		
Bisogno di toccare, battere, strofinare		
Bisogno di fare cose (es. toccare o sistemare) finché non si sente che le cose stanno a posto*		
Cerimoniali che includono l'ammiccare o il fissare*		
Tricotillomania (tirarsi i capelli)*		
Altri comportamenti autolesionistici o autoinvalidanti*		
Altre (Descrivere) _____		

Lista dei sintomi bersaglio per le compulsioni

COMPULSIONI (Descrivere, elencando per ordine di gravità):

1. _____

3. _____

4. _____

5. _____

EVITAMENTO (Descrivere ogni comportamento di evitamento associato alle compulsioni; ad es.: il bambino EVITA di mettere i vestiti a posto per evitare il comportamento di conta)

Domande sulle compulsioni (item 6-10)

«Ora ti farò delle domande su quelle abitudini di cui non puoi fare a meno».

6. TEMPO OCCUPATO ESEGUENDO COMPORTAMENTI COMPULSIVI

Quanto tempo trascorri a fare quelle cose?

Quanto tempo impieghi di più delle altre persone per compiere le normali attività quotidiane, a causa delle tue abitudini?

(Quando le compulsioni sono comportamenti brevi, intermittenti, può essere impossibile esaminare il tempo occupato in termini di ore totali. In tali casi, il tempo va stimato in termini di frequenza dei comportamenti.

Prendere in considerazione sia il numero di volte al giorno che le compulsioni vengono messe in atto, sia le ore giornaliere che vengono impiegate)

Quanto spesso compii questi comportamenti?

[Nella maggior parte dei casi, le compulsioni sono comportamenti manifesti (es. lavarsi le mani), ma vi sono casi in cui le compulsioni non sono osservabili (es. controllo silenzioso)]

0 = nullo

1 = lieve, trascorre meno di 1 ora al giorno a eseguire compulsioni o occasionale esecuzione di comportamenti compulsivi

- 2 = moderato, trascorre da 1 a 3 ore al giorno a eseguire compulsioni o frequente esecuzione di comportamenti compulsivi
- 3 = grave, trascorre più di 3 fino a 8 ore al giorno ad eseguire compulsioni o esecuzione molto frequente di comportamenti compulsivi
- 4 = estremo, trascorre più di più di 8 ore al giorno a eseguire compulsioni, o comportamenti compulsivi quasi costanti

6B. INTERVALLI DI TEMPO LIBERI DA COMPULSIONI (NON INCLUSI NEL PUNTEGGIO)

Quanto tempo puoi stare senza eseguire quei comportamenti?

[Se necessario chiedere: Qual è il più lungo lasso di tempo in cui le tue (abitudini) compulsioni sono assenti?]

- 0 = assenza di sintomi
- 1 = lieve, intervalli di tempo molto lunghi, o più di 8 ore al giorno consecutive senza compulsioni
- 2 = moderato, intervalli di tempo moderati, o più di 3 ore fino a 8 ore al giorno senza compulsioni
- 3 = grave, intervalli di tempo brevi o da 1 a 3 ore consecutive al giorno senza compulsioni
- 4 = estremo, meno di 1 ora consecutiva al giorno senza compulsioni

7. INTERFERENZA PROVOCATA DALLE COMPULSIONI

Quanto influiscono questi comportamenti sulla tua vita scolastica o nei rapporti con gli amici?

C'è qualche cosa che non fai a causa di questi comportamenti?

(Se attualmente il paziente non frequenta la scuola determinare il grado di prestazione che sarebbe stata compromessa se l'avesse frequentata)

- 0 = nulla
- 1 = lieve, lieve interferenza nelle attività sociali o scolastiche, rendimento globale non compromesso
- 2 = moderata, interferenza nelle attività sociali e rendimento scolastico, ma ancora gestibile
- 3 = grave, causano dei deficit sostanziali sia nelle relazioni sociali che nel rendimento scolastico
- 4 = estrema, interferenza invalidante

8. ANGOSCIA ASSOCIATA AL COMPORTAMENTO COMPULSIVO

Come ti sentiresti se venissi ostacolato nell'eseguire questi tuoi comportamenti?

Quanto ti turberebbe non poterli compiere?

(Calcolare il grado di ansia/frustrazione che il paziente sperimenterebbe se l'esecuzione delle compulsioni venisse interrotta improvvisamente senza alcuna rassicurazione. Nella maggior parte dei casi, ma non in tutti, l'esecuzione delle compulsioni riduce ansia e frustrazione)

Mentre stai eseguendo le tue abitudini, sei preoccupato fino a che non le hai terminate?

0 = nulla

1 = lieve, solo poco ansioso o frustrato se le compulsioni vengono ostacolate; solo poca ansia/frustrazione durante l'esecuzione delle compulsioni

2 = moderata, afferma che si sente ansioso/frustrato se le compulsioni vengono ostacolate, ma ansia/frustrazione sono ancora sopportabili; ansia e frustrazione aumentano, ma sono sempre sopportabili, durante l'esecuzione delle compulsioni

3 = aumento considerevole e molto disturbante di ansia/frustrazione se le compulsioni vengono interrotte; aumento considerevole e molto disturbante di ansia/frustrazione anche durante l'esecuzione delle compulsioni

4 = estrema, qualsiasi intervento che possa modificare l'attività di compulsione crea ansia/frustrazione invalidanti; ansia/frustrazione invalidanti si sviluppano durante l'esecuzione delle compulsioni

9. RESISTENZA ALLE COMPULSIONI

Quanto ti sforzi per contrastare questi comportamenti?

(Considerare solo lo sforzo fatto per resistere e non i successi o i fallimenti nell'effettivo controllo delle compulsioni. Il grado di resistenza del paziente alle compulsioni può o non può correlare con la sua abilità a controllarle. Bisogna notare che questo item non misura direttamente la gravità delle compulsioni; piuttosto, esso valuta la manifestazione di una componente sana, come ad esempio lo sforzo che il paziente compie per combattere le compulsioni. Così, più un paziente cercherà di resistere, meno questo aspetto del suo funzionamento sarà alterato. Se le compulsioni sono minime, il paziente può non sentire il bisogno di resistere loro. In questi casi, attribuire punteggio «0»)

0 = nulla, compie sempre uno sforzo per resistere o i sintomi sono talmente lievi da non richiedere alcuno sforzo

1 = lieve, cerca di resistere la maggior parte delle volte

2 = moderata, compie pochi sforzi per resistere

3 = grave, cede a quasi tutte le compulsioni, senza tentare di controllarle, ma è un po' contrariato di non poter fare altrimenti

4 = estrema, cede completamente e volontariamente a tutte le compulsioni

10. GRADO DI CONTROLLO SUL COMPORTAMENTO COMPULSIVO

Quanto è forte l'impulso che ti spinge a svolgere questi comportamenti?

Quando cerchi di combatterle cosa succede?

(Ai bambini più grandi chiedere:)

Quanto controllo hai sulle tue abitudini?

(Al contrario dell'item precedente sulla resistenza, l'abilità del paziente a controllare le sue compulsioni è più direttamente legata alla gravità delle compulsioni)

0 = completo controllo

1 = buon controllo, sperimenta una certa pressione a svolgere le compulsioni, ma in genere è in grado di esercitare un controllo volontario su di esse

2 = moderato controllo, controllo moderato, sperimenta una forte pressione a svolgerle, può controllarle solo con difficoltà

3 = scarso controllo, poco controllo, un impulso molto forte lo spinge nell'esecuzione, le deve eseguire fino al completamento, può solo, con difficoltà, ritardare l'esecuzione

4 = assenza di controllo, la forza che lo spinge ad agire viene percepita come schiacciante e non controllabile; solo raramente riesce a rimandare l'attività compulsiva

Altre domande

11. INSIGHT DI OSSESSIONI E COMPULSIONI

Pensi che le tue preoccupazioni o comportamenti siano ragionevoli? (Pausa)

Cosa pensi che accadrebbe se tu non eseguiessi la(e) compulsione(i)?

Credi che possa accadere realmente qualcosa?

(Valutare l'insight del paziente rispetto all'inutilità e eccessività della sua(e) ossessione(i) o compulsione(i) basandosi sui pensieri espressi al momento dell'intervista)

0 = nullo, insight eccellente, piena razionalità

1 = lieve, buon insight, riconoscimento dell'assurdità o eccessività dei pensieri o delle azioni, ma non sembra pienamente convinto che vi sia, oltre all'ansia, qualcosa di cui preoccuparsi (es. ha dubbi che persistono)

2 = moderato, insight discreto, ammette con riluttanza che i pensieri o il comportamento siano ingiustificati o eccessivi, ma è incerto; può avere alcune paure irrealistiche, ma non convinzioni fisse

3 = grave, scarso insight, asserisce che pensieri e comportamenti non sono ingiustificati o eccessivi, ma è incerto; può avere paure ingiustificate, ma riconosce la validità dell'evidenza contraria

4 = estremo, assenza di insight, delirante, fermamente convinto che le preoccupazioni e il comportamento siano giustificabili, insensibile a ogni evidenza contraria

12. EVITAMENTO

Hai evitato di fare qualcosa, andare in qualche posto, o di stare con qualcuno a causa dei tuoi pensieri ossessivi o per la preoccupazione di poter eseguire le tue compulsioni?

(Se sì, allora chiedere:)

Quanto hai evitato? (Annotare ciò che viene evitato sulla lista dei sintomi)

(Valutare il grado con cui il paziente tenta deliberatamente di evitare le cose. A volte le compulsioni vengono indicate come «evitamento» del contatto con qualcosa che il paziente teme. Ad esempio, un eccessivo lavaggio di frutta e verdura per togliere i «germi» deve essere considerato una compulsione e non un comportamento di evitamento. Se il paziente non mangiasse più frutta e verdura, allora questo costituirebbe l'evitamento)

0 = nullo

1 = lieve, evitamento minimo

2 = moderato, qualche evitamento chiaramente evidente

3 = grave, molto evitamento; evitamento rilevante

4 = estremo, evitamento molto pronunciato, il paziente fa di tutto per evitare lo scatenarsi dei sintomi

13. GRADO DI INDECISIONE

Hai difficoltà nel prendere decisioni su piccole cose a cui le altre persone non penserebbero due volte (es.: che vestiti mettersi la mattina, che marca di merendine comprare)?

(Escludere la difficoltà a prendere decisioni relativa alla ruminazione mentale. Può altresì essere esclusa l'ambivalenza relativa a scelte difficili su base razionale)

0 = nullo

1 = lieve, qualche problema nel prendere decisioni su cose di poca importanza

2 = moderato, riferisce apertamente di avere seri problemi nel prendere decisioni che ad altri non comporterebbero alcuna difficoltà

3 = grave, soppesa continuamente pro e contro di cose di scarsa importanza

4 = estremo, non è in grado di prendere alcuna decisione; invalidante

14. SOPRAVALUTAZIONE DEL SENSO DI RESPONSABILITÀ

Ti senti eccessivamente responsabile di ciò che fai e dell'effetto che questo può avere sulle cose?

Dai la colpa a te stesso per le cose che non sono sotto il tuo controllo?

(Distinguere dal normale senso di responsabilità, senso di indegnità e sensi di colpa patologici. Una persona con sensi di colpa esperisce se stessa e le sue azioni come sbagliate o dannose)

0 = nullo

1 = lieve, accennato solo su richiesta, lieve sopravvalutazione della responsabilità

2 = moderato, lo esprime spontaneamente, è chiaramente presente, il paziente esperisce un significativo senso di responsabilità per gli eventi che accadono al di fuori della sua volontà

3 = grave, è un'idea pervasiva e sostanziale, è profondamente preoccupato di essere responsabile di cose che accadono chiaramente al di fuori della sua volontà, si autoaccusa irrazionalmente e in modo inverosimile

4 = estremo, senso di responsabilità delirante (ad esempio, se c'è un terremoto a 5000 chilometri di distanza dal paziente, egli si incolpa perché non ha eseguito le sue compulsioni)

15. LENTEZZA PERVASIVA/DISTURBO DELL'INERZIA

Hai difficoltà nell'iniziare o terminare un compito?

Nello svolgere varie attività di routine impieghi più tempo del necessario?

(Distinguere dal rallentamento psicomotorio secondario a depressione. Valutare il tempo impiegato in più per svolgere attività di routine, anche quando non possono essere identificate delle specifiche ossessioni).

0 = nullo

1 = lieve, ritardi occasionali nell'iniziare o terminare compiti o attività

2 = moderato, frequente prolungamento nelle attività di routine, ma compiti generalmente portati a termine; frequentemente in ritardo

3 = grave, difficoltà pervasiva e marcata nell'iniziare e completare attività di routine; abitualmente in ritardo

4 = estremo, non è in grado di iniziare o completare attività di routine, se non completamente assistito

16. DUBBIO PATOLOGICO

Quando finisci di fare qualcosa, dubiti di averla fatta correttamente?

Dubiti anche di averla effettivamente fatta?

Quando esegui attività di routine ti accade di non fidarti dei tuoi sensi (es.: ciò che vedi, senti o tocchi)?

0 = nullo

1 = lieve, accennato solo su richiesta, lieve dubbio patologico, gli esempi che vengono forniti possono rientrare nel range di normalità

2 = moderato, lo esprime spontaneamente, è chiaramente presente ed evidente in alcuni comportamenti, il paziente è seccato dalla presenza di un significativo dubbio patologico; ha alcuni effetti sulle sue prestazioni, ma è ancora gestibile

- 3 = grave, incertezza rilevante su percezioni o memoria; spesso il dubbio patologico influenza le prestazioni
- 4 = estremo, incertezza sulle percezioni costantemente presente; il dubbio patologico influenza quasi tutte le attività; invalidante (es.: il paziente asserisce «la mia mente non si fida di ciò che vedono i miei occhi»)

17. GRAVITÀ COMPLESSIVA

Giudizio del clinico sulla gravità complessiva della malattia del paziente. Il punteggio è compreso tra 0 (non presenza di malattia) e 6 (il più alto livello di gravità).

(Considerare il grado di ansia dichiarata dal paziente, i sintomi osservati e il danno funzionale riportato. Il vostro giudizio è richiesto sia per calcolare la media di questi dati, sia per valutare l'attendibilità o l'accuratezza dei dati ottenuti. Questo giudizio è basato sulle informazioni ottenute durante l'intervista)

- 0 = assenza di malattia
- 1 = lieve, lieve malattia, incerta o transitoria; assenza di danno funzionale
- 2 = medio, lieve danno funzionale
- 3 = moderato, difficoltà di funzionamento
- 4 = moderato-grave, funzionamento limitato
- 5 = grave, funzioni svolte quasi tutte con assistenza
- 6 = gravissimo, completamente privo di funzioni

18. MIGLIORAMENTO COMPLESSIVO

Valutare il miglioramento totale complessivo avvenuto dalla valutazione iniziale, anche se, secondo il vostro giudizio, esso sia dipeso o meno da trattamento farmacologico.

- 0 = peggiorato moltissimo
- 1 = considerevolmente peggiorato
- 2 = lievemente peggiorato
- 3 = non vi è stato alcun cambiamento
- 4 = lievemente migliorato
- 5 = considerevolmente migliorato
- 6 = migliorato moltissimo

19. ATTENDIBILITÀ

Valutare l'attendibilità complessiva dei punteggi ottenuti. I fattori che possono compromettere l'attendibilità includono la collaborazione del paziente e la sua naturale capacità di comunicare. Il tipo e la gravità dei sintomi ossessivo-com-

pulsivi presenti possono interferire con la concentrazione, con l'attenzione del paziente, o la libertà di esprimersi spontaneamente (ad esempio, il contenuto di alcune ossessioni può far sì che il paziente scelga i vocaboli con molta cautela)

0 = eccellente, non vi è alcun motivo per dubitare dell'attendibilità dei dati

1 = buona, presenti uno o più fattori che potrebbero inficiare l'attendibilità

2 = scarsa, presenti uno o più fattori che riducono l'attendibilità

3 = bassa, attendibilità molto bassa

CY-BOCS – Griglia riassuntiva da compilare a cura dell'intervistatore

Cognome e nome del paziente _____ Data _____

Esaminatore _____

CY-BOCS Totale CY-BOCS (sommare item 1-10) 					
	Nullo	Lieve	Moderato	Grave	Estremo
1. Tempo occupato dalle ossessioni	0	1	2	3	4
1B. Intervalli senza ossessioni (Non aggiungere al subtotale o al punteggio totale) (0 = Assenza di sintomi, 1 = Lungo, 2 = Moderatamente lungo, 3 = Breve, 4 = Molto breve)	0	1	2	3	4
2. Interferenze da ossessioni	0	1	2	3	4
3. Angoscia da ossessioni	0	1	2	3	4
	<i>Resiste sempre</i>				<i>Cede completamente</i>
4. Resistenza	0	1	2	3	4
	<i>Controllo completo</i>	<i>Buon controllo</i>	<i>Controllo moderato</i>	<i>Scarso controllo</i>	<i>Assenza di controllo</i>
5. Controllo sulle ossessioni	0	1	2	3	4
Subtotale ossessioni (sommare item 1-5)					
	Nullo	Lieve	Moderato	Grave	Estremo
6. Tempo occupato dalle compulsioni	0	1	2	3	4
6B. Intervalli senza compulsioni (Non aggiungere al subtotale o al punteggio totale) (0 = Assenza di sintomi, 1 = Lungo, 2 = Moderatamente lungo, 3 = Breve, 4 = Molto breve)	0	1	2	3	4
7. Interferenze da compulsioni	0	1	2	3	4
8. Angoscia da compulsioni	0	1	2	3	4
	<i>Resiste sempre</i>				<i>Cede completamente</i>
9. Resistenza	0	1	2	3	4

	Controllo completo	Buon controllo	Controllo moderato	Scarso controllo	Assenza di controllo		
10. Controllo delle compulsioni	0	1	2	3	4		
Subtotale compulsioni (sommare item 6-10)							
	Eccellente				Assente		
11. Insight dei sintomi OC	0	1	2	3	4		
	Nulla	Lieve	Moderato	Grave	Estremo		
12. Evitamento	0	1	2	3	4		
13. Indecisione	0	1	2	3	4		
14. Responsabilità patologica	0	1	2	3	4		
15. Lentezza	0	1	2	3	4		
16. Dubbio patologico	0	1	2	3	4		
	Assenza di malattia			Gravità estrema			
17. Gravità complessiva	0	1	2	3	4	5	6
	Peggiorato moltissimo			Migliorato moltissimo			
18. Miglioramento complessivo	0	1	2	3	4	5	6
19. Attendibilità	Eccellente = 0		Buona = 1		Scarsa = 2		Bassa = 3

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 premorboso 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.

Nel modello concettuale proposto da Sookman e Pinard (1999) un ruolo centrale è attribuito al concetto di vulnerabilità, oltre che a credenze/beliefs specifici. In particolare, uno schema disfunzionale di vulnerabilità, in associazione con specifiche convinzioni su sé e il mondo, costituirebbe il meccanismo centrale dal quale origina la tendenza negli OC ad associare il pericolo a stimoli interni o esterni.

Dagli studi esaminati tre caratteristiche risultano significativamente legate alla sovrastima del pericolo: le abilità di coping, la «sensibilità» all'ansia e convinzioni circa le forti emozioni. Guidano e Liotti (1983) sostengono la centralità delle abilità di coping considerando che i pazienti OC sistematicamente svalutano o sottostimano la propria capacità di affrontare situazioni pericolose, considerando piuttosto i rituali e l'evitamento le uniche strategie di coping disponibili. Similmente, Steketee, Frost e Cohen (1998) trovarono che i pazienti OC riferivano più dei soggetti non clinici convinzioni negative relative alle proprie capacità di coping.

Secondo alcuni autori, il fenomeno ossessivo sarebbe caratterizzato da una certa «sensibilità all'ansia» che si traduce nella paura dei sintomi ansiosi sulla base della convinzione che questi segnali avranno conseguenze pericolose. Soggetti OC, interrogati prima di un'esposizione, tendevano ad anticipare alti livelli d'ansia con caratteristiche di intollerabilità molto superiori rispetto al livello poi effettivamente provato (Freeston, Rhéaume e Ladouceur, 1996). Infine, gli stessi autori hanno proposto che i soggetti ansiosi, compresi i pazienti OC, vivano le forti emozioni in generale come minacciose. Questo includerebbe una più bassa soglia al «dolore emotivo» e limitate capacità di coping (tollerare, affrontare le emozioni) rispetto alla popolazione non clinica.

Un ulteriore filone di ricerca è rappresentato dagli studi delle selezione attenzionale degli stimoli minacciosi. Usando una metodologia di interferenza emozionale (stroop emozionale) sono stati condotti diversi studi, in particolare su popolazione di OC con compulsioni tipo contaminazione, che in generale indicano presenza di bias attentivi nei soggetti clinici. Istruiti a schiacciare un bottone in presenza di parole-stimolo, i pazienti OC mostrano latenze di risposta più ampie per parole stimolo legate alla contaminazione rispetto a parole neutre (Foa et al., 1993). Tata e collaboratori (1996) confrontano la prestazione di un gruppo di pazienti OC e soggetti non clinici suddivisi in alti e bassi ansiosi, in un compito di classificazione di parole.

Intolleranza dell'incertezza

È caratterizzata da tre tipi di credenze: (1) la credenza secondo la quale è necessario essere certi delle proprie decisioni; (2) la credenza di avere capacità

limitate nella gestione di cambiamenti imprevisti; (3) la credenza di avere delle difficoltà nella gestione di situazioni ambigue.

L'intolleranza dell'incertezza e l'indecisione in genere sono da tempo riconosciute caratteristiche centrali del disturbo ossessivo-compulsivo. Una consistente quota di dubbio e la difficoltà cronica nel prendere decisioni rientrano appieno nel curriculum del paziente ossessivo, come riconosciuto da più parti (Guidano et al., 1983; Kozac, Foa e McCarty, 1987). Secondo alcuni autori (Beech e Liddell, 1974) i rituali compulsivi sarebbero mantenuti non solo dalla riduzione dell'ansia conseguente e diretta, ma anche, parzialmente, proprio dalla necessità di certezza che caratterizza questi soggetti e che li spingerebbe a ripetere e ripetere lo stesso gesto. Evidenze a questa conclusione provengono da diversi studi, che indicano i soggetti OC come più cauti, che impiegano più tempo per categorizzare gli oggetti, e più inclini a richiedere ripetizioni, rispetto ad altri gruppi di soggetti clinici e non (Frost et al., 1988; Frost e Shows, 1993).

Vi sono diverse evidenze a favore di una interrelazione tra questo dominio e quello della sovrastima del pericolo, del perfezionismo e del bisogno di controllo dei pensieri. In questi termini l'intolleranza sarebbe interpretata come bisogno di controllare e predire gli eventi (Makhlouf-Norris e Norris, 1973); Reed (1986) sottolinea il legame tra dubbio e scarse abilità di coping nell'affrontare situazioni pericolose, o ancora l'intolleranza come necessità di raggiungere una perfetta soluzione in ogni occasione (Sookman et al., 1999).

Perfezionismo

In relazione al DOC, questo dominio è stato definito come la tendenza a credere che esista una perfetta soluzione per ogni problema, che il fare le cose perfettamente non è solo possibile ma anche necessario e che anche i più piccoli errori possono avere conseguenze serie.

Una certa tendenza perfezionistica è da sempre stata collegata al disturbo ossessivo-compulsivo, anche se solo recentemente la letteratura ha cominciato a studiare il rapporto tra perfezionismo e disturbo OC in maniera approfondita. Gli studi su popolazione normale generalmente attestano la positiva correlazione tra alti livelli di perfezionismo e sintomi ossessivo-compulsivi come misurati da strumenti self-report (Frost et al., 1990; Rhéaume et al., 1995). Wade, Kyrios e Jackson (1998) testarono su un campione di soggetti normali il modello di vulnerabilità del disturbo ossessivo, ipotizzando come fattori di vulnerabilità il perfezionismo, l'ansia di tratto e il senso di colpa. Essi trovarono che il perfezionismo prediceva sintomi checking e cleaning ma non altre attività ossessive, indipendentemente dalla mediazione dell'umore.

Un altro filone è rappresentato dagli studi che utilizzano popolazioni cliniche. Frost e Steketee (1997) confrontarono 34 pazienti OC, 14 DAP e popolazione normale comparando i punteggi ottenuti alla *Multidimensional Perfectionism Scale*. I risultati indicavano maggiore utilizzo di strategie perfezionistiche da parte dei gruppi clinici rispetto ai soggetti normali. In particolare, pazienti OC ottennero punteggi più alti relativamente alla scala Dubbi circa le azioni, ma comparabili livelli disfunzionali riguardo alla dimensione Preoccupazioni sugli errori. Simili risultati ottennero anche Antony, Purdon, Huita e Swinson (1998), confrontando pazienti ossessivi, e affetti da DAP, fobia sociale e fobia specifica, oltre che soggetti normali. I pazienti OC registrarono punteggi più alti rispetto alle altre popolazioni cliniche nella dimensione Dubbi circa le azioni ma nessuna differenza riguardo le altre subscale.

Sembra evidente una certa associazione tra perfezionismo e quadri sintomatologici OC, anche se questo dominio, più degli altri, appare centrale anche in altri disturbi. Ovviamente il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, in cui la tendenza al perfezionismo risulta essere caratteristica centrale, ma anche molti disturbi d'ansia, disturbi unipolari dell'umore (Blatt, 1995) e disturbi del comportamento alimentare (Bastiani et al., 1995). Il contributo offerto da questo dominio alla comprensione del disturbo OC potrebbe essere allora più legato alla vulnerabilità al disturbo (Wade et al., 1998) che rappresentarne una dimensione specifica.

Lo strumento

L'*Obsessive Beliefs Questionnaire* si compone nella sua versione originale di 87 item¹ che riflettono le credenze o beliefs individuate dal gruppo OCCWG come caratteristiche e specifiche del pensiero ossessivo (OCCWG, 1997; 2001). È richiesto al soggetto che compila lo strumento di indicare il proprio accordo con ognuna delle frasi usando una scala Likert a 7 punti variante da 1 (per niente d'accordo) a 7 (del tutto d'accordo). Le scale rappresentano 6 subscale razionalmente determinate pensate per rappresentare i domini cognitivi specifici del disturbo ossessivo-compulsivo identificate dal gruppo di esperti. Esse sono: (a) controllo dei pensieri, 14 item; (b) importanza dei pensieri, 14 item; (c) responsabilità, 16 item; (d) intolleranza dell'incertezza, 13 item; (e) sovrastima del pericolo, 14 item e (f) perfezionismo, 16 item. Il punteggio di ogni scala è determinato dalla somma delle risposte date ai singoli item.

¹ Originariamente composto da 129 item (OCCWG, 1997), poi ridotti attraverso procedure statistiche e valutazioni cliniche.

Rivisitazioni e analisi successive con somministrazione a larghi campioni clinici portarono a una ulteriore riduzione del numero degli item e a una versione finale di 44 item suddivisi in 3 scale: Responsabilità/stima del pericolo, Perfezionismo/certezza e Importanza/controllo dei pensieri (OCCWG, 2003; 2005).

La versione italiana

La versione italiana dell'*Obsessive Beliefs Questionnaire* (per una descrizione dettagliata della procedura di validazione si rimanda a Dorz et al., 2009; Novara et al., 2011) è stata sviluppata seguendo i seguenti step: (1) traduzione indipendente da parte di tre membri, (2) confronto delle tre traduzioni e discussione sui punti discordanti per arrivare a un'unica versione, (3) back-translation fatta da una persona madrelingua inglese, (4) confronto tra la versione originale inglese e la back-translation per evidenziare eventuali incongruenze o differenze sostanziali di significato, (5) adattamenti e modifiche formali per rendere più scorrevole la comprensione e lettura del test, (6) somministrazione pilota a piccoli gruppi tratti da popolazione non clinica per verificare comprensibilità e leggibilità, (7) ulteriori modifiche conseguenti e perfezionamenti finali.

L'Analisi Fattoriale Confermativa (AFC) su un campione composto da 752 soggetti tratti dalla popolazione studentesca, di cui 477 femmine, età media $20,7 \pm 2,6$ (range 18-43), con 13,9 anni di scolarità, e per la maggior parte non coniugato ($N = 735$; 97,7%) ha evidenziato una struttura pentafattoriale con caratteristiche e peculiarità interessanti e sostanzialmente differenti dalla prima struttura esafattoriale ma anche dalla seconda trifattoriale individuata dal gruppo originario (OCCWG, 2005).

La versione italiana dell'*Obsessive Beliefs Questionnaire* risulta composta da 46 item divisi in 5 scale di derivazione fattoriale.

La scala 1 è composta da 11 item che misurano la dimensione Perfezionismo. La scala misura quella forma di perfezionismo legata alla necessità di fare sempre le cose in maniera perfetta, e al fallimento anche in termini personali percepito qualora non si raggiungano gli standard proposti. La scala 2 è composta da 10 item che misurano la Responsabilità per danno, e cioè quel senso di responsabilità che si sente quando si commette un'azione ritenuta immorale o dannosa. La scala 3 è composta da 11 item il cui contenuto è legato alla necessità di esercitare un completo controllo sui pensieri e sulle conseguenze, emotive e concrete, di una carenza o incapacità. La scala 4, Responsabilità per omissione, è composta da 7 item. Analizzando il contenuto degli item emerge anche qui una dimensione di eccessiva responsabilità in relazione, però, più a situazioni di prevenzione del danno o danno per omissione. Infine, la scala

5, definita Importanza dei pensieri, risulta composta da 7 item e misura la convinzione che avere un pensiero indichi di per sé che esso è importante, richiamando l'equivalenza pensiero = azione così ben evidenziata nel concetto TAF (*thought-action fusion*, Shafran, 1996).

Il questionario è stato inoltre somministrato a una piccola popolazione clinica selezionata secondo i criteri del DSM-IV-R, composta da: 49 soggetti con diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo, circa metà del campione presenta comorbidità in Asse II, il cluster più rappresentato è C, e circa 1/3 presenta comorbidità in Asse I (più rappresentato il disturbo depressivo maggiore: 45% dei casi); 21 soggetti con diagnosi di disturbo d'ansia non OC, di cui circa il 30% presenta comorbidità in Asse II, il cluster più rappresentato è B e circa 1/3 del campione presenta comorbidità in Asse I (altri disturbi d'ansia: N = 5; disturbi dell'umore: N = 3), e 50 soggetti di controllo tratti dalla popolazione studentesca.

La consistenza interna delle cinque dimensioni è stata valutata nella popolazione non clinica e clinica usando il coefficiente alpha di Cronbach e ottenendo valori superiori a 0,70 ($0,80 > \alpha > 0,86$) in 3 scale su 5, con l'eccezione delle scale Responsabilità per omissione ($\alpha = 0,65$) e Importanza dei pensieri ($\alpha = 0,68$) nella popolazione non clinica. L'attendibilità test-retest su un subcampione di 102 soggetti è stata valutata usando la formula di Pearson con valori compresi tra 0,67 e 0,84.

La consistenza interna calcolata sulla popolazione clinica è risultata soddisfacente, con valori che compresi tra 0,73 («Importanza dei pensieri») e 0,91 («Perfezionismo») nel gruppo OC, e con valori tra 0,70 («Responsabilità per omissione») a 0,86 («Importanza dei pensieri» e «Controllo dei pensieri») nel gruppo A.

Le correlazioni calcolate tra l'OBQ e il *Padua Inventory* hanno dato risultati accettabili (range compresi tra 0,324 e 0,508 col PI totale), con l'eccezione rappresentata dalla scala 4 del PI, che misura in effetti comportamenti compulsivi, dimensione meno rappresentata nell'OBQ (range compreso tra 0,319 e 0,170). La significatività, seppur ridotta, si mantiene anche dopo il controllo degli effetti di ansia e depressione (*Beck Depression Inventory* e *Beck Anxiety Inventory*), con l'eccezione della scala 4 che perde ogni significatività statistica.

La validità discriminante del questionario è stata valutata usando sia la popolazione non clinica (confronto tra gruppi diversi selezionati in base ai punteggi del *Padua Inventory*) che clinica (confronto tra gruppi diagnostici diversi) ottenendo risultati soddisfacenti.²

² Chi fosse interessato all'approfondimento di questi aspetti può fare riferimento a Novara, Dorz, Pastore, Sica e Sanavio (2011).

Modalità di somministrazione

La compilazione del questionario solitamente richiede 10-15 minuti e la somministrazione avviene abitualmente in una fase successiva all'assessment iniziale, quando cioè risulta chiaro che l'individuo possa far riferimento ad aspetti metacognitivi. L'OBQ, infatti, non è adatto all'uso per scopi diagnostici in senso stretto, in quanto esso non descrive sintomi ossessivi o comportamenti compulsivi come previsto dai criteri diagnostici. L'uso precipuo sembra essere piuttosto quello in ambito psicoterapico dal momento che vengono individuate dimensioni di significato e convinzioni metacognitive caratteristiche dei pazienti ossessivi. La somministrazione può essere quindi successiva alla diagnosi, allo scopo di individuare al meglio le convinzioni del paziente, e nel corso della terapia per verificare eventuali cambiamenti.

Elevazioni delle scale possono essere presenti sia in altri disturbi identificati come diagnosi principale sia in quadri psicopatologici caratterizzati da una comorbidità col DOC. Il riferimento è alla depressione maggiore, ai disturbi del comportamento alimentare e ad altri disturbi d'ansia come il disturbo d'ansia generalizzato o il disturbo da attacchi di panico. Infatti, una specificità di questi costrutti è nella loro caratterizzazione in termini patologici ma non è esclusiva per il DOC. Inoltre, anche una diagnosi DOC potrebbe risultare in nessuna elevazione delle scale. Alcuni autori (Calamari et al., 2006 Taylor et al., 2006), infatti, hanno identificato all'interno di un gruppo di pazienti OC due sottogruppi ben distinti: «high-beliefs», con punteggi elevati in tutte le scale dell'OBQ, e «low-beliefs», caratterizzato da bassi punteggi nelle dimensioni misurate dall'OBQ, ma sostanzialmente equivalenti ai soggetti ansiosi non OC. È possibile infatti trovarsi di fronte a pazienti che affermano di sentirsi «costretti» a eseguire le proprie compulsioni non perché spinti da un qualche imperativo legato alla responsabilità o alla necessità di controllare i propri pensieri, ma piuttosto dalla necessità di calmierare la sensazione fisico-emotiva che le cose non siano «a posto»; fenomeno noto come «not just right experiences» (Ghisi et al., 2010). Raccomandiamo, quindi, un attento assessment iniziale al fine di porre una diagnosi principale e, solo successivamente, la somministrazione dell'OBQ, quando cioè si ipotizza un'eziologia del disturbo basata su costrutti cognitivi legati al DOC.

Scoring e interpretazione del punteggio

In calce al capitolo si riporta la versione italiana dello strumento e le istruzioni per calcolare il punteggio delle diverse scale.

Ogni item è valutato su scala Likert 0-7, il punteggio della singola scala è dato dalla somma delle risposte del soggetto, non sono previsti item-invertiti.

Il questionario è composto da 5 scale che valutano altrettante dimensioni-beliefs rilevanti nel disturbo ossessivo-compulsivo, per questa ragione non è previsto il calcolo di un punteggio totale.

Per quanto riguarda l'interpretazione del punteggio, il criterio consigliato è quello di ricorrere alla valutazione dei percentili. Tale procedura consiste nell'identificare la percentuale di soggetti del campione che ottiene quel dato punteggio.

Per l'interpretazione dei punteggi delle singole scale si consideri quanto segue:

1. punteggi grezzi corrispondenti a valori percentili compresi tra 0 e 79 vanno considerati nella media e non rivestono un significato clinico particolare. Il soggetto, in pratica, riporta dei beliefs comparabili con la norma;
2. punteggi grezzi corrispondenti a valori percentili compresi tra 80 e 94 indicano una condizione al confine con aspetti di tipo patologico. Si consiglia di valutare attentamente la situazione poiché tali punteggi rappresentano valori limite che richiamano l'attenzione del clinico su una possibile presenza di psicopatologia;
3. punteggi grezzi compresi tra 95 e 99 indicano la presenza in maniera clinicamente significativa di quei beliefs o quelle dimensioni misurate dalla scala. Essi potrebbero diventare oggetto di discussione clinica e/o intervento psicoterapeutico.

Per quanto riguarda la subscale Perfezionismo (tabella 6.1) si consideri quanto segue:

- punteggi grezzi corrispondenti a valori percentili compresi tra 80 e 94 indicano una condizione di soglia in cui sono presenti beliefs relativi alla «necessità di raggiungere uno stato perfetto delle cose» e alla «necessità di evitare errori». Si consiglia di valutare con attenzione la situazione per una possibile presenza di sintomi invalidanti anche non strettamente legati al DOC;
- punteggi grezzi oltre il 94° indicano una condizione di particolare difficoltà in quest'ambito. Sono presenti in misura clinicamente significativa beliefs relativi alla «necessità di raggiungere uno stato perfetto delle cose» e alla «necessità di evitare errori». Qualora si riscontrasse, con altri strumenti di valutazione (colloquio, osservazione, *Padua Inventory*, *Obsessive-Compulsive Inventory*), la presenza di ossessioni e compulsioni o di altri quadri psicopatologici potrebbe essere consigliabile un intervento specialistico di ristrutturazione cognitiva che tenesse in considerazione questi costrutti.

Per quanto riguarda le subscale Responsabilità per danno e Responsabilità per omissione (tabelle 6.2 e 6.3) si consideri quanto segue:

- punteggi grezzi corrispondenti a valori percentili compresi tra 80 e 94 indicano una condizione di soglia in cui sono presenti beliefs relativi alla necessità di

prevenire eventuali effetti dannosi di un'azione (danno) o di una non-azione (omissione) o eventuali conseguenze sul piano morale. Si consiglia di valutare con attenzione la situazione per una possibile presenza di sintomi invalidanti anche non strettamente legati al DOC;

- punteggi grezzi oltre il 94° indicano una condizione di particolare difficoltà in quest'ambito. Sono presenti in misura clinicamente significativa beliefs relativi alla necessità di prevenire eventuali effetti dannosi di un'azione (danno) o di una non-azione (omissione) o eventuali conseguenze sul piano morale. Qualora si riscontrasse con altri strumenti di valutazione (colloquio, osservazione, interviste o self-report) la presenza di ossessioni e compulsioni o di altri quadri psicopatologici potrebbe essere consigliabile un intervento specialistico di ristrutturazione cognitiva che tenesse in considerazione questi costrutti.

TABELLA 6.1
Scala Perfezionismo

Punteggi grezzi	Valori percentili corrispondenti
16	10
17-20	20
21-22	30
23-25	40
26-29	50
30-32	60
33-36	70
37-41	80
42-47	90
48-61	95
> 62	99

TABELLA 6.2
Scala Responsabilità per danno

Punteggi grezzi	Valori percentili corrispondenti
22	10
23-26	20
27-30	30
31-33	40
34-36	50

37-39	60
40-42	70
43-45	80
46-49	90
50-58	95
> 59	99

TABELLA 6.3
Scala Responsabilità per omissioni

Punteggi grezzi	Valori percentili corrispondenti
11	10
12-13	20
14	30
15	40
16-17	50
18	60
19-20	70
21-22	80
23-25	90
26-32	95
> 33	99

Per quanto riguarda le subscale Controllo dei pensieri e Importanza dei pensieri (tabelle 6.4 e 6.5) si consideri quanto segue:

- punteggi grezzi corrispondenti a valori percentili compresi tra 80 e 94 indicano una condizione di soglia in cui sono presenti beliefs relativi alla necessità di controllare la propria attività mentale e i pensieri intrusivi (controllo dei pensieri) o la credenza per cui i pensieri sono moralmente equivalenti alle azioni (importanza dei pensieri). Si consiglia di valutare con attenzione la situazione per una possibile presenza di sintomi invalidanti anche non strettamente legati al DOC;
- punteggi grezzi oltre il 94° indicano una condizione di particolare difficoltà in quest'ambito. Sono presenti in misura clinicamente significativa beliefs relativi alla necessità di controllare la propria attività mentale e i pensieri intrusivi (controllo dei pensieri) o la credenza per cui i pensieri sono moralmente equivalenti

alle azioni (importanza dei pensieri). Qualora si riscontrasse con altri strumenti di valutazione (colloquio, osservazione, interviste o self-report) la presenza di ossessioni e compulsioni o di altri quadri psicopatologici potrebbe essere consigliabile un intervento specialistico di ristrutturazione cognitiva che tenesse in considerazione questi costrutti.

TABELLA 6.4
Scala Controllo dei pensieri

Punteggi grezzi	Valori percentili corrispondenti
17-18	10
19-20	20
21-22	30
23-25	40
26-28	50
29-31	60
32-35	70
36-39	80
40-44	90
45-56	95
> 57	99

TABELLA 6.5
Scala Importanza dei pensieri

Punteggi grezzi	Valori percentili corrispondenti
8	10
9	20
10	30
11	40
12-13	50
14	60
15-16	70
17-18	80
19-22	90
23-29	95
> 30	99

Per esigenze di ricerca, infine, si riportano in tabella 6.6 media e deviazioni standard per ciascuna dimensione dell'*Obsessive Beliefs Questionnaire*, calcolate sul campione normativo distinto per sesso.

TABELLA 6.6
Valori normativi distinti per sesso

OBQ	Maschi	Femmine
Perfezionismo	30,1±11,5	30,6±11,9
Responsabilità per danno	36,1±10,8	35,7±10,4
Controllo dei pensieri	31,2±11,3	28,5±10,2
Responsabilità per omissione	18,3±5,7	16,7±5,3
Importanza dei pensieri (TAF)	13,4±5,7	14,1±5,5

Inoltre, ci sembra importante sottolineare che lo studio di validazione italiano dell'OBQ ha mostrato come questo strumento possa essere utilizzato sia per la clinica che per la ricerca. Studi futuri potrebbero indagare eventuali sovrapposizioni o differenze con altri disturbi psicologici come l'ansia generalizzata, gli attacchi di panico o i disturbi del comportamento alimentare e del discontrollo degli impulsi.

Bibliografia

- Amir, N., Cashman, L., & Foa, E.B. (1997). Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 775-777.
- Amir, N., Freshman, M., Ramsey, B., Neary, E., & Bridigi, B. (2001). Thought-Action Fusion in individuals with OCD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 765-776.
- Antony, M.M., Purdon, C.L., Huta, V., & Swinson, R.P. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1143-1154.
- Arntz, A., Voncken, M., & Goosen, A.C.A. (2007). Responsibility and obsessive-compulsive disorder: An experimental test. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 425-435.
- Bastiani, A.M., Rao, R., Weltzin, T., & Kaye, W.H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 147-152.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A.T., Emery, G., & Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York Basic Books (trad. it. Ansia e Fobia. Astrolabio, 1994).
- Beech, H.R., & Liddell, A. (1974). Decision-making, mood states and ritualistic behaviour among obsessional patients. In H.R. Beech (Eds.). *Obsessional states*. London: Methuen.

- Blatt, S.J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, 50, 1003-1020.
- Calamari, J.E., Cohen, R.J., Rector, N.A., Szacun-Shimizu, K., Riemann, B.C., & Norberg, M.M. (2006). Dysfunctional belief-based obsessive-compulsive disorder subgroups. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1347-1360.
- Coles, M.E., Mennin, D.S., & Heimberg, R.G. (2001). Distinguishing obsessive features and worries: The role of thought-action fusion. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 947-959.
- Dorz, S., Novara, C., Pastore, M., Sica C., & Sanavio, E. (2009). Presentazione della versione italiana dell'Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ): struttura fattoriale e analisi di affidabilità (parte I). *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 15, 139-170.
- Einstein, D.A., & Menzies, R.G. (2004). The presence of magical thinking in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 539-549.
- Foa, E.B., Ilai, D., McCarthy, P.R., Shoyer, B., & Murdock, T. (1993). Information processing in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 173-189.
- Freeston, M.H., Rhéaume, J., & Ladouceur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 433-445.
- Frost, R., & Shows, D. (1993). The nature and measurement of compulsive indecisiveness. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 256-268.
- Frost, R., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 291-296.
- Frost, R., Lahart, C.M., Dugas, K.M., & Sher, K.J. (1988). Information processing among non clinical compulsives. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 275-277.
- Frost, R., Marten, P., Lahart, C., & Resenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Ghisi, M., Chiri, L.R., Marchetti, I., Sanavio, E., & Sica, C. (2010). In search of specificity: «Not just right experiences» and obsessive-compulsive symptoms in non-clinical and clinical Italian individuals. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 879-886.
- Guidano, V.F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford Press.
- Kozac, M., Foa, E., & McCarty, P. (1987). Assessment of obsessive-compulsive disorder. In C.G. Last e M. Hersen, *Handbook of anxiety disorders*. New York: Pergamon Press.
- Makhlouf-Norris, B.A., & Norris, B.A. (1973). The Obsessive-Compulsive Syndrome as a neurotic device for the reduction of self-uncertainty. *The British Journal of Psychiatry*, 122, 277-288.
- Novara, C., Dorz, S., Pastore, M., Sica, C., & Sanavio, E. (2011). Presentazione della versione italiana dell'Obsessive Beliefs Questionnaire (parte II): Validità convergente e specificità dei costrutti in un campione clinico. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 17, 157-172.
- Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 35, 667-681.

- Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group. (2001). Development and initial validation of the Obsessive Belief Questionnaire and the interpretation of intrusion inventory. *Behavior Research and Therapy*, 39, 987-1006.
- Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group. (2003). Psychometric validation of the Obsessive Belief Questionnaire and interpretation of intrusion inventory. Part I. *Behavior Research and Therapy*, 41, 863-878.
- Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group. (2005). Psychometric validation of the Obsessive Belief Questionnaire and interpretation of intrusion inventory. Part II. *Behavior Research and Therapy*, 43, 1527-1542.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385-401.
- Rassin, E., & Koster, E. (2003). The correlation between thought-action fusion and religiosity in a normal sample. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 361-368.
- Rassin, E., Merckelbach, H., Muris, P., & Span, V. (1999). Thought action fusion as a causal factor in the development of intrusion. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 231-237.
- Reed P.G. (1986). Religiousness among terminally ill and healthy adults. *Research in Nursing and Health*, 9, 35-41.
- Rheaumè, J., Ladouceur, R., Freeston, M.H., & Letarte, H. (1995). Inflated responsibility in obsessive-compulsive disorder: Validation of an operational definition. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 159-169.
- Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P.M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 677-682.
- Salkovskis, P.M. (1995). Cognitive-behavioural approaches to the understanding of obsessional problems. In R.M. Rapee, *Current controversies in the anxiety disorders*, (pp. 103-133), London: Guilford Press.
- Salkovskis, P.M., & Forrester, E. (2004). Responsibility. In R.O. Frost e G. Steketee, *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment*. Oxford: Pergamon Press.
- Shafran, R. (1997). The manipulation of responsibility in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 397-407.
- Shafran, R., Thordarson, D., & Rachman, S. (1996). Thought action fusion in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 379-391.
- Sica, C., Novara, C., Sanavio, S. (2002). Religiousness and obsessive-compulsive cognitions and symptoms in an Italian population. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 813-823.
- Sookman, D., & Pinard, G. (1999). Integrative cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A focus on multiple schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6, 351-361.
- Steketee, G., Frost, R.O., & Cohen, I. (1998). Beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 525-537.
- Tata, P.R., Leibowitz, J.A., Prunty, M.J., Cameron, M., & Pickering, M. (1996). Attentional bias in obsessional compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 1, 53-60.

- Taylor, S., Abramowitz, J.S., McKay, D., Calamari, J.E., Sookman, D., Kyrios, M., Wilhelm, S., & Carmin, C. (2006). Do dysfunctional beliefs play a role in all types of obsessive-compulsive disorder? *Journal of Anxiety Disorder*, 20, 85-97.
- Thordarson, D., & Shafran, R. (2004). Importance of thoughts. In R.O. Frost e G. Steketee, *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment*. Oxford: Pergamon Press.
- Wade, D., Kyrios, M., & Jackson, H. (1998). A model of obsessive-compulsive phenomena in a non clinical sample. *Australian Journal of Psychology*, 50, 11-17.
- Wegner, D.M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101, 34-52.
- Wells, A., & Davies, M.I. (1994). The thought control questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 871-878.

Obsessive Beliefs Questionnaire – OBQ-46¹

Dorz, Novara, Pastore, Sica e Sanavio, 2009

Il questionario seguente elenca una lista di opinioni o atteggiamenti che le persone possono avere.

La preghiamo di leggere attentamente ciascuna affermazione e di segnare se lei è d'accordo o meno con l'affermazione stessa.

In pratica, per ciascuna affermazione presentata, faccia un segno sul numero che meglio corrisponde al suo modo di pensare, in base allo schema sotto riportato:

1	2	3	4	5	6	7
Molto in disaccordo	Abbastanza in disaccordo	Un po' in disaccordo	Né d'accordo né in disaccordo	Un po' d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo

Tenga presente che ogni persona è diversa da un'altra per cui non ci sono risposte giuste o sbagliate. Cerchi semplicemente di ricordare come lei è (o come pensa) la maggior parte delle volte.

Cerchi di usare il meno possibile l'espressione (corrispondente al numero 4) «né d'accordo né in disaccordo».

1. Avere controllo sui pensieri è segno di buon carattere	1	2	3	4	5	6	7
2. Se immagino che possa accadere qualcosa di brutto, ho la responsabilità di fare qualcosa affinché non accada realmente	1	2	3	4	5	6	7
3. Se non controllo i pensieri che entrano nella mia mente senza la mia volontà, accadrà certamente qualcosa di brutto	1	2	3	4	5	6	7
4. Quando vengo a sapere che è accaduta una disgrazia non posso smettere di chiedermi se sono responsabile in qualche modo	1	2	3	4	5	6	7
5. Esiste un solo un modo di fare le cose nella maniera giusta	1	2	3	4	5	6	7
6. Sarei una persona migliore se riuscissi ad avere maggiore controllo sui miei pensieri	1	2	3	4	5	6	7
7. Secondo me tutto dovrebbe essere sempre perfetto	1	2	3	4	5	6	7

¹ Dorz, S., Novara, C., Pastore, M., Sica, C., & Sanavio, E. (2009). Presentazione della versione italiana dell'Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ): struttura fattoriale e analisi di affidabilità (parte I). *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 15, 139-170. © Erickson.

8. Peggiori sono i miei pensieri, più grande è il rischio che si avverino	1	2	3	4	5	6	7
9. Non troverò pace fino a che avrò pensieri che nascono contro la mia volontà	1	2	3	4	5	6	7
10. Devo sapere in ogni momento cosa mi passa per la testa in modo tale da avere il pieno controllo dei miei pensieri	1	2	3	4	5	6	7
11. Per poter essere considerato degno di stima devo raggiungere la perfezione in ogni cosa che faccio	1	2	3	4	5	6	7
12. In ultima analisi, è mia responsabilità assicurarmi che tutto sia al posto giusto	1	2	3	4	5	6	7
13. Dovrei cercare di prevenire ad ogni costo anche i danni più improbabili	1	2	3	4	5	6	7
14. Secondo me, pensare una cattiva azione è tanto brutto quanto metterla in pratica	1	2	3	4	5	6	7
15. Devo pensare alle conseguenze di ogni mia più piccola azione	1	2	3	4	5	6	7
16. Se non posso fare qualcosa perfettamente, è meglio che lasci perdere	1	2	3	4	5	6	7
17. Devo essere sempre pronto a riprendere il controllo dei miei pensieri quando una immagine o una idea sorge nella mia mente contro la mia volontà	1	2	3	4	5	6	7
18. Basta un piccolo errore perché un lavoro non possa essere considerato completo	1	2	3	4	5	6	7
19. Il fatto di avere idee o impulsi aggressivi verso i miei cari significa che io potrei segretamente voler far loro del male	1	2	3	4	5	6	7
20. Se un pensiero fastidioso si insinua nella mia mente mentre sto facendo qualcosa, ciò che sto facendo verrà rovinato	1	2	3	4	5	6	7
21. In una qualsiasi situazione quotidiana, fallire nel prevenire un danno equivale a causarlo di proposito	1	2	3	4	5	6	7
22. Devo impegnarmi costantemente per evitare problemi seri (ad esempio, malattie o incidenti)	1	2	3	4	5	6	7
23. Secondo me, non prevenire dei danni equivale a commetterli	1	2	3	4	5	6	7
24. Devo essere sicuro che gli altri non subiscano danni a causa delle mie decisioni o azioni	1	2	3	4	5	6	7

25. Se esercito abbastanza forza di volontà dovrei riuscire a raggiungere un completo controllo sulla mia mente	1	2	3	4	5	6	7
26. Secondo me, le cose non vanno bene se non sono perfette	1	2	3	4	5	6	7
27. Se ho pensieri disgustosi vuol dire che sono una persona orribile	1	2	3	4	5	6	7
28. Se non prendo più precauzioni del dovuto, ho più probabilità degli altri di arrecare o subire danni	1	2	3	4	5	6	7
29. Se non faccio bene come gli altri significa che valgo meno	1	2	3	4	5	6	7
30. Per sentirmi sicuro, devo essere sempre pronto ad affrontare ogni cosa che possa andare storta	1	2	3	4	5	6	7
31. Per evitare disgrazie ho bisogno di controllare tutti i pensieri e le immagini che mi passano per la mente	1	2	3	4	5	6	7
32. Non dovrei avere pensieri bizzarri o disgustosi	1	2	3	4	5	6	7
33. Avere un pensiero blasfemo equivale a commettere una azione peccaminosa	1	2	3	4	5	6	7
34. Dovrei essere capace di sbarazzarmi dei pensieri che entrano nella mia mente contro la mia volontà	1	2	3	4	5	6	7
35. Per me, persino la più piccola trascuratezza è imperdonabile se può avere conseguenze sugli altri	1	2	3	4	5	6	7
36. Devo essere il migliore nelle cose che sono importanti per me	1	2	3	4	5	6	7
37. Se le mie azioni contribuissero anche in minima parte a causare una possibile sventura, allora sarei responsabile per ciò che accade	1	2	3	4	5	6	7
38. Anche quando sto attento mi capita spesso di pensare che potrei causare o subire qualcosa di brutto	1	2	3	4	5	6	7
39. Avere pensieri contro la mia volontà significa che non ho più il controllo di me stesso	1	2	3	4	5	6	7
40. Anche se penso che un danno sia molto improbabile, dovrei comunque tentare di prevenirlo	1	2	3	4	5	6	7
41. Devo lavorare continuamente ad un compito finché non è fatto perfettamente	1	2	3	4	5	6	7

42. Per me, non essere in grado di prevenire una disgrazia equivale a causarla	1	2	3	4	5	6	7
43. Se non faccio un lavoro perfettamente non sarò rispettato dagli altri	1	2	3	4	5	6	7
44. Se sono sufficientemente prudente posso prevenire qualsiasi disgrazia o incidente	1	2	3	4	5	6	7
45. Avere un cattivo pensiero non è moralmente differente dal fare una cattiva azione	1	2	3	4	5	6	7
46. Qualsiasi cosa faccia non è mai abbastanza buona	1	2	3	4	5	6	7

Indicazioni per lo scoring

Per calcolare il punteggio delle 5 scale che compongono il test è necessario sommare il punteggio dei singoli item seguendo quanto riportato dallo schema qui sotto:

Punteggio Perfezionismo (11 item): item 5 + 7 + 11 + 16 + 18 + 26 + 29 + 36 + 41 + 43 + 46

Punteggio Responsabilità per danno (10 item): item 2 + 12 + 15 + 22 + 24 + 30 + 35 + 37 + 38 + 40

Punteggio Controllo dei pensieri (11 item): item 1 + 3 + 6 + 9 + 10 + 17 + 20 + 25 + 31 + 34 + 39

Punteggio Responsabilità per omissione (7 item): item 4 + 13 + 21 + 23 + 28 + 42 + 44

Punteggio Importanza dei pensieri/TAF (7 item): item 8 + 14 + 19 + 27 + 32 + 33 + 45

Saving Inventory – Revised

Carlo Chiorri^a e Gabriele Melli^b

^a Dipartimento di Scienze della Formazione, Sezione di Psicologia, Università di Genova

^b Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva, IPSICO, Firenze

Introduzione

L'accumulo e l'accaparramento compulsivo di oggetti (in inglese, *hoarding*) vengono definiti come l'eccessiva tendenza a raccogliere e l'incapacità di liberarsi di oggetti di valore e/o utilità relativamente scarsi, con un conseguente livello di disordine negli spazi occupati abitualmente (casa, ufficio, ecc.) che impedisce lo svolgimento delle normali attività e determina stress e cattivo funzionamento sociale e lavorativo (Frost e Hartl, 1996). Nelle sue forme estreme, l'*hoarding* può rappresentare un problema di interesse psichiatrico, poiché minaccia seriamente la qualità di vita dell'individuo e la salute pubblica. In base ai dati raccolti tramite un'indagine su larga scala negli Stati Uniti, Tolin e collaboratori (2008) hanno riferito che, almeno nelle donne (il campione di persone con sintomi clinicamente rilevanti comprendeva infatti solo il 6% di uomini), l'*hoarding* determina una perdita media di 7 giorni lavorativi al mese; un dato simile viene ottenuto solo dai pazienti psicotici ed è comunque maggiore di quello di individui affetti da disturbi d'ansia, dell'umore o correlati all'uso di sostanze. Inoltre, questi individui hanno una probabilità tre volte maggiore rispetto ai loro familiari di essere obesi e cinque volte maggiore di rivolgersi a un servizio di salute mentale. Fra l'8 e il 12% dei soggetti sono stati minacciati almeno una volta di sfratto e dallo 0,1 al 3% hanno perso l'affido dei propri figli. Tramite uno studio condotto sugli operatori degli istituti di salute mentale nel Nord-Est degli Stati Uniti, Frost, Steketee e Williams (2000) hanno inoltre verificato come almeno la metà dei soggetti affetti da *hoarding* sia stata oggetto di denunce da parte dei vicini di casa o direttamente da parte della polizia, dei vigili del fuoco, dei servizi sociali o di addetti ai servizi di fornitura dell'elettricità o del gas. Tali denunce riguardavano principalmente le insufficienti condizioni sanitarie dei locali e l'accumulo di spazzatura, che producevano cattivi odori e un elevato rischio di incendi. Gli operatori che successivamente hanno ispezionato le case degli individui classificati come ad alto rischio hanno trovato che nella metà

dei casi l'accumulo di oggetti si svolgeva all'interno dell'abitazione e le stanze in cui il materiale veniva accumulato erano tipicamente il soggiorno, la cucina e la camera da letto. Gli oggetti accumulati erano spesso giornali e carta, seguiti da bottiglie, cibo e spazzatura dei vicini. Tale accumulo impediva i normali movimenti all'interno dell'abitazione, l'accesso ai mobili e una preparazione dei cibi in base ai normali requisiti di igiene. Il livello di rischio sanitario è stato valutato dagli operatori su una scala a 7 punti (da 0 = nessun rischio a 6 = estremamente alto) e la mediana delle valutazioni è risultata 4 per il rischio pubblico e 5 per quello personale degli individui esaminati. Il costo sociale di questo fenomeno, dunque, è tutt'altro che trascurabile, sia per la presa in carico degli individui che ne soffrono, sia per chi vive a contatto con essi.

L'hoarding può essere un sintomo di vari disturbi organici e mentali (si veda, ad esempio, la rassegna di Pertusa, Frost, Fullana et al., 2010), ma più spesso è associato con il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC). Nondimeno, né il DSM-IV-TR né l'ICD-10 lo menzionano esplicitamente come un sintomo tipico del DOC. Piuttosto, nel DSM-IV-TR, è indicato come uno degli 8 criteri del disturbo ossessivo-compulsivo di personalità (DOCP); il criterio 5, infatti, fa riferimento all'incapacità di gettare oggetti usati o inutili, anche quando non hanno un valore sentimentale, di solito per ragioni legate alla sensazione di spreco o al possibile bisogno futuro di quegli oggetti. Gli individui che soffrono di hoarding manifestano forte disagio se qualcuno tenta di sbarazzarsi delle cose che hanno accumulato e i familiari e/o i conviventi possono lamentarsi della quantità di spazio occupato da oggetti vecchi, riviste, apparecchi rotti, e così via. Come fanno notare anche Pertusa, Frost e Mataix-Cols (2010), nel manuale diagnostico la diagnosi differenziale fra DOC e DOCP è basata sull'effettiva presenza di ossessioni e compulsioni e la diagnosi di DOC andrebbe posta proprio quando la tendenza ad accumulare è estrema, ad esempio se i cumuli di oggetti inutili creano un rischio di incendio e/o rendono difficoltoso muoversi nella casa (APA, 2000/2002). In questo senso, quindi, l'hoarding viene considerato come un sintomo del DOC, tanto che è incluso in gran parte delle interviste strutturate (ad esempio, la *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*, Y-BOCS; Goodman et al., 1989) e dei questionari per autosomministrazione (ad esempio, l'*Obsessive-Compulsive Inventory – Revised*, OCI-R; Foa et al., 2002 e il *Vancouver Obsessive-Compulsive Inventory*, VOCI; Thordarson et al., 2004) per la valutazione dei sintomi ossessivo-compulsivi. Ad ogni modo, l'ambiguità diagnostica diventa ancor più problematica quando le persone presentano un comportamento di accumulo e/o accaparramento molto marcato, ma non presentano nessuno degli altri sintomi prototipici del DOC: ad esempio, Frost e collaboratori (2010) hanno riscontrato come in un campione di 217 pazienti con un significativo problema di

hoarding solo il 18% soddisfacesse i criteri diagnostici del DOC, mentre il tasso di comorbidità con la depressione maggiore, la fobia sociale e il disturbo d'ansia generalizzato era rispettivamente del 53, 24 e 24%. Nonostante si tenda a dare per scontato che esso sia un sintomo di DOC, quindi, negli ultimi anni più di uno studio ha suggerito la necessità di separare le due diagnosi (Abramowitz, Wheaton e Storch, 2008; Mataix-Cols et al., 2010; Pertusa et al., 2010a; Rachman et al., 2009; Saxena, 2007). Sebbene il timore di disfarsi o di perdere certi oggetti assuma una manifestazione ossessiva e l'impulso a conservare le cose suggerisca la presenza di compulsioni, l'hoarding presenta diverse differenze a livello fenomenologico rispetto al DOC (Mataix-Cols et al., 2010; Rachman et al., 2009). Ad esempio, i pensieri relativi all'accumulo/accaparramento non sono vissuti come intrusivi o indesiderati, non sono ripetitivi come le ossessioni e raramente vengono considerati come stressanti o spiacevoli. Il disagio riferito dagli individui affetti da questo disturbo deriva principalmente dalle conseguenze del proprio comportamento (come ad esempio l'ingombro degli spazi abitativi) e non dal fatto in sé di conservare gli oggetti, che in molti casi determina invece un senso di sicurezza. La natura egosintonica dei sintomi e la mancanza di insight, infatti, appaiono in contrasto con la fenomenologia tipica del DOC (Tolin et al., 2010a). Alcuni studi hanno poi evidenziato come le correlazioni tra i sintomi dell'hoarding e quelli classici del DOC, anche se statisticamente significative, siano piuttosto basse, spesso simili a quelle con l'ansia e la depressione, mentre i vari sintomi del DOC presentano correlazioni più forti fra di loro (ad esempio, Abramowitz et al., 2008). Differentemente da questi ultimi, inoltre, i sintomi dell'hoarding tendono a peggiorare con l'età (ad esempio, Grisham et al., 2006), a diventare problematici per il funzionamento dell'individuo tardivamente rispetto all'insorgere del disturbo e a richiedere spesso l'intervento di terze parti, come i familiari o le autorità locali (Frost et al., 2000). Per quanto riguarda i processi cognitivo-comportamentali in gioco, l'hoarding è caratterizzato da: (1) deficit nell'elaborazione delle informazioni che riguardano i processi attentivi, di categorizzazione, di memoria e dell'uso delle informazioni disponibili per trarre conclusioni e prendere decisioni; (2) credenze irrazionali circa gli oggetti ed eccessivo attaccamento ad essi; (3) conseguente disagio emotivo e comportamenti di evitamento. Queste tre componenti non necessariamente sono riscontrabili nei pazienti con DOC (Frost e Hartl, 1996; Pertusa et al., 2010a; Steketee e Frost, 2003), che mostrano anche un substrato neurale diverso (ad esempio, An et al., 2009). Infine, l'hoarding sembra rispondere meno ai trattamenti evidence-based solitamente efficaci per il DOC (Pertusa et al., 2010a).

Questi risultati hanno portato a suggerire che i sintomi di accumulo e accaparramento possano andare a costituire un'entità diagnostica a sé stante, indicata

talora come «sindrome da accumulo compulsivo» (*compulsive hoarding syndrome*; Saxena, 2007) o più semplicemente come *hoarding disorder*, dal gruppo di lavoro per il DSM-V (APA, 2010). I criteri proposti per la sua diagnosi sono: (A) difficoltà persistente nel gettare via o separarsi dagli oggetti posseduti, indipendentemente dal valore attribuito ad essi; (B) tale difficoltà è dovuta al forte impulso a conservare gli oggetti e/o al disagio sperimentato nel gettarli via; (C) i sintomi producono l'accumulo di un gran numero di oggetti che riempiono e ingombrano gli spazi abitativi o lavorativi fino a impedirne il loro uso abituale e tale situazione può essere risolta solo con l'intervento di terze persone (familiari, colleghi, autorità); (D) i sintomi causano un significativo disagio e un cattivo funzionamento a livello sociale, relazionale e lavorativo, dovuto anche all'incapacità di mantenere gli ambienti in condizioni igieniche adeguate; (E) i sintomi non sono legati a condizioni mediche generali, come danni cerebrali o malattie cerebrovascolari; (F) i sintomi non sono limitati a quelli di altri disturbi mentali, come l'ossessione di accumulo del DOC, una minore energia nel fare le cose, come nel disturbo depressivo maggiore, i deliri, come nella schizofrenia o in un altro disturbo psicotico, un deficit cognitivo, come nella demenza, una restrizione degli interessi, come nel disturbo dello spettro autistico o l'accumulo di cibo come nella sindrome di Prader-Willi. Va inoltre specificato se i sintomi sono accompagnati da un eccesso di raccolta, acquisto o furto (accaparramento) di oggetti non necessari e/o per i quali non vi è spazio disponibile, e qual è il livello di insight relativamente al problema, in particolare quanto la persona lo ritiene problematico.

Lo strumento

L'hoarding può essere valutato mediante scale etero- o autosomministrate che possono essere subscale di strumenti per la valutazione del DOC (come nel caso dell'OCI-R e del VOCI citati in precedenza), oppure strumenti specifici, come la *Hoarding Rating Scale – Interview* (Tolin, Frost e Steketee, 2010b) o la *Hoarding Assessment Scale* (Schneider et al., 2008). Una rassegna degli strumenti per la valutazione del disturbo va oltre lo scopo di questo contributo, per cui si rimanda il lettore interessato al lavoro di Frost e Hristova (2011). A partire dal 1993, Frost e il suo gruppo di ricerca hanno sviluppato uno strumento per autosomministrazione volto alla valutazione delle tre caratteristiche principali dell'hoarding, ossia l'acquisizione di oggetti di limitata o nessuna utilità, la difficoltà nel gettarli via e l'ingombro degli spazi abitativi e lavorativi che il loro accumulo produce. Nel loro primo studio, Frost e Gross (1993) avevano denominato lo strumento *Hoarding Scale* (HS). La scala consisteva in 21 item che andavano a esplorare i vari aspetti

sintomatologici sulla base della letteratura allora esistente sull'accumulo di oggetti che non fossero cibo. Gli item operazionalizzavano l'incapacità di gettare via le cose, le reazioni emotive nel doverlo fare, i problemi relativi al decidere di farlo, lo scarso utilizzo degli oggetti conservati, la preoccupazione che gli oggetti da buttare potessero servire in futuro e l'attaccamento sentimentale agli stessi. Le persone che compilavano il questionario dovevano esprimere il loro grado di accordo con le affermazioni su una scala Likert a 5 punti (1 = per niente d'accordo, 5 = completamente d'accordo). Lo strumento è stato successivamente modificato con l'inclusione di altri tre item (Frost et al., 1998) e negli studi in cui è stato impiegato ha sempre mostrato un'adeguata attendibilità, intesa come coerenza interna e validità di costrutto e di criterio (si vedano Frost e Gross, 1993; Frost et al., 1995; Frost, Krause e Steketee, 1996; Frost et al., 1998; Frost et al., 2000; Frost, Steketee e Williams, 2002). Tuttavia, come riferiscono Frost e collaboratori (2004), il contenuto degli item della scala risentiva delle limitazioni legate alla scarsa conoscenza del fenomeno all'epoca in cui essa è stata sviluppata. La ricerca, infatti, ha successivamente messo in luce come l'hoarding sia caratterizzato anche da altri sintomi che non venivano presi in considerazione nella HS, come ad esempio l'acquisizione compulsiva di oggetti. Inoltre, diversi item valutavano le credenze circa gli oggetti, ossia la loro natura e funzione, più che i sintomi del disturbo, e nessun singolo insieme di credenze caratterizzava adeguatamente tutte le persone con un serio problema di hoarding. Infine, altri item della HS si riferivano al possesso di specifici oggetti, come giornali o contenitori, che riguardano la maggior parte dei pazienti, ma che per una quota non trascurabile di questi non sono significativi. Per come erano formulati, infine, gli item non coglievano il disagio emotivo e la compromissione del funzionamento associati agli aspetti psicopatologici clinicamente significativi e non discriminavano adeguatamente i livelli più gravi di psicopatologia. È stato quindi sviluppato il *Saving Inventory – Revised* (SI-R; Frost, Steketee e Kyrios, 2001; Frost, Steketee e Grisham, 2004; Coles et al., 2003), al fine di ottenere un migliore campionamento dei sintomi in termini di contenuto degli item, di indagare più specificamente sintomi e non credenze, di non riferirsi a tipi specifici di oggetti e di permettere di valutare il livello di stress e di disagio associati agli alti livelli di accumulo compulsivo. Inizialmente, la scala era composta da 26 item, che operazionalizzavano problemi relativi all'acquisizione di oggetti (5 item), alla difficoltà a gettarli via (5 item), all'ingombro da parte di questi (6 item), allo stress connesso ai sintomi (5 item) e al disagio/interferenza causato dagli oggetti accumulati (5 item). Le risposte venivano fornite su una scala Likert a 5 punti (da 0 a 4). Coles e collaboratori (2003) hanno somministrato la scala a 563 studenti di psicologia, ottenendo, mediante analisi delle componenti principali seguita da rotazione obliqua, una soluzione

ottimale a 4 fattori correlati (Difficoltà a gettare via le cose [8 item, $\alpha = 0,90$], Ingombro [9 item, $\alpha = 0,91$], Interferenza/disagio [3 item, $\alpha = 0,70$] e Problemi di acquisizione [4 item, $\alpha = 0,81$]). Tali fattori hanno mostrato correlazioni fra di loro da moderate a forti (0,37-0,58) e sono risultati fortemente correlati con una misura dei pensieri e delle credenze circa l'accumulo di oggetti (*Savings Cognitions Inventory – Revised*, SCI-R; Steketee, Frost e Kyrios, 2003), con la scala Hoarding dell'OCI e, più debolmente, con la frequenza e lo stress provocato dalla sintomatologia DOC e con le misure di ansia sociale, *worry*, ansia e depressione.

Nel loro primo studio, Frost e collaboratori (2004) hanno adottato a loro volta un approccio esplorativo nell'analisi dei dati relativi al SI-R raccolti su 139 pazienti con problemi di hoarding, applicando ad essi un'analisi fattoriale mediante il metodo di massima verosimiglianza, con rotazione obliqua. Hanno così ottenuto gli stessi 4 fattori, su cui però saturavano in maniera sostanziale soltanto 23 dei 26 item iniziali. Una volta esclusi questi item e ripetuta l'analisi fattoriale, Frost e collaboratori (2004) hanno ottenuto una struttura ottimale composta da 3 fattori correlati. Gli item che sono stati esclusi riguardavano il fatto che la quantità di oggetti accumulati avesse causato discussione o litigio con altre persone, il tentativo di evitare attività che potessero portare la persona ad accaparrare ulteriori oggetti e la quantità di tempo sprecata a causa del comportamento di accaparramento compulsivo. La nuova soluzione fattoriale raggruppava 9 item nella dimensione Ingombro (*Clutter*), 7 item nella dimensione Difficoltà a gettare via gli oggetti (*Difficulty discarding*) e 7 item nella dimensione Accaparramento compulsivo (*Acquisition*). Le tre scale hanno mostrato una coerenza interna rispettivamente di 0,88, 0,91 e 0,87 e il punteggio totale aveva una coerenza interna di 0,92. La correlazione fra le scale è risultata di 0,31 fra Clutter e Acquisition, 0,45 fra Difficulty discarding e Acquisition e 0,56 fra Clutter e Difficulty discarding. I punteggi non sono risultati correlati in maniera sostanziale né con l'età né col genere, a eccezione di quelli alla scala Acquisition, leggermente superiori nelle donne.

Nel secondo studio Frost e collaboratori (2004) hanno somministrato la versione definitiva del SI-R a 23 item a individui frequentanti un'associazione per il sostegno delle persone affette da DOC e autoidentificatisi come «accumulatori» e «non accumulatori» di oggetti. I risultati hanno messo in luce punteggi maggiori in tutte le scale del SI-R per gli accumulatori. I partecipanti a questo studio hanno compilato anche lo SCI-R i cui punteggi correlavano in maniera sostanziale con quelli del SI-R (da 0,38 a 0,73), sebbene i punteggi alla scala Acquisition avessero correlazioni relativamente più basse (tra 0,38 e 0,53, contro lo 0,54-0,73 delle altre subscale).

Nel terzo studio, Frost e collaboratori (2004) hanno confrontato i punteggi ottenuti da un gruppo di 70 persone autoidentificatesi con problemi di accumulo

con quelli di 23 individui costituenti un gruppo di controllo, ottenendo punteggi maggiori nel primo gruppo. In questo studio, 12 partecipanti hanno compilato la scala due volte a 2-4 settimane di distanza. L'attendibilità test-retest è risultata 0,86 per il punteggio totale, 0,89 per la scala Difficulty discarding, 0,90 per quella Clutter e 0,78 per quella Acquisition; inoltre, non sono state rilevate differenze significative fra i punteggi medi ottenuti alle due somministrazioni. I partecipanti a questo studio hanno compilato anche la *Positive and Negative Affect Scale* (PANAS; Watson, Clark e Tellegen, 1988) e la versione da autosomministrazione della *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS; Goodman et al., 1989). Il SI-R ha mostrato correlazioni moderatamente negative (da 0,26 a 0,15) con l'affetto positivo e moderatamente positive (da 0,06 a 0,38) con l'affetto negativo e il punteggio alla Y-BOCS. Un sottogruppo di 38 partecipanti è stato ulteriormente sottoposto a un'intervista telefonica per determinare quanto l'ingombro degli oggetti presenti nelle case potesse interferire con 12 abituali attività, come ad esempio utilizzare una stufa, mangiare seduti a un tavolo o sedere su un divano. Le correlazioni del SI-R con questa scala, detta Activity dysfunction (AD), sono risultate di 0,54 con il punteggio totale, 0,36 con la scala Difficulty discarding, 0,52 con quella Clutter e 0,23 con quella Acquisition.

Nel loro quarto e ultimo studio Frost e collaboratori (2004) hanno somministrato il SI-R e la scala AD dello studio 3 a 25 individui indicati da associazioni dell'area di Boston che si occupavano di anziani. Tredici di questi partecipanti non avevano mai mostrato problemi di accumulo, mentre i rimanenti li avevano manifestati in modo severo. Dopo aver compilato il SI-R, i soggetti hanno anche valutato, su una scala 5 punti, la percezione soggettiva di ingombro degli oggetti presenti nel proprio soggiorno, nella propria cucina e nella propria camera da letto; la stessa valutazione è stata effettuata dall'intervistatore. La coerenza interna delle scale del SI-R è risultata di 0,94 per il punteggio totale, 0,93 per la scala Difficulty discarding, 0,88 per quella Clutter e 0,80 per quella Acquisition. Come prevedibile, gli anziani «accumulatori» hanno ottenuto punteggi maggiori a tutte le scale, che correlavano in modo significativo con la percezione soggettiva di ingombro, con la valutazione di ingombro dell'intervistatore e con la scala AD. Anche in questo caso, le correlazioni del punteggio totale, della scala Difficulty discarding e della scala Clutter sono risultate superiori (tra 0,50 e 0,70) rispetto a quelle della scala Acquisition (tra 0,20 e 0,50).

Studi successivi al lavoro di Frost e collaboratori (2004) hanno portato ulteriori conferme della validità del SI-R. In uno studio di Frost, Steketee, Tolin e Renaud (2008), il punteggio alla subscale Clutter è risultato significativamente correlato (0,72 in soggetti partecipanti a un workshop sull'accumulo compulsivo e 0,57 tra gli individui con alti livelli di accumulo compulsivo secondo le valutazioni cliniche

di un professionista) con una misura, il *Clutter Image Rating*, che valuta i livelli di ingombro degli ambienti di vita (soggiorno, cucina e camera da letto) attraverso una serie di fotografie che rappresentano ambienti più o meno stipati di oggetti. Tolin, Frost e Steketee (2010) hanno poi dimostrato come il punteggio totale e quello delle subscale del SI-R correlassero con il punteggio della *Hoarding Rating Scale – Interview* (da 0,77 a 0,92), con differenze significative fra i pazienti affetti da hoarding e quelli affetti da DOC ma senza problemi di accumulo compulsivo. In entrambi questi studi la coerenza interna del punteggio totale e delle subscale del SI-R non è mai risultata inferiore a 0,80.

I punteggi del SI-R, inoltre, sono risultati sensibili, già dopo la dodicesima settimana, al cambiamento a seguito di un trattamento cognitivo-comportamentale, di 26 sedute, specifico per l'hoarding (Steketee et al., 2010; Tolin, Frost e Steketee, 2007). Le diminuzioni, dopo 12 settimane, sono state di 8-10 punti per il punteggio totale, 2-4 punti per la scala Clutter e 2-3 punti per le scale Difficulty discarding e Acquisition, mentre dopo 26 settimane sono risultate di 17-19 punti per il punteggio totale, 6-7 per la scala Clutter, 4-6 punti per le scale Difficulty discarding e Acquisition.

Sulla base degli studi in cui il SI-R è stato somministrato a gruppi di soggetti tratti dalla popolazione generale e a pazienti affetti da hoarding, Frost e Hristova (2011) hanno poi individuato i punteggi ottimali di cut-off per il punteggio totale e per le singole subscale, nonché i punteggi tipici di quelli individui che cercano aiuto per problemi di accumulo compulsivo. Tali valori, tuttavia, non sono applicabili alla popolazione italiana, per la quale non sono ancora disponibili dati sufficienti per poterli calcolare.

Il SI-R è stato tradotto e validato in altre lingue, come il tedesco (Mueller et al., 2009), lo spagnolo (Tortella-Feliu et al., 2006), il portoghese (Fontenelle et al., 2010) e il farsi (Mohammadzadeh, 2009).

La versione italiana

La versione italiana del SI-R (Melli et al., in revisione) è stata realizzata fra il 2008 e il 2010 dal Dipartimento di Scienze Antropologiche (ora Dipartimento di Scienze della Formazione), Sezione di Psicologia, dell'Università di Genova e dall'Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva (IPSICO) di Firenze. Il progetto di adattamento italiano del SI-R è stato approvato dall'autore Randy Frost e dal Comitato Etico della Ricerca Psicologica, Area 17, di Padova.

Melli e collaboratori (in revisione) hanno realizzato la traduzione in italiano del SI-R con un metodo misto di forward- e back-translation (Behling e Law,

2000). Due degli autori e uno psicologo bilingue hanno tradotto gli item indipendentemente gli uni dagli altri e hanno steso, cercando un comune accordo nel caso di traduzioni diverse, una prima versione italiana della scala. Essa è stata poi tradotta in inglese da un altro bilingue, ignaro della versione originale. Il confronto fra la versione back-translated e quella originale da parte degli autori di quest'ultima ha poi permesso di raffinare ulteriormente la formulazione di qualche item. La versione definitiva del SI-R è stata poi sottoposta a un ristretto gruppo di persone, tratte dalla popolazione generale, per verificarne la comprensibilità degli item e delle istruzioni per la compilazione. Tale operazione non ha evidenziato la necessità di ulteriori modifiche. Gli item della versione italiana del questionario sono riportati in calce al capitolo.

In un primo studio la versione italiana del SI-R è stata somministrata a 473 individui tratti dalla popolazione generale, grazie alla collaborazione di laureandi e tirocinanti presso la Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università di Genova e dell'Istituto IPSICO di Firenze. I criteri di inclusione nello studio erano l'essere maggiorenni, l'accettare di partecipare alla ricerca dopo aver ricevuto una dettagliata descrizione degli scopi e delle procedure dello studio, il non aver mai ricevuto una diagnosi psichiatrica e il possedere almeno la licenza elementare. Le caratteristiche sociodemografiche di questo gruppo di partecipanti sono riportate nella tabella 7.1.

Tutti i partecipanti, oltre al SI-R, hanno compilato una batteria di strumenti comprendente il *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory* (VOCI; Thordarson, Radomsky, Rachman et al., 2004; versione italiana in Chiorri, Melli e Smurra, 2011), la *Compulsive Buying Measurement Scale* (CBMS; Valence, d'Astous e Fortier, 1988; versione italiana in Pani e Biolcati, 2006), il *Beck Depression Inventory* (BDI, Beck et al., 1979; Beck and Steer, 1993; versione italiana in Beck et al., 1987) e la *State-trait Anxiety Inventory-Trait* (STAI-T; Spielberger, Gorsuch, Lushene, et al., 1983; versione italiana in Sanavio, Bertolotti, Michielin et al., 1997). I partecipanti hanno compilato la batteria in un'unica sessione presso i locali della Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università di Genova o dell'Istituto IPSICO di Firenze sotto la supervisione di uno degli autori e/o di uno o più tirocinanti/stagisti. Per controllare effetti di ordine, sequenza e stanchezza nella compilazione, ogni partecipante ha ricevuto una batteria nella quale l'ordine di presentazione degli strumenti era casuale ed è stato trattato in accordo con gli *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (APA, 2002).

In un secondo studio, realizzato con le stesse tecniche di campionamento, criteri di inclusione ed esclusione e procedure del primo, il SI-R è stato somministrato per due volte a distanza di 3-4 settimane a 75 soggetti, in modo da valutarne la stabilità temporale in assenza di trattamenti. Nel terzo studio, infine, il SI-R

TABELLA 7.1

Caratteristiche sociodemografiche del campione tratto dalla popolazione generale utilizzato per la validazione italiana del SI-R

Variabile	Categorie	Versione cartacea		On line
		Iniziale (N = 473)	Test-retest (N = 75)	(N = 452)
Genere	Femminile	54%	59%	76%
Età	<i>M±DS (gamma)</i>	38,78±14,55 (18-84)	45,75±11,87 (23-79)	33,75±9,13 (18-70)
Anni di istruzione	<i>M±DS (gamma)</i>	13,73±3,56 (5-21)	13,55±4,07 (5-21)	16,46±2,97 (8-21)
Stato civile	Libero	49%	28%	59%
	Sposato/convivente	43%	63%	35%
	Separato/divorziato	6%	5%	5%
	Vedovo	3%	4%	1%
Occupazione	Impiegato	31%	0%	24%
	Libero professionista	12%	87%	38%
	Casalinga	3%	3%	0%
	Disoccupato	5%	0%	4%
	Pensionato	10%	4%	2%
	Studente	26%	7%	14%
	Altra occupazione	14%	0%	18%

è stato somministrato on line a un campione di 452 individui, contattati tramite posta elettronica in base a ben precisi criteri (Fielding, Lee e Blank, 2008): in particolare, per motivi etici sono stati selezionati solo maggiorenni, in modo che potesse essere raccolto il loro consenso informato tramite un'apposita domanda senza necessità di riceverlo anche da terze parti. Tramite un'altra domanda, inoltre, i partecipanti riferivano se avessero mai ricevuto una diagnosi psichiatrica, in modo da escludere dal campione, inteso di popolazione di generale, eventuali pazienti. Per limitare l'accesso al sito ai soli individui contattati, nella e-mail di invito veniva spedito un link contenente un token che permetteva l'accesso solo al titolare dell'indirizzo e che consentiva una sola compilazione dell'intero questionario (era però concesso di salvare una compilazione parziale e riprenderla successivamente). Per preservare l'anonimato dei partecipanti, i token sono stati generati automaticamente e casualmente dal software per la somministrazione on line (www.limesurvey.com).

La somministrazione on line di test psicologici è un fenomeno in costante espansione e presenta vari pregi e difetti, la cui esposizione non è scopo di questo contributo (per una rassegna si veda, ad esempio, Fielding et al., 2008). La questione fondamentale riguardo alla versione on line di un test psicologico, però, è se essa misuri lo stesso costrutto e nello stesso modo rispetto alla versione carta-e-matita; ciò, come ha dimostrato la ricerca, non può essere dato per scontato e va verificato empiricamente di volta in volta (ad esempio, Buchanan et al., 2005). Per questo motivo, è stata utilizzata l'Analisi Fattoriale Confermativa multi-gruppo (AFC-MG; si veda ad esempio Brown, 2006) per verificare l'invarianza di misurazione delle versioni on line e carta-e-matita del SI-R. Tale metodo statistico prevede di imporre vincoli di uguaglianza sul modello di misurazione via via sempre più restrittivi a partire dalle saturazioni fattoriali (*weak invariance*), per aggiungere poi prima l'invarianza delle intercette degli item (*strong invariance*) e quella delle varianze di errore (*strict invariance*). Se il fit del modello di AFC rimane sostanzialmente invariato nel costringere all'uguaglianza i vari parametri significa che il test possiede invarianza di misurazione rispetto ai campioni esaminati. Di particolare interesse, nel caso specifico del SI-R, è stata la differenza fra le medie dei punteggi nei fattori latenti, che è possibile stimare in maniera non distorta nel modello di *strong invariance*, e fra le medie dei punteggi osservati, che è possibile stimare in maniera non distorta nel modello di *strict invariance*. La somministrazione on line, infatti, sembra attenuare la preoccupazione per il modo in cui ci si presenta attraverso il test e per il giudizio da parte degli altri, e dunque il bias dovuto alla desiderabilità sociale. Tale effetto di disinibizione (Joinson, 1998; Suler, 2004) potrebbe quindi dare adito a punteggi più alti nelle versioni on line degli strumenti, da cui l'eventuale necessità di norme differenziate a cui far riferimento. In questi casi, però, il problema principale del confronto fra le medie è che il «campione on line» potrebbe essere profondamente diverso, rispetto a tutta una serie di covariate, dal «campione carta-matita», e ciò potrebbe determinare una stima distorta del mero effetto del metodo di somministrazione. Melli e collaboratori (in revisione) hanno contenuto tale distorsione mediante la *propensity score analysis* (PSA; Rosenbaum e Rubin, 1983), che è una tecnica di matching che consente di ridurre il bias nella stima dell'effetto di un trattamento nel caso in cui non vi sia stata assegnazione casuale dei soggetti ai vari livelli di trattamento (Dehejia e Wahba, 1999).

La tabella 7.2 riporta i risultati delle analisi degli item (indice di coerenza interna e correlazione item-totale corretta) nei tre studi.

La stabilità temporale dei punteggi, valutata nel secondo studio attraverso il coefficiente di correlazione intraclassa (ICC; McGraw e Wong, 1996; Shrout e Fleiss, 1979) è risultata ottimale in tutti i casi: 0,94 (intervallo di fiducia [IF]

al 95%: 0,90-0,96) per il punteggio totale, 0,90 (IF 95%: 0,84-0,94) per la scala Acquisition, 0,83 (IF 95%: 0,73-0,89) per la scala Clutter e 0,95 (IF 95%: 0,92-0,97) per la scala Difficulty discarding. Inoltre, i test *t* per campioni dipendenti hanno dimostrato come non vi fosse una differenza statisticamente significativa fra le medie dei punteggi alla prima e alla seconda somministrazione. I punteggi del SI-R, quindi, sono risultati stabili per un periodo di circa un mese.

TABELLA 7.2
Caratteristiche psicometriche delle scale del SI-R
nei tre studi di validazione italiana

Variabile	Cartaceo iniziale (N = 473)		Cartaceo test-retest (T1-T2) (N = 75)				On line (N = 452)	
	α	r_{ii}	α T1	r_{ii} T1	α T2	r_{ii} T2	α	r_{ii}
Punteggio totale	0,92	0,56 (0,28-0,69)	0,88	0,47 (0,27-0,67)	0,86	0,43 (0,25-0,71)	0,93	0,58 (0,43-0,71)
Acquisition	0,81	0,57 (0,32-0,69)	0,79	0,53 (0,34-0,71)	0,79	0,51 (0,43-0,59)	0,84	0,61 (0,53-0,70)
Clutter	0,86	0,62 (0,51-0,72)	0,82	0,53 (0,49-0,61)	0,81	0,51 (0,26-0,63)	0,89	0,65 (0,54-0,76)
Difficulty discarding	0,88	0,68 (0,43-0,75)	0,86	0,62 (0,43-0,72)	0,90	0,71 (0,59-0,76)	0,88	0,69 (0,50-0,77)

Nel primo studio è stata eseguita anche un'Analisi Fattoriale Esplorativa (AFE) che ha verificato come la soluzione attesa, ossia quella a tre fattori correlati, fosse quella più appropriata, almeno in base ai suggerimenti delle analisi di dimensionalità e al pattern di saturazioni degli item. Nel terzo studio modelli di misurazione alternativi (a un fattore, a due e tre fattori, correlati e non correlati) sono stati testati mediante Analisi Fattoriale Confermativa utilizzando i dati del campione on line; nuovamente il modello a tre fattori correlati è risultato quello col miglior fit (analisi accessorie hanno verificato come altri modelli, diversi da quelli specificati, non potessero produrre un miglior adattamento ai dati) (Melli et al., in revisione).

Come era prevedibile, i campioni carta-e-matita e on line sono risultati piuttosto diversi in termini di caratteristiche sociodemografiche: i partecipanti del gruppo carta-e-matita sono risultati più facilmente di genere maschile, tendenzialmente più vecchi, con minore istruzione, meno probabilità di essere single e più probabilità di essere sposati; all'interno del gruppo vi era una proporzione maggiore di casalinghe, impiegati, pensionati e studenti. Attraverso la PSA è stato possibile generare un set di pesi, da applicare nelle analisi successive, per rimuovere il bias

nella stima delle differenze fra le medie dei punteggi al SI-R, sia nell'AFC-MG, sia nel confronto fra i punteggi osservati. L'AFC-MG ha mostrato come il SI-R possieda invarianza di misurazione fra i due metodi di somministrazione dello strumento (cartaceo e on line) per tutti i parametri tranne per quanto riguarda le medie dei punteggi nei fattori latenti (modello *strong invariance*; nel caso del modello di *strict invariance* corrispondono invece alle medie dei punteggi osservati). In altre parole, il test misura lo stesso costrutto e nello stesso modo nei due campioni, ma nel campione on line sia i punteggi nei fattori latenti (modello di *strong invariance*) sia nelle scale (punteggi osservati, modello di *strict invariance*) sono risultati superiori per le scale Clutter e Difficulty discarding, ma non per quella Acquisition; ne consegue la necessità di norme differenziate per i due metodi di somministrazione.

Poiché i dati sono stati raccolti su gruppi di soggetti tratti dalla popolazione generale, le distribuzioni dei punteggi hanno presentato asimmetria positiva e il test di D'Agostino-Pearson in nessun caso ha permesso di accettare l'ipotesi nulla di normalità della distribuzione. Per questo motivo, si è scelto di utilizzare i percentili, divisi per maschi e femmine, in luogo dei punteggi T , per la produzione delle norme (si vedano le indicazioni per lo scoring alla fine del capitolo).

I punteggi del SI-R non hanno mostrato nei vari studi un pattern di relazioni costante con le variabili sociodemografiche. Se nel primo studio erano emerse differenze di genere, queste non sono state replicate nel terzo studio. Non sono emerse correlazioni degne di nota né con l'età né con gli anni di istruzione, e in ogni caso non sistematicamente per tutte le scale.

Modalità di somministrazione

Il SI-R è uno strumento per autosomministrazione, per cui permette di ottenere una valutazione di come la persona *si describe*, e non di come *è*. Inoltre, le risposte su scala di tipo Likert con quantificatori indeterminati sono note per essere influenzate dalla percezione soggettiva della frequenza o dell'intensità (ad esempio, Schwarz et al., 1991). In questo senso, il SI-R deve essere considerato solo uno dei possibili strumenti a disposizione del clinico per l'assessment del fenomeno di hoarding, che può integrare, ma in nessun caso sostituire, altre fonti di informazione quali il colloquio, l'intervista dei conviventi e/o dei vicini di casa o l'ispezione diretta degli spazi di vita della persona in esame.

Come evidenziato nell'introduzione, l'accumulo compulsivo di oggetti non costituisce ancora una sindrome a sé stante, con precisi criteri di diagnosi. Questo, di fatto, impedisce di valutare la validità di criterio del SI-R come

strumento per discriminare i pazienti dai non pazienti. Anche se la ricerca ha fornito delle prove che sembrano supportare questa caratteristica psicometrica, non va perso di vista il fatto che i criteri di classificazione dei soggetti degni di attenzione clinica non siano mai stati universalmente condivisi. Questo è tanto più vero per la versione italiana del SI-R, dato che al momento non sono disponibili dati su potenziali pazienti affetti da questo disturbo che permettano di determinare dei cut-off clinici. Si consiglia, quindi, di considerare i punteggi solo in un'ottica dimensionale, come livelli autoriferiti, più o meno alti, di tendenza all'accaparramento, di ingombro degli spazi vitali dovuto all'accumulo di oggetti e di difficoltà a gettarli via. Dato che i punteggi ai test psicologici hanno senso solo quando confrontati con quelli di una popolazione di riferimento, in calce al capitolo è possibile trovare le tavole che consentono di convertire i punteggi grezzi in ranghi percentili, ossia nella percentuale di casi che, nei campioni raccolti da Melli e collaboratori (in revisione), sono uguali o inferiori al punteggio indicato. A ranghi percentili maggiori, quindi, corrisponde una maggiore percentuale di individui che ottengono un punteggio più basso. In linea di principio, quindi, possono essere considerati relativamente nella norma i punteggi fino al percentile 85 e tanto più estremi, e quindi degni di attenzione clinica e di ulteriori approfondimenti, i punteggi superiori.

Si consiglia, inoltre, di valutare i punteggi di scala singolarmente e di non basarsi unicamente sul punteggio totale, dato che, nonostante la non trascurabile correlazione fra le singole subscale, è possibile che uno stesso punteggio totale possa corrispondere a profili clinici almeno in parte diversi.

Come in ogni strumento per autosomministrazione sono possibili delle omissioni nelle risposte. Questa eventualità è evitabile utilizzando la modalità di somministrazione on line e impedendo di accedere alle domande successive se non si è risposto a quelle precedenti, mentre in sede di somministrazione del questionario carta-e-matita è consigliabile indagare gli eventuali motivi che hanno portato la persona a non rispondere all'item, incoraggiandola a farlo. In ogni caso, il *prorating* (assegnazione del punteggio all'item mancante basato sulla media dei punteggi ad altri item della stessa scala, arrotondato all'intero) non dovrebbe essere utilizzato come stima dei dati mancanti per una scala se sono presenti più di due omissioni.

Non ci sono dati che confermino l'utilità dello strumento per il monitoraggio del cambiamento nei pazienti, sebbene gli studi presentati in precedenza abbiano suggerito come esso sia sensibile ai cambiamenti indotti dal trattamento e i risultati ottenuti durante la procedura di validazione italiana dello stesso abbiano evidenziato come i punteggi rimangano stabili a distanza di un mese in assenza di fattori che favoriscano un cambiamento.

Date le sue adeguate caratteristiche psicometriche, il SI-R appare invece assolutamente adatto a scopi di ricerca e all'uso all'interno di batterie più ampie che comprendano la valutazione di altri costrutti nella stessa rete nomologica dell'accumulo compulsivo.

Bibliografia

- Abramowitz, J.S., Wheaton, M.G., & Storch, E.A. (2008). The status of hoarding as a symptom of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1026-1033.
- An, S.K., Mataix-Cols, D., Lawrence, N.S., Wooderson, S., Giampietro, V., Speckens, A., et al. (2009). To discard or not to discard: The neural basis of hoarding symptoms in obsessive-compulsive disorder. *Molecular Psychiatry*, 14, 318-331.
- APA – American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4 th ed., text revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association (trad. it. *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text Revision*. Milano: Masson, 2002).
- APA – American Psychiatric Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060-1073.
- APA – American Psychiatric Association. (2010). *Proposed draft revisions to DSM disorders and criteria (DSM-5 development)*, F 02 Hoarding Disorder, <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=398>.
- Beck, A.T., & Steer, R.A. (1993). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1987). *Terapia cognitiva della depressione*. Torino: Boringhieri.
- Behling, O., & Law, K.S. (2000). *Translating questionnaires and other research instruments: Problems and solutions* (Sage University Papers Series on Quantitative Applications in the Social Sciences, series no. 07-131). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Brown, T.A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: Guilford.
- Buchanan, T., Ali, T., Heffernan, T.M., Ling, J., Parrott, A.C., et al. (2005). Nonequivalence of on-line and paper-and-pencil psychological tests: The case of the prospective memory questionnaire. *Behavior Research Methods*, 37, 148-154.
- Chiorri, C., Melli, G., & Smurra, R. (2011). Further evidence of factorial validity of the Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI) in an Italian non-clinical sample. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 39, 561-577.
- Coles, M.E., Frost, R.O., Heimberg, R.G., & Steketee, G. (2003). Hoarding behaviors in a large college sample. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 179-194.

- Dehejia, R.H., & Wahba, S. (1999). Causal effects in non-experimental studies: Re-evaluating the evaluation of training programs. *Journal of the American Statistical Association*, 94, 1053-1062.
- Fielding, N., Lee, R.M., & Blank, G. (Eds.) (2008). *The SAGE handbook of online research methods*. Los Angeles, London: SAGE.
- Foa, E.B., Huppert, J.D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., et al. (2002). The obsessive-compulsive inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485-496.
- Fontenelle, I., Prazeres, A., Borges, M., Rangé, B., Versiani, M., & Fontenelle, L. (2010). The Brazilian Portuguese version of the Saving Inventory-Revised: Internal consistency, test-retest reliability, and validity of a questionnaire to assess hoarding. *Psychological Reports*, 106, 279-296.
- Frost, R., & Gross, R.C. (1993). The hoarding of possessions. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 367-381.
- Frost, R., & Hartl, T.L. (1996). A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 341-350.
- Frost, R., & Hristova, V. (2011). The Assessment of hoarding. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 456-466.
- Frost, R., Hartl, T.L., Christian, R., & Williams, N. (1995). The value of possessions in compulsive hoarding: Patterns of use and attachment. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 897-902.
- Frost, R., Kim, H.-J., Morris, C., Bloss, C., Murray-Close, M., & Steketee, G. (1998). Hoarding, compulsive buying and reasons for saving. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 657-664.
- Frost, R., Krause, M., & Steketee, G. (1996). Hoarding and obsessive-compulsive symptoms. *Behavior Modification*, 20, 116-132.
- Frost, R., Steketee, G., & Grisham, J. (2004). Measurement of compulsive hoarding: Saving inventory-revised. *Behavior Research and Therapy*, 42, 1163-1182.
- Frost, R., Steketee, G., & Kyrios, M. (2001). Assessing the severity of compulsive hoarding: The Saving Inventory-Revised. Unpublished manuscript.
- Frost, R., Steketee, G., & Williams, L. (2000). Hoarding: A community health problem. *Health & Social Care in the Community*, 8, 229-234.
- Frost, R., Steketee, G., & Williams, L.F. (2002). Compulsive buying, compulsive hoarding, and obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 33, 201-214.
- Frost, R., Steketee, G., Tolin, D., & Glossner, K. (2010). Diagnostic comorbidity in hoarding and OCD. World congress of behavioral and cognitive therapies. Boston, 2-5 June 2010.
- Frost, R., Steketee, G., Tolin, D., & Renaud, S. (2008). Development and validation of the Clutter Image Rating. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30, 193-203.
- Frost, R., Steketee, G., Williams, L.F., & Warren, R. (2000). Mood, personality disorder symptoms and disability in obsessive-compulsive hoarders: A comparison with clinical and nonclinical controls. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1071-1081.

- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., et al. (1989). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Grisham, J.R., Frost, R.O., Steketee, G., Kim, H.J., & Hood, S. (2006). Age of onset of compulsive hoarding. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 675-686.
- Joinson, A. (1998). Causes and implications of disinhibited behavior on the internet. In J. Gackenbach (Ed.), *Psychology and the internet. Intrapersonal, interpersonal and transpersonal implications* (pp. 43-60). San Diego: Academic Press.
- Mataix-Cols, D., Frost, R.O., Pertusa, A., Clark, L.A., Saxena, S., Leckman, J.F., et al. (2010). Hoarding disorder: A new diagnosis for DSM-V? *Depression and Anxiety*, 27, 556-572.
- McGraw, K.O., & Wong, S.P. (1996). Forming inferences about some intraclass correlation coefficients. *Psychological Methods*, 1, 30-46.
- Melli, G., Chiorri, C., Smurra, R., & Frost, R. (in revisione). Psychometric properties of the paper-and-pencil and online versions of the Italian Saving Inventory – Revised. *International Journal of Cognitive Therapy*.
- Mohammadzadeh, A. (2009). Validation of Saving Inventory-Revised (SI-R): Compulsive hoarding measure. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 15, 33-41.
- Mueller, A., Crosby, R., Frost, R., Leidel, B., Bleich, S., Glaesmer, H., et al. (2009). Fragebogen zum zwanghaften Horten (FZH) – Validierung der deutschen Version des Saving Inventory-Revised. *Verhaltenstherapie*, 19, 243-250.
- Novara, C., Dorz, S., Pastore, M., Sica, C., & Sanavio, E. (2011). Presentazione della versione italiana dell'Obsessive Beliefs Questionnaire (parte II): validità convergente e specificità dei costrutti in un campione clinico. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 17, 157-172.
- Pani, R., & Biolcati, R. (2006). *Le dipendenze senza droghe: shopping compulsivo, internet e gioco d'azzardo*. Torino: Utet.
- Pertusa, A., Frost, R.O., & Mataix-Cols, D. (2010b). When hoarding is a symptom of OCD: A case series and implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1012-1020.
- Pertusa, A., Frost, R.O., Fullana, M.A., Samuels, J., Steketee, G., Tolin, D., et al. (2010a). Refining the diagnostic boundaries of compulsive hoarding: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 30, 371-386.
- Rachman, S., Elliott, C.M., Shafraan, R., & Radomsky, A.S. (2009). Separating hoarding from OCD. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 520-522.
- Rosenbaum, P.R., & Rubin, D.B. (1983). The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika*, 70, 41-55.
- Sanavio, E., Bertolotti, G., Michielin, P., Vidotto, G., & Zotti, A.M. (1997). *CBA-2.0. Cognitive Behavioural Assessment 2.0. Scale primarie*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Saxena, S. (2007). Is compulsive hoarding a genetically and neurobiologically discrete syndrome? Implications for diagnostic classification. *American Journal of Psychiatry*, 164, 380-384.

- Schneider, A., Storch, E., Geffken, G., Lack, C., & Shytte, R. (2008). Psychometric properties of the Hoarding Assessment Scale in college students. *Illness, Crisis, & Loss*, 16, 227-236.
- Schwarz, N., Knauper, B., Hippler, H.J., Noelle-Neumann, E., & Clark, F. (1991). Rating scales: Numeric values may change the meaning of scale labels. *Public Opinion Quarterly*, 55, 570-582.
- Shrout, P.E., & Fleiss, J.L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86, 420-428.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E., Vagg, P.R., & Jacobs, G.A. (1983). *The State-Trait Anxiety Inventory of Adults. Manual*. Palo Alto, CA: Mind Garden.
- Steketee, G., & Frost, R. (2003). Compulsive hoarding: Current status of the research. *Clinical Psychology Review*, 23, 905-927.
- Steketee, G., Frost, R., & Kyrios, M. (2003). Assessment of cognitive aspects of compulsive hoarding. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 463-479.
- Steketee, G., Frost, R., Tolin, D., Rasmussen, J., & Brown, T. (2010). Waitlist-controlled trial of cognitive behavior therapy for hoarding disorder. *Depression and Anxiety*, 27, 476-484.
- Suler, J. (2004). The online disinhibition effect. *CyberPsychology and Behavior*, 7, 321-326.
- Thordarson, D.S., Radomsky, A.S., Rachman, S., Shafran, R., Sawchuck, C.N., & Hakstian, A.R. (2004). The Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI). *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1289-1314.
- Tolin, D., Frost, R., & Steketee, G. (2007). An open trial of cognitive-behavioral therapy for compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1461-1470.
- Tolin, D.F., Frost, R.O., Steketee, G., Gray, K.D., & Fitch, K.E. (2008). The economic and social burden of compulsive hoarding. *Psychiatry Research*, 160, 200-211.
- Tolin, D.F., Meunier, S.A., Frost, R.O., & Steketee, G. (2010a). The course of compulsive hoarding and its relationship to life events. *Depression and Anxiety*, 27, 829-838.
- Tolin, D., Frost, R., & Steketee, G. (2010b). A brief interview for assessing compulsive hoarding: The Hoarding Rating Scale-Interview. *Psychiatry Research*, 178, 147-152.
- Tortella-Feliu, M., Fullana, M., Caseras, X., Andión, Ó., Torrubia, R., & Mataix-Cols, D. (2006). Spanish Version of the Savings Inventory-Revised: Adaptation, psychometric properties, and relationship to personality variables. *Behavior Modification*, 30, 693-712.
- Valence, G., d'Astous, A., & Fortier, L. (1988). Compulsive buying: Concept and measurement. *Journal of Consumer Policy*, 11, 419-433.
- Watson, D., Clark, L.A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

Saving Inventory – Revised – SI-R¹

Frost, Steketee e Grisham, 2004

Versione italiana a cura di Chiorri e Melli, 2012

Per ognuna delle seguenti affermazioni, scelga l'alternativa di risposta che corrisponde meglio alla sua esperienza.

1. Fino a che punto ha difficoltà a buttare via le cose?

☐	☐	☐	☐	☐
<i>Per niente</i>	<i>Poco</i>	<i>Abbastanza</i>	<i>Molto</i>	<i>Moltissimo</i>

2. Quanto disagio prova nel buttare via le cose?

☐	☐	☐	☐	☐
<i>Per niente</i>	<i>Poco</i>	<i>Abbastanza</i>	<i>Molto</i>	<i>Moltissimo</i>

3. Possiede così tante cose al punto che le stanze della sua casa sono ingombrate?

☐	☐	☐	☐	☐
<i>Per niente</i>	<i>Poco</i>	<i>Abbastanza</i>	<i>Molto</i>	<i>Moltissimo</i>

4. Evita di buttar via oggetti accumulati perché le crea troppo stress o le porta via troppo tempo?

☐	☐	☐	☐	☐
<i>Mai, butto via le cose senza problemi</i>	<i>Raramente, provo una lieve difficoltà</i>	<i>A volte evito</i>	<i>Spesso evito, riesco a buttare via le cose solo occasionalmente</i>	<i>Quasi sempre, non butto mai via quasi niente</i>

5. Quanto disagio proverebbe se non potesse impossessarsi di qualcosa che vuole?

☐	☐	☐	☐	☐
<i>Per niente</i>	<i>Poco</i>	<i>Abbastanza</i>	<i>Molto</i>	<i>Moltissimo</i>

6. Quanto è ingombrata la parte abitabile della sua casa dalle cose che possiede (consideri la quantità di oggetti che sono in cucina, salotto, sala da pranzo, ingresso, corridoi, camere, bagni e altre stanze)?

☐	☐	☐	☐	☐
<i>Per niente</i>	<i>Poco</i>	<i>Abbastanza</i>	<i>Molto</i>	<i>Moltissimo</i>

¹ Frost, R., Steketee, G., & Grisham, J. (2004). Measurement of compulsive hoarding: Saving Inventory – Revised. *Behavior Research and Therapy*, 42, 1163-1182. © Elsevier. Pubblicato con il permesso dell'Editore.

7. Gli oggetti accumulati in casa sua quanto interferiscono con la sua quotidiana vita sociale e lavorativa? Pensi alle cose che non può fare a causa degli oggetti che ha accumulato.

☐ *Per niente* ☐ *Poco* ☐ *Abbastanza* ☐ *Molto* ☐ *Moltissimo*

8. Si sente spinto a impossessarsi di qualcosa che vede (ad es. quando fa shopping o quando le viene offerto qualcosa)?

☐ *Mai* ☐ *Raramente* ☐ *A volte* ☐ *Spesso* ☐ *Quasi sempre*

9. Quanto è forte l'impulso che prova a comprare o a impossessarsi di cose che al momento non le servono?

☐ *Per niente* ☐ *Poco* ☐ *Abbastanza* ☐ *Molto* ☐ *Moltissimo*

10. Quanto riesce a controllare l'impulso a impossessarsi di nuovi oggetti?

☐ *Per niente* ☐ *Poco* ☐ *Abbastanza* ☐ *Molto* ☐ *Moltissimo*

11. Conserva cose di cui non ha bisogno o per cui ha poco spazio?

☐ *Mai* ☐ *Raramente* ☐ *A volte* ☐ *Spesso* ☐ *Quasi sempre*

12. Quanto spazio della sua casa è inutilizzabile a causa degli oggetti accumulati?

☐ *Per niente* ☐ *Poco* ☐ *Abbastanza* ☐ *Molto* ☐ *Moltissimo*

13. Fino a che punto gli oggetti accumulati in casa sua le creano disagio?

☐ *Per niente* ☐ *Poco* ☐ *Abbastanza* ☐ *Molto* ☐ *Moltissimo*

14. Gli oggetti accumulati in casa le impediscono di invitare persone?

☐ *Mai* ☐ *Raramente* ☐ *A volte* ☐ *Spesso* ☐ *Quasi sempre*

15. Acquista o si impossessa di cose che effettivamente non sa come usare e di cui non ha bisogno?

☐ *Mai* ☐ *Raramente* ☐ *A volte* ☐ *Spesso* ☐ *Quasi sempre*

16. Quanto è forte l'impulso che prova a conservare cose che sa che non potrà mai riutilizzare?

☐ *Per niente* ☐ *Poco* ☐ *Abbastanza* ☐ *Molto* ☐ *Moltissimo*

17. Quanto controllo ha sulla sua tendenza a conservare oggetti?

☐ *Per niente* ☐ *Poco* ☐ *Abbastanza* ☐ *Molto* ☐ *Moltissimo*

18. Quanto spazio della sua casa è ingombro dagli oggetti accumulati al punto che è difficile camminarci?

☐ *Per niente* ☐ *Poco* ☐ *Abbastanza* ☐ *Molto* ☐ *Moltissimo*

19. Quanto è infastidito o stressato dalla sua abitudine a impossessarsi di nuove cose?

☐ *Per niente* ☐ *Poco* ☐ *Abbastanza* ☐ *Molto* ☐ *Moltissimo*

20. Gli oggetti accumulati in casa le impediscono di utilizzarne le sue zone per gli scopi a cui sono adibite (ad esempio, cucinare, accedere ai mobili, lavare i piatti, pulire, ecc.)?

☐ *Mai* ☐ *Raramente* ☐ *A volte* ☐ *Spesso* ☐ *Quasi sempre*

21. Quanto le è difficile limitare l'ingombro della sua casa?

☐ *Per niente* ☐ *Poco* ☐ *Abbastanza* ☐ *Molto* ☐ *Moltissimo*

22. Fino a che punto la sua tendenza a conservare o ad acquistare compulsivamente l'hanno messa in difficoltà economica?

☐ *Per niente* ☐ *Poco* ☐ *Abbastanza* ☐ *Molto* ☐ *Moltissimo*

23. Ha difficoltà a buttare via degli oggetti di cui le piacerebbe liberarsi?

☐ *Mai* ☐ *Raramente* ☐ *A volte* ☐ *Spesso* ☐ *Quasi sempre*

Indicazioni per lo scoring

A ogni singolo item è attribuito un valore da 0 a 4, tenendo conto che le risposte «mai» o «per niente» corrispondono a 0 e «moltissimo» o «quasi sempre» a 4.

Invertire i punteggi degli item 10 e 17 ($4 = 0$) ($3 = 1$) ($2 = 2$) ($1 = 3$) ($0 = 4$).

Punteggio Totale: somma di tutti gli item

Punteggio Acquisition = item 5 + 8 + 9 + 10 + 15 + 19 + 22

Punteggio Clutter = item 3 + 6 + 7 + 12 + 13 + 14 + 18 + 20 + 21

Punteggio Difficulty discarding = item 1 + 2 + 4 + 11 + 16 + 17 + 23

Tavole di conversione dei punteggi di SI-R in percentili

Punteggio totale				
	Cartaceo		On line	
	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>
0	5	8	3	3
1	6	10	4	4
2	7	11	5	4
3	8	13	5	5
4	9	15	6	5
5	10	17	7	6
6	12	19	8	7
7	13	22	9	8
8	15	25	10	9
9	17	28	11	10
10	19	31	13	11
11	21	34	14	13
12	24	38	16	14
13	26	42	18	16
14	29	46	20	18
15	32	50	22	20
16	35	54	25	22
17	39	58	27	24
18	42	61	30	27
19	46	65	33	30
20	49	69	36	33

	Cartaceo		On line	
	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>
21	53	72	40	36
22	56	75	43	39
23	60	78	46	42
24	63	80	50	45
25	66	83	53	48
26	69	85	57	52
27	72	87	60	55
28	75	89	63	58
29	78	90	66	62
30	80	91	69	65
31	82	93	72	68
32	84	94	75	71
33	86	94	77	73
34	88	95	80	76
35	89	96	82	78
36	90	96	84	80
37	91	97	86	82
38	92	97	87	84
39	93	98	89	86
40	94	98	90	87
41	95	98	91	89
42	96	99	92	90
43	96	99	93	91
44	97	99	94	92
45	97	99	95	93
46	97	99	95	94
47	98	99	96	95
48	98	99	96	95
49	98	99	97	96
50	99	99	97	96
51	99	99	98	97

	Cartaceo		On line	
	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>
52	99	99	98	97
53	99	99	98	98
54	99	99	98	98
55	99	99	99	98
56	99	99	99	98
≥ 57	99	99	99	99

Acquisition				
	Cartaceo		On line	
	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>
0	7	12	6	5
1	11	17	8	8
2	15	24	12	11
3	20	33	16	16
4	28	43	23	23
5	36	53	30	31
6	45	64	39	41
7	55	73	48	51
8	64	81	58	61
9	73	87	67	71
10	80	91	75	79
11	85	94	82	85
12	90	96	87	89
13	93	97	91	93
14	95	98	93	95
15	97	99	95	97
16	98	99	97	98
17	98	99	98	99
≥ 18	99	99	99	99

Clutter				
	Cartaceo		On line	
	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>
0	15	15	11	10
1	20	21	14	12
2	25	28	18	16
3	30	37	23	20
4	37	46	29	25
5	44	56	36	31
6	51	65	43	37
7	59	74	51	44
8	66	81	59	51
9	72	86	66	58
10	78	90	73	65
11	82	93	79	71
12	86	95	83	76
13	89	97	87	81
14	92	98	90	85
15	94	99	93	88
16	95	99	95	91
17	96	99	96	93
18	97	99	97	95
19	98	99	98	96
20	99	99	98	97
21	99	99	99	98
22	99	99	99	98
≥ 23	99	99	99	99

Difficulty discarding				
	Cartaceo		On line	
	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>
0	15	15	11	10
1	20	21	14	12

	Cartaceo		On line	
	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>M</i>
2	25	28	18	16
3	30	37	23	20
4	37	46	29	25
5	44	56	36	31
6	51	65	43	37
7	59	74	51	44
8	66	81	59	51
9	72	86	66	58
10	78	90	73	65
11	82	93	79	71
12	86	95	83	76
13	89	97	87	81
14	92	98	90	85
15	94	99	93	88
16	95	99	95	91
17	96	99	96	93
18	97	99	97	95
19	98	99	98	96
20	99	99	98	97
21	99	99	99	98
22	99	99	99	98
≥ 23	99	99	99	99