

Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) grave: caratteristiche socio-demografiche e cliniche

Trial Clinico

Sylvia Rigardetto¹, Andrea Aguglia¹, Gabriele Di Salvo¹,
Umberto Albert¹, Filippo Bogetto¹, Giuseppe Maina¹

Abstract

Aim: the aim of the study is to evaluate the socio-demographic and clinical features with prognostic value in predicting evolution in severe OCD.

Materials and methods: patients with a main diagnosis of OCD were recruited according to DSM-IV criteria. Socio-demographic and clinical features were assessed by mean of a semi-structured interview and clinical rating scales (Y-BOCS, HAM-A, HAM-D and SCID-II). Two subgroups were compared according to the severity of symptoms (severe vs mild-moderate).

Results: the total sample was made up of 450 OCD subjects aged 34.5 ± 12.1 , with a mean age of onset 22.3 ± 9.1 ; 215 subjects (47.8%) were females. Patients with severe OCD (Y-BOCS ≥ 32) showed a more insidious onset and a more chronic course compared to patients with mild-moderate symptoms. Other predictors of increased OCD severity were washing and hoarding compulsions. Lastly, the severity of the obsessive-compulsive condition was higher when it was associated either with mood disorders or with Axis II disorders (particularly Cluster A).

Discussion: our study shows a correlation between severe OCD and severity predictors such as functional impairment and mood disorders. Furthermore washing and hoarding symptoms, lifetime comorbidity with mood disorders and Cluster A personality disorders seem to predict OCD severity.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder; Severity; Comorbidity; Symptomatology; Subtype
Severe obsessive-compulsive disorder (OCD): socio-demographic and clinical features
CMI 2013; 7(2): 53-61

¹ Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

INTRODUZIONE

Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) è una patologia psichiatrica che comprende spesso quadri clinici cronici e talvolta anche seriamente invalidanti. La prevalenza *lifetime* nella popolazione generale è compresa tra l'1% e il 3% [1-2] con tassi compresi tra 0,9% e 3,4% nelle donne e tra 0,5% e 2,5% negli uomini [3]. Nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV) [4] il DOC è compreso tra i disturbi d'ansia, ma nella proposta del DSM-V si collocherebbe come entità nosologica autonoma insieme agli altri disturbi a esso correlati [5].

La gravità clinica del disturbo ossessivo-compulsivo è determinata da un insieme di

elementi che sono in parte correlati tra loro, ma non del tutto sovrapponibili: l'intensità dei sintomi ossessivo-compulsivi, il grado di *impairment* funzionale, la cronicizzazione nel tempo, la resistenza ai trattamenti. Gli studi sui fattori predittivi di gravità si sono generalmente occupati di cercare le correlazioni di vari fattori biologici o clinici con il decorso clinico e/o con la risposta alle terapie. Gli studi focalizzati sulla grave intensità sintomatologica e/o sull'*impairment* funzionale sono invece in numero minore e non molto approfonditi.

Per quanto concerne in particolare le forme ad elevata intensità sintomatologica, sono state messe in evidenza alcune caratteristiche cliniche del disturbo che si asso-

Corresponding author
Prof. G. Maina
Via Cherasco 11,
10126 - Torino
Tel. 011.6335425
Fax 011.673473
giuseppe.maina@unito.it

Disclosure
Gli Autori dichiarano di non avere conflitti di interesse di natura finanziaria in merito ai temi trattati nel presente articolo.

ciano significativamente a tali quadri [6-13]: l'esordio precoce del disturbo, la comorbilità con disturbo depressivo maggiore o con disturbo bipolare e infine la sintomatologia *boarder*, definita come una sindrome caratterizzata dall'accumulo eccessivo e dall'incapacità di disfarsi di oggetti di scarso valore personale o affettivo, che porta ingombro degli spazi vitali, significativo disagio e compromissione del funzionamento [14]. Nei casi gravi l'ingombro impedisce il normale uso degli spazi deputati alle attività di vita basilari, risultando una condizione pericolosa per la salute dei pazienti e determinando un alto rischio di incendi domestici, cadute e scarsa igiene [15-17]. Altre correlazioni tra intensità grave dei sintomi ossessivo-compulsivi e caratteristiche socio-demografiche e cliniche non hanno trovato conferme significative oppure non sono state esplorate completamente.

L'obiettivo del presente studio è quello di valutare le caratteristiche socio-demografiche e cliniche correlate alla severità della sintomatologia ossessivo-compulsiva in un ampio campione di pazienti affetti da DOC.

MATERIALI E METODI

Pazienti

Sono stati reclutati soggetti con una diagnosi principale di DOC, afferiti consecutivamente tra il gennaio 1995 e il gennaio 2012, presso il Servizio per i Disturbi Depressivi e d'Ansia, Dipartimento di Neuroscienze, Università degli Studi di Torino. Il servizio è situato all'interno dell'Azienda Ospedaliera "Città della Salute e della Scienza di Torino - Presidio Molinette" e rappresenta un centro di riferimento di terzo livello con un bacino di utenza di pazienti provenienti principalmente dal Piemonte e dalla Valle d'Aosta.

I pazienti sono principalmente inviati dal medico di base oppure da specialisti psichiatri, dopo aver effettuato una diagnosi di disturbo d'ansia o dell'umore, per richiedere un approfondimento diagnostico-terapeutico; in una minoranza di casi i pazienti si rivolgono al nostro centro spontaneamente.

Sono stati considerati i seguenti criteri di inclusione: (a) pazienti con età superiore ai 18 anni; (b) diagnosi principale di DOC; (c) un punteggio totale alla *10-item Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS) ≥ 16 [18-19]; (d) consenso informato per la partecipazione allo studio.

Strumenti di valutazione

La diagnosi è stata posta in accordo con i criteri diagnostici previsti dal DSM-IV mediante la somministrazione della *Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I) [20].

Le caratteristiche socio-demografiche e cliniche del campione sono state indagate mediante la somministrazione di un'intervista semi-strutturata, sviluppata presso il nostro centro e utilizzata nei nostri precedenti studi [21-25]:

- dati socio-demografici: età, genere, stato civile, scolarità in anni, situazione lavorativa;
 - esordio dei sintomi ossessivo-compulsivi: definito dalla prima manifestazione dei sintomi, riconosciuti come tali dal paziente, ma che non interferiscono con il funzionamento complessivo;
 - esordio del DOC: definito dalla presenza, da almeno un mese, di sintomi ossessivo-compulsivi interferenti significativamente con una o più aree del funzionamento quotidiano del paziente; nei casi in cui non è stato possibile datare con esattezza l'esordio, è stato intervistato un familiare stretto con il consenso del paziente. Inoltre è stato considerato un esordio improvviso quando i sintomi raggiungevano una severità clinicamente significativa entro una settimana dall'esordio, in caso contrario l'esordio era classificato come subdolo;
 - decorso del DOC: è stato definito episodico quando il paziente aveva presentato nella propria storia clinica un periodo libero da sintomi di almeno 6 mesi; tutti gli altri tipi di decorso sono stati considerati cronici;
 - sintomatologia ossessivo-compulsiva: la severità dei sintomi ossessivo-compulsivi è stata valutata e misurata mediante la Y-BOCS mentre la presenza attuale e lifetime delle principali ossessioni e compulsioni per ciascun individuo è stata indagata utilizzando la *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale-Symptoms Check-list* (Y-BOCS SC).
- In aggiunta sono stati valutati sia i sintomi depressivi mediante la somministrazione della *17-item Hamilton Rating Scale for Depression* (HAM-D) [26] sia i sintomi ansiosi mediante la *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HAM-A) [27]. Infine, attraverso la somministrazione della SCID-I [20], è stata

valutata la presenza di comorbidità *lifetime* con altri disturbi di Asse I e, mediante la *Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis II Disorders* (SCID-II) [28], la presenza di disturbi di Asse II in comorbidità.

I trattamenti psico-farmacologici assunti dai pazienti arruolati non sono stati sistematicamente raccolti nel corso dell'osservazione.

Analisi statistica

Il campione è stato suddiviso in due sottogruppi in relazione alla gravità dei sintomi ossessivo-compulsivi: da un lato pazienti affetti da DOC con sintomatologia lieve-moderata (Y-BOCS < 32) e dall'altro pazienti con DOC e sintomatologia grave

(Y-BOCS \geq 32). Sulla base di tale distinzione sono state comparate le caratteristiche socio-demografiche, cliniche e di comorbidità del campione in esame.

Tutte le analisi statistiche sono state effettuate utilizzando il programma SPSS versione 18.0 (SPSS Inc., Chicago) e il valore di significatività statistica è stato fissato a $p < .05$.

L'analisi statistica, in relazione alla severità sintomatologica, è stata condotta con il *t-test* di Student per campioni indipendenti per le variabili continue e il test di Pearson (*chi-quadro*, χ^2) per le variabili categoriali.

Gli Autori dichiarano che lo studio presentato è stato realizzato in accordo con gli standard etici stabiliti nella dichiarazione di Helsinki.

| | Gravi (N = 67) | Lievi-moderati (N = 383) | χ^2/t -test | df | p |
|--|----------------------|-----------------------------|------------------|-----|------------------|
| Genere, N (%) | | | | | |
| Maschile | 38 (56,7) | 197 (51,4) | 0,637 | 1 | 0,425 |
| Femminile | 29 (43,3) | 186 (48,6) | | | |
| Età, media in anni (\pmDS) | 33,81 (\pm 10,97) | 34,73 (\pm 12,30) | 0,444 | 448 | 0,567 |
| Stato Civile, N (%) : Celibe/Nubile | 44 (65,6) | 215 (56,1) | 3,763 | 3 | 0,288 |
| Scolarità, media in anni (\pmDS) | 11,10 (\pm 3,50) | 12,56 (\pm 4,00) | 2,806 | 448 | 0,005 |
| No lavoro, N (%) | 52 (77,6) | 185 (48,3) | 19,650 | 1 | <0,001 |
| Età d'esordio, media in anni (\pmDS) | | | | | |
| Sintomi | 15,96 (\pm 8,37) | 17,54 (\pm 8,93) | 1,355 | 448 | 0,176 |
| Disturbo | 20,88 (\pm 8,78) | 22,55 (\pm 9,18) | 1,380 | 448 | 0,168 |
| Modalità d'esordio, N (%) | | | | | |
| Improvviso | 12 (17,9) | 124 (32,4) | 5,658 | 1 | 0,017 |
| Insidioso | 55 (82,1) | 259 (67,6) | | | |
| Modalità di decorso, N (%) | | | | | |
| Cronico | 64 (95,5) | 310 (80,9) | 8,639 | 1 | 0,003 |
| Episodico | 3 (4,5) | 73 (19,1) | | | |
| Modalità di decorso, N (%) | | | | | |
| Episodico | 3 (4,5) | 73 (19,1) | 56,501 | 3 | <0,001 |
| Cronico stabile | 14 (20,9) | 68 (17,8) | | | |
| Cronico oscillante | 30 (44,8) | 226 (59,0) | | | |
| Cronico deteriorante | 20 (29,9) | 16 (4,2) | | | |
| Y-BOCS, media (\pmDS) | | | | | |
| Punteggio totale | 34,39 (\pm 2,03) | 23,17 (\pm 5,12) | -17,687 | 448 | <0,001 |
| Punteggio sottoscala ossessioni | 17,18 (\pm 1,38) | 12,27 (\pm 3,01) | -13,122 | 448 | <0,001 |
| Punteggio sottoscala compulsioni | 17,21 (\pm 1,32) | 10,90 (\pm 3,60) | -14,151 | 448 | <0,001 |
| HAM-D, media (\pmDS) | 12,55 (\pm 6,52) | 10,99 (\pm 6,27) | -1,871 | 448 | 0,062 |
| HAM-A, media (\pmDS) | 14,18 (\pm 6,08) | 11,82 (\pm 6,62) | -2,718 | 448 | 0,007 |

Tabella I.

Caratteristiche socio-demografiche e cliniche di un campione di 450 pazienti con DOC: differenze legate alla gravità sintomatologica (in grassetto i valori significativi)

| | Gravi (N = 67) | Lievi-moderati (N = 383) | X ² | df | p |
|---------------------------------|-------------------|-----------------------------|----------------|----|------------------|
| Sintomi ossessivi N (%) | | | | | |
| Aggressività | 35 (52,2) | 217 (56,7) | 0,452 | 1 | 0,501 |
| Contaminazione | 45 (67,2) | 196 (51,2) | 5,861 | 1 | 0,015 |
| Sessuali | 12 (17,9) | 76 (19,8) | 0,135 | 1 | 0,713 |
| Religiose | 12 (17,9) | 90 (23,5) | 1,016 | 1 | 0,313 |
| Somatiche | 24 (35,8) | 116 (30,3) | 0,815 | 1 | 0,367 |
| Simmetria/Precisione | 46 (68,7) | 169 (44,1) | 13,754 | 1 | <0,001 |
| Accumulo/Risparmio | 18 (26,9) | 57 (14,9) | 5,896 | 1 | 0,015 |
| Sintomi compulsivi N (%) | | | | | |
| Controllo | 47 (70,1) | 255 (66,6) | 0,329 | 1 | 0,329 |
| Pulizia/Lavaggio | 49 (73,1) | 194 (50,7) | 11,603 | 1 | 0,001 |
| Rituali Ripetitivi | 45 (67,2) | 184 (48,0) | 8,343 | 1 | 0,004 |
| Ordinare/Rassettare | 24 (35,8) | 100 (26,1) | 2,694 | 1 | 0,101 |
| Conteggio | 22 (32,8) | 68 (17,8) | 8,106 | 1 | 0,004 |
| Accumulare/Collezionare | 16 (23,9) | 51 (13,3) | 5,023 | 1 | 0,025 |

Tabella II. *Profilo sintomatologico alla Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale - Symptom Checklist (Y-BOCS SC) in un campione di 450 pazienti con DOC: differenze legate alla gravità sintomatologica (in grassetto i valori significativi)*

RISULTATI

Sono stati presi in considerazione 450 pazienti con diagnosi principale di DOC; 215 (47,8%) soggetti erano di sesso femminile, mentre 235 (52,2%) erano di sesso maschile. Il campione totale presentava un'età media di $34,6 \pm 12,1$, una scolarità di $12,3 \pm 4,0$ anni e un tasso di occupazione del 47,3%. L'età d'esordio del disturbo risultava di $22,3 \pm 9,1$ anni e il punteggio medio di gravità alla Y-BOCS era pari a $24,8 \pm 6,2$.

Considerando la gravità sintomatologica secondo il punteggio Y-BOCS, 67 soggetti (14,9%) presentavano una sintomatologia ossessivo-compulsiva di intensità massima (DOC grave: Y-BOCS ≥ 32). Mettendo a confronto questo sottogruppo di soggetti con la maggioranza restante di 383 pazienti (con DOC ad intensità sintomatologica lieve-moderata) sono risultate alcune differenze statisticamente significative (Tabella I).

I pazienti ossessivo-compulsivi con punteggio Y-BOCS ≥ 32 manifestavano un livello scolastico ($11,1 \pm 3,5$ vs $12,6 \pm 4,0$) e un funzionamento lavorativo ($77,6\%$ vs $48,3\%$) significativamente peggiori rispetto al sottogruppo di pazienti con sintomatologia ossessivo-compulsiva di entità lieve-moderata. Per quanto riguarda le caratteristiche cliniche del DOC, una modalità d'esordio più insidiosa e un decorso caratterizzato da cronicità con deterioramento erano maggiormente predominanti nei soggetti con

una sintomatologia ossessivo-compulsiva grave. Inoltre, la sintomatologia ossessivo-compulsiva ad elevata intensità si associava ad una sintomatologia ansiosa più intensa (misurata secondo la HAM-A), mentre la sintomatologia depressiva concomitante ai sintomi ossessivo-compulsivi non variava con il variare dell'intensità dei sintomi specifici.

Le differenze correlate alla severità sintomatologica in termini di presenza *lifetime* di specifici sintomi ossessivo-compulsivi, indagati con la Y-BOCS SC, sono riportate in Tabella II. I soggetti con DOC grave riportavano più sintomatologia di tipo *washing* (ossessioni di contaminazione 67,2% vs 51,2%; compulsioni di pulizia/lavaggio 73,1% vs 50,7%) e di tipo *hoarding* (ossessioni di accumulo/risparmio 26,9% vs 14,9%; compulsioni di accumulare/collezionare 23,9% vs 13,3%).

Per quanto riguarda la presenza di comorbidità di Asse I, come riportato in Tabella III, emerge che i pazienti con sintomatologia ossessivo-compulsiva grave manifestano nella loro storia clinica almeno un disturbo dell'umore *lifetime* (73,1% vs 61,1%). Inoltre, la comorbidità con disturbo di panico appare significativamente meno associata al DOC grave (1,5% vs 13,6%).

Il DOC con sintomatologia severa è significativamente complicato dalla presenza di almeno un disturbo di personalità; in particolare emerge che il *Cluster A* è quello che, in maniera statisticamente significativa,

| | Gravi (N = 67) | Lievi-moderati (N = 383) | X ² | df | p |
|--|-------------------|-----------------------------|----------------|----|--------------|
| Almeno un disturbo d'ansia N (%) | 15 (22,4) | 101 (26,4) | 0,473 | 1 | 0,492 |
| Disturbo di panico | 1 (1,5) | 52 (13,6) | 8,014 | 1 | 0,005 |
| Fobia sociale | 5 (7,5) | 21 (5,5) | 0,411 | 1 | 0,522 |
| Fobia Specifica | 7 (10,4) | 32 (8,4) | 0,315 | 1 | 0,574 |
| Disturbo d'ansia generalizzato | 6 (9,0) | 23 (6,0) | 0,823 | 1 | 0,364 |
| Almeno un disturbo dell'umore N (%) | 49 (73,1) | 234 (61,1) | 3,541 | 1 | 0,050 |
| Depressione maggiore | 19 (28,4) | 103 (26,9) | 0,062 | 1 | 0,803 |
| Disturbo distimico | 4 (6,0) | 9 (2,3) | 2,664 | 1 | 0,103 |
| Depressione minore | 17 (25,4) | 69 (18,0) | 1,997 | 1 | 0,158 |
| Disturbo bipolare I | 4 (6,0) | 17 (4,4) | 0,301 | 1 | 0,583 |
| Disturbo bipolare II | 6 (9,0) | 41 (10,7) | 0,187 | 1 | 0,666 |
| Disturbo bipolare | 10 (14,9) | 58 (15,1) | 0,002 | 1 | 0,963 |
| Abuso e/o dipendenza N (%) | 15 (6,9) | 12 (6,1) | 0,124 | 1 | 0,725 |
| Almeno un disturbo alimentare N (%) | 3 (4,5) | 22 (5,7) | 0,174 | 1 | 0,676 |
| Anoressia nervosa | 1 (1,5) | 10 (2,6) | 0,299 | 1 | 0,584 |
| Bulimia nervosa | 0 (0,0) | 6 (1,6) | 1,064 | 1 | 0,302 |
| Disturbo alimentare NAS | 2 (3,0) | 6 (1,6) | 0,002 | 1 | 0,962 |

Tabella III. Comorbidità lifetime con disturbi di Asse I in un campione di 450 pazienti con DOC: differenze legate alla gravità sintomatologica (in grassetto i valori significativi)

| | Gravi (N = 67) | Lievi-moderati (N = 383) | X ² | df | p |
|---|-------------------|-----------------------------|----------------|----|------------------|
| Ritardo mentale, N (%) | 7 (10,4) | 3 (0,8) | 24,513 | 1 | <0,001 |
| Almeno un disturbo di personalità, N (%) | 42 (72,4) | 164 (52,6) | 7,809 | 1 | 0,005 |
| <i>Cluster A</i> | 15 (25,9) | 36 (11,5) | 8,444 | 1 | 0,004 |
| Paranoide | 2 (3,4) | 11 (3,5) | 0,001 | 1 | 0,977 |
| Schizoide | 6 (10,3) | 10 (3,2) | 6,026 | 1 | 0,014 |
| Schizotipico | 10 (17,2) | 18 (5,8) | 9,202 | 1 | 0,002 |
| <i>Cluster B</i> | 13 (22,4) | 50 (16,0) | 1,413 | 1 | 0,235 |
| Istrionico | 4 (6,9) | 14 (4,5) | 0,613 | 1 | 0,433 |
| Narcisistico | 4 (6,9) | 22 (7,1) | 0,002 | 1 | 0,961 |
| Borderline | 9 (15,5) | 20 (6,4) | 5,615 | 1 | 0,018 |
| Antisociale | 2 (3,4) | 8 (2,6) | 0,145 | 1 | 0,703 |
| <i>Cluster C</i> | 26 (44,8) | 110 (35,3) | 1,927 | 1 | 0,165 |
| Dipendente | 4 (6,9) | 34 (10,9) | 0,850 | 1 | 0,357 |
| Evitante | 12 (20,7) | 38 (12,2) | 3,031 | 1 | 0,082 |
| Ossessivo-compulsivo | 18 (31,0) | 64 (20,5) | 3,139 | 1 | 0,076 |

Tabella IV. Comorbidità con disturbi di Asse II in un campione di 450 pazienti con DOC: differenze legate alla gravità sintomatologica (in grassetto i valori significativi)

si associa ai soggetti che riportano un punteggio alla Y-BOCS ≥ 32 (25,9% vs 11,5%): all'interno di questi, i disturbi di personalità schizoide e schizotipico sono quelli maggiormente rappresentati. Infine, all'interno dei disturbi di personalità di *Cluster B*, si mette

in evidenza come il disturbo borderline di personalità caratterizzi significativamente la gravità del quadro clinico di pazienti con DOC (15,5% vs 6,4%). I dati riguardanti la presenza di comorbidità con disturbi psichiatrici di Asse II sono illustrati in Tabella IV.

DISCUSSIONE

Scopo del presente studio è stato identificare le caratteristiche socio-demografiche e cliniche che si associano a sintomatologia ossessivo-compulsiva di grave intensità. L'indagine è stata condotta su un ampio campione (n = 450) di pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo che dal punto di vista socio-demografico e clinico risulta sostanzialmente rappresentativo della popolazione generale di soggetti affetti da DOC: l'uguale distribuzione tra generi, l'età di esordio, la frequenza dei tipi di decorso e la tipologia dei sintomi confermano quanto riportato dalla letteratura nel corso degli ultimi decenni [2, 29-31].

Nel nostro campione, i quadri clinici di DOC a grave intensità sintomatologica (intesa come Y-BOCS \geq 32) rappresentano quasi il 15% dei pazienti: tale percentuale, che è maggiore rispetto a quella riportata da altri studi, riflette la natura del nostro Servizio, che è un centro specialistico di II livello cui afferiscono pazienti con più elevato grado di complessità.

L'elevata intensità sintomatologica si associa ad altri indicatori di severità, con particolare riferimento ai parametri di compromissione funzionale in ambito lavorativo: i pazienti con punteggio Y-BOCS \geq 32 presentano un livello scolare più basso e un funzionamento lavorativo peggiore, sia in termini di tassi di occupazione sia per quanto concerne il tipo di impiego. Questo è un risultato atteso, comprensibile e in accordo con altri studi [32].

I parametri correlabili al funzionamento sociale non indicano invece che i pazienti con DOC ad elevata intensità sintomatologica siano maggiormente compromessi. Lo stato civile non segnala una condizione di isolamento più significativo. È verosimile che il funzionamento sociale e relazionale sia condizionato più dal tipo di sintomatologia ossessivo-compulsiva che dalla sua gravità.

Sul piano clinico, il DOC ad elevata intensità sintomatologica si caratterizza per una modalità d'esordio più insidiosa e, nel corso della storia clinica, per un decorso tendente alla cronicità; in particolare i soggetti che manifestano una sintomatologia ossessivo-compulsiva grave presentano una modalità di decorso cronico con deterioramento.

Un indicatore di severità si evince invece dall'analisi delle comorbidità: dal nostro lavoro risulta come nei pazienti affetti da DOC grave la comorbidità con disturbi

dell'umore *lifetime* sia al limite della soglia della significatività statistica. Tale rilievo andrebbe a confermare quanto emerso dal lavoro di altri Autori che si sono focalizzati sull'impatto della comorbidità tra disturbi affettivi e DOC, rilevando globalmente una maggiore severità dei sintomi ossessivo-compulsivi quando associati a disturbi dell'umore. L'associazione tra DOC e disturbi dell'umore è oggetto di studio approfondito negli ultimi anni, in particolare per quanto riguarda il disturbo bipolare, dati il rilevante peso epidemiologico e l'impatto clinico e terapeutico. Se la compresenza di un disturbo affettivo unipolare complica più genericamente la prognosi del paziente ossessivo-compulsivo, l'associazione con disturbo bipolare comporta una attenta valutazione terapeutica e modifica completamente l'approccio farmacologico, che si avvarrà *in primis* di stabilizzatori dell'umore. Inoltre le caratteristiche cliniche del DOC associato a disturbo bipolare non si limitano alla maggior severità, bensì sono specifiche e peculiari e hanno portato a ipotizzare una comune radice eziopatogenetica per i due disturbi [6, 9-13, 33]. Per quanto concerne i punteggi alle scale psicometriche, si assiste ad un trend di significatività per la scala HAM-D mentre i pazienti con sintomatologia ossessivo-compulsiva di intensità severa sono maggiormente associati con punteggi medi più elevati alla scala HAM-A. È interessante notare come, al contrario, la presenza di disturbo di panico associato sia statisticamente più frequente nei pazienti con intensità sintomatologica da lieve a moderata.

Sotto il profilo della sintomatologia ossessivo-compulsiva, il DOC grave si associa con frequenza significativamente maggiore alle dimensioni sintomatologiche *washer* e *hoarder*, dato questo già riportato in letteratura e probabilmente correlato ad una specificità di tali dimensioni, che, sempre più – in particolare in riferimento all'*hoarding* – vengono descritte come entità nosografiche distinte con caratteristiche cliniche e prognostiche peculiari [34-38]. A tale proposito è importante menzionare il dibattito in atto sull'*hoarding* in seno alla letteratura scientifica, che sembra indirizzarsi verso una separazione dell'*Hoarding Disorder* dal DOC, rispetto al quale non si tratterebbe più soltanto di una sottocategoria sintomatologica, bensì di una vera e propria sindrome autonoma. Tale visione ha assunto un rilievo tale da essere proposta per la redazione del

DSM-V [39]. Emerge inoltre dai nostri dati l'associazione tra il DOC grave e la presenza di ossessioni di contaminazione e di simmetria e precisione, nonché di compulsioni di ripetizione e conteggio.

Infine risulta di grande interesse l'emergere di una correlazione tra l'elevata intensità sintomatologica e la distribuzione dei disturbi di Asse II, finora indagata in pochi studi e con limiti metodologici o di numerosità campionaria [40-44]. I disturbi di personalità vengono globalmente descritti in letteratura come comorbidità frequenti nel DOC, sebbene non vi sia accordo pieno rispetto ai *Cluster* più rappresentati: da alcuni lavori emerge una prevalenza del *Cluster C*, in altri campioni è il *Cluster A* ad essere di maggior rilievo. I disturbi di personalità risultano dai nostri dati nel complesso più frequenti e, nello specifico, è il *Cluster A* ad essere maggiormente rappresentato nei pazienti gravi. Andando a identificare i singoli disturbi, risultano significativamente associati sia il disturbo schizoide sia, con maggior peso statistico, il disturbo schizotipico di personalità. Questa ultima associazione è nota da tempo [45] e risulta a nostro parere di notevole importanza la conferma della stessa e l'identificazione di un nesso con la severità del DOC, in quanto permette di ipotizzare in essa un valore predittivo. Alcuni tratti personologici tipici dei pazienti schizotipici, quali la tendenza alla criticità nelle relazioni interpersonali, il distacco emotivo, le distorsioni cognitive e la scarsa tolleranza alla frustrazione, presentano aree di sovrapposizione con il disturbo ossessivo-compulsivo grave. Un altro aspetto clinico di grande importanza in cui il DOC e la personalità schizotipica possono andare a sfumare l'uno dell'altra è quello dello scarso *insight*: i pazienti con tratti schizotipici o con disturbo di personalità vero e proprio andrebbero più facilmente incontro a perdita

della critica rispetto al contenuto ossessivo, connotandosi pertanto per una maggior severità. Dal nostro campione emerge inoltre una più frequente comorbidità con disturbo borderline di personalità, che risulta di più difficile interpretazione e potrebbe forse trovare spiegazione nella natura del nostro centro, come già precedentemente discusso. Non abbiamo invece rilevato una differenza di frequenza di disturbo ossessivo-compulsivo di personalità in funzione dell'intensità sintomatologica del DOC, contrariamente ad altri Autori [42, 46].

CONCLUSIONI

L'intensità sintomatologica grave si accompagna significativamente ad una maggiore compromissione del funzionamento lavorativo, ma non a compromissione maggiore del funzionamento sociale.

Sul piano clinico, il DOC a grave intensità sintomatologica si associa significativamente a sintomi *washing* e *hoarding*, a comorbidità *lifetime* con disturbi dell'umore e a presenza di disturbi di personalità del *Cluster A* (in particolare schizotipico).

A limitare parzialmente la riproducibilità dei nostri risultati va considerato il tipo di pazienti afferenti al nostro Servizio che, come precedentemente evidenziato, presentano una severità ed una complessità di malattia che può risultare superiore rispetto alla popolazione generale di pazienti DOC. Un ulteriore limite è rappresentato dalla mancanza di dati sistematici sui trattamenti psicofarmacologici assunti dai pazienti. Inoltre, considerato il fatto che il nostro studio si è focalizzato sulle caratteristiche di severità di soggetti affetti da DOC, non è stato previsto un campione di controllo di soggetti sani. La ampia numerosità campionaria è invece un punto di forza dello studio.

BIBLIOGRAFIA

1. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, et al. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1094-9. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800360042006>
2. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, et al. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry* 2010; 15: 53-63. <http://dx.doi.org/10.1038/mp.2008.94>
3. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al. The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1994; 55: 5-10

4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994
5. Maina G. Il disturbo ossessivo-compulsivo nel DSM-V. *Journal of Psychopathology* 2012; 18: 193-5
6. Quarantini LC, Torres AR, Sampaio AS, et al. Comorbid major depression in obsessive-compulsive disorder patients. *Compr Psychiatry* 2010; 52: 386-93. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.09.006>
7. Mahasuar R, Janardhan Reddy YC, et al. Obsessive-compulsive disorder with and without bipolar disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2011; 65: 423-33. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1819.2011.02247.x>
8. Taylor S. Early versus late onset obsessive-compulsive disorder: Evidence for distinct subtypes. *Clin Psychol Rev* 2011; 31: 1083-100. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2011.06.007>
9. Rigardetto S, Albert U, De Cori D, et al. Caratteristiche socio-demografiche e cliniche del disturbo ossessivo-compulsivo in comorbidità con il disturbo bipolare. *Quaderni Italiani di Psichiatria* 2011; 30: 75-82. <http://dx.doi.org/10.1016/j.quip.2011.04.002>
10. Torres AR, Fontenelle LF, Ferrão YA, et al. Clinical features of obsessive-compulsive disorder with hoarding symptoms: A multicenter study. *J Psychiatr Res* 2012; 46: 724-32. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.03.005>
11. Timpano KR, Rubenstein LM, Murphy DL. Phenomenological features and clinical impact of affective disorders in OCD: a focus on the bipolar disorder and OCD connection. *Depress Anxiety* 2012; 29: 226-233. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20908>
12. Jakubovski E, Diniz JB, Valerio C, et al. Clinical predictors of long-term outcome in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 2012; epub ahead of print. <http://dx.doi.org/10.1002/da.22013>
13. Fineberg NA, Hangartner MP, Bergbaum C, et al. Lifetime comorbidity of obsessive-compulsive disorder and sub-threshold obsessive-compulsive symptomatology in the community: impact, prevalence, socio-demographic and clinical characteristics. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2013; epub ahead of print. <http://dx.doi.org/10.3109/13651501.2013.777745>
14. Frost RO, Hartl TL. A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behav Res Ther* 1996; 34: 341-50. [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(95\)00071-2](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(95)00071-2)
15. Frost RO, Steketee G, Williams L, et al. Hoarding: a community health problem. *Health Soc Care Community* 2000; 8: 229-34. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2524.2000.00245.x>
16. Steketee G, Frost RO. Compulsive hoarding: current status of the research. *Clin Psychol Res* 2003; 23: 905-27. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2003.08.002>
17. Saxena S, Ayers CR, Maidment KM, et al. Quality of life and functional impairment in compulsive hoarding. *J Psychiatr Res* 2011; 45: 475-80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.08.007>
18. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989a; 46: 1006-11. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>
19. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale II. Validity. *Arch Gen Psychiatry* 1989b; 46: 1012-6. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110054008>
20. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, (SCID-I). Washington DC: American Psychiatric Press, 1996
21. Albert U, Maina G, Forner F, et al. DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: prevalence in patients with anxiety disorders and in healthy comparison subjects. *Compr Psychiatry* 2004; 45: 325-32. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.06.005>
22. Maina G, Albert U, Salvi V, et al. Weight gain during long-term treatment of obsessive-compulsive disorder: a prospective comparison of serotonin reuptake inhibitors. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 1365-71. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v65n1011>
23. Albert U, Bogetto F, Maina G, et al. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *Psychiatry Res* 2010a; 179: 204-11. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2009.06.008>
24. Albert U, Maina G, Bogetto F, et al. Clinical predictors of health-related quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2010b; 51: 193-200. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.03.004>
25. Rosso G, Albert U, Asinari GF, et al. Stressful life events and obsessive-compulsive disorder: clinical features and symptoms dimensions. *Psychiatry Res* 2012; 197: 259-64. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2011.10.005>

26. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23: 56-62. <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>
27. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32: 50-5. <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>
28. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II). Washington DC: American Psychiatric Press, 1997
29. Ravizza L, Maina G, Bogetto F. Episodic and chronic obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 1997; 6: 154-8. [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6394\(1997\)6:4<154::AID-DA4>3.0.CO;2-C](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1520-6394(1997)6:4<154::AID-DA4>3.0.CO;2-C)
30. Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 587-95. <http://dx.doi.org/10.1007/s001270050098>
31. Perugi G, Akiskal HS, Gemignani A, et al. Episodic course in obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1998; 248: 240-4. <http://dx.doi.org/10.1007/s004060050044>
32. Tükel R, Bozkurt O, Polat A, et al. Clinical predictors of response to pharmacotherapy with selective serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 60: 404-9
33. Maina G, Albert U, Pessina E, et al. Bipolar obsessive-compulsive disorder and personality disorders. *Bipolar Disord* 2007; 9: 722-9. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00508.x>
34. Saxena S, Maidment KM, Vapnik T, et al. Obsessive-compulsive hoarding: symptom severity and response to multimodal treatment. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 21-7. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v63n0105>
35. Shetti CN, Reddy YC, Kandavel T, et al. Clinical predictors of drug nonresponse in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 1517-23. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v66n1204>
36. Pertusa A, Fullana MA, Singh S, et al. Compulsive hoarding: OCD symptom, distinct clinical syndrome, or both? *Am J Psychiatry* 2008; 165: 1289-98. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07111730>
37. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario MC, et al. Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 1532-42. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08020320>
38. Chakraborty V, Cherian AV, Math SB, et al. Clinically significant hoarding in obsessive-compulsive disorder: results from an Indian study. *Compr Psychiatry* 2012; 53: 1153-60. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.05.006>
39. Mataix-Cols D, Frost RO, Pertusa A, et al. Hoarding disorder: a new diagnosis for DSM-V? *Depress Anxiety* 2010; 27: 556-72. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20693>
40. Baer L, Jenike MA, Ricciardi JN, et al. Standardized assessment of personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 826-30. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1990.01810210034005>
41. Black DW, Noyes R Jr, Pföhl B, et al. Personality disorder in obsessive-compulsive volunteers, well comparison subjects, and their first-degree relatives. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1226-32.
42. Wetterneck CT, Little TE, Chasson GS, et al. Obsessive-compulsive personality traits: how are they related to OCD severity? *J Anxiety Disord* 2011; 25: 1024-31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.06.011>
43. Yamamoto H, Tsuchida H, Nakamae T, et al. Relationship between severity of obsessive-compulsive symptoms and schizotypy in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2012; 8: 579-83. <http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S38450>
44. Friborg O, Martinussen M, Kaiser S, et al. Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: A meta-analysis of 30 years of research. *J Affect Disord* 2013; 145: 143-55. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.07.004>
45. Ravizza L, Barzegà G, Bellino S, et al. Predictors of drug treatment response in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 368-73
46. Samuels J, Nestadt G, Bienvenu OJ, et al. Personality disorders and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 457-62. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.177.5.457>