



UNIVERSITÀ DI PARMA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOBIOLOGIA E
NEUROSCIENZE COGNITIVE**

LA DIMENSIONE OSSESSIVO-COMPULSIVA IN ETÀ INFANTILE-ADOLESCENZIALE: DESCRIZIONE DI UN CAMPIONE DI PAZIENTI AFFERENTE ALLA NPJA DI PARMA

Relatore:

Chiar.mo Prof. CARLO MARCHESI

Controrelatore:

Chiar.mo Prof. MATTEO TONNA

Laureanda:

DEBORA DI NUNNO

ANNO ACCADEMICO 2020 – 2021

INDICE

RIASSUNTO	1
ABSTRACT	3
1. INTRODUZIONE	5
1.1 <u>Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC): inquadramento nosografico, caratteristiche cliniche e sottotipi</u>	5
1.2 <u>Prevalenza e differenze di genere</u>	9
1.3 <u>Eziologia</u>	11
1.4 <u>Fattori di rischio</u>	12
1.5 <u>DOC infantile-adolescenziale</u>	14
1.5.1 <i>Profilo di comorbidità</i>	20
1.5.2 <i>Ruolo del trauma e di eventi stressanti non traumatici</i>	22
1.5.3 <i>Vulnerabilità personologica</i>	25
1.5.4 <i>Stili genitoriali e accomodamento familiare</i>	27
2. OBIETTIVO DELLO STUDIO	31
3. MATERIALI E METODI	32
3.1. <u>Reclutamento</u>	32
3.2. <u>Criteri di inclusione ed esclusione</u>	32
3.3. <u>Procedura</u>	33
4. ANALISI STATISTICHE	39
5. RISULTATI	40
6. DISCUSSIONE	90
7. CONCLUSIONI	98
8. BIBLIOGRAFIA	100

RIASSUNTO

INTRODUZIONE

Il DOC infantile-adolescenziale è una condizione cronica recidivante remittente caratterizzata dalla presenza di ossessioni e/o compulsioni, che spesso persiste nell'età adulta ed è frequentemente associata a gravi compromissioni del funzionamento familiare, delle relazioni tra pari e del rendimento scolastico. Da numerose indagini condotte su campioni di pazienti adulti, è emerso che una precoce età di insorgenza del disturbo e una storia di trauma infantile-adolescenziale rappresentano fattori potenzialmente predisponenti ad un andamento sfavorevole del disturbo. Pertanto, in tale lavoro è stata condotta un'analisi epidemiologica, del profilo clinico e delle comorbidità di un campione di pazienti di età compresa tra 6 e 21 anni, presentanti sintomatologia Ossessivo-Compulsiva, con l'obiettivo di fornire una descrizione del campione in esame e di confrontare i risultati ottenuti con la letteratura precedente.

MATERIALI E METODI

Sono stati arruolati 14 pazienti afferenti al Dipartimento di NPIA dell'AUSL di Parma, presentanti sintomi ascrivibili alla dimensione Ossessivo-Compulsiva e dei quali sono state valutate le principali variabili socio-demografiche e cliniche. I pazienti arruolati hanno compilato una batteria di questionari etero e autosomministrati, relativi a differenti domini psicopatologici: dimensione ossessiva (OCI-CV, CY-BOCS e OBQ); eventi traumatici (CTQ); funzionamento globale (CGAS); stile di attaccamento familiare (IPPA); dimensione affettiva (CDI); sintomi di base (SPI-CY).

RISULTATI

Il campione analizzato mostra caratteristiche epidemiologiche e cliniche sovrapponibili a quelle già evidenziate in studi analoghi, in particolare: variabili socio-anagrafiche, dimensioni ossessivo-compulsive maggiormente espresse, funzionamento globale e profilo di comorbidità. La sintomatologia OC, inoltre, tende ad essere maggiormente espressa nell'ambito di alcuni specifici disturbi psichiatrici maggiori, in particolare il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC), lo Spettro Schizofrenico e i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA).

CONCLUSIONI

I risultati del presente studio rispecchiano i dati già emersi in ricerche precedenti, effettuate su campioni clinici analoghi. DOC, Spettro Schizofrenico e DCA rappresentano i Disturbi Psichiatrici nel cui ambito sono più frequentemente riscontrabili sintomi ossessivo-compulsivi. Tuttavia, non sono state evidenziate differenze significative tra i vari gruppi diagnostici nei punteggi medi della maggior parte dei test somministrati. Tali risultati vanno comunque interpretati anche alla luce della esiguità numerica del campione in esame.

ABSTRACT

INTRODUCTION

Childhood-adolescence OCD is a chronic relapsing-remitting condition characterized by the presence of obsessions and/or compulsions, which often persists in adulthood and is frequently associated with severe impairment in family functioning, peer relationships and academic performance. From numerous investigations conducted on samples of adult patients, it emerged that an early age of onset of the disorder and a history of childhood and adolescent trauma represent predisposing factors to an unfavorable trend of the disorder. Therefore, this work contains an epidemiological analysis of the clinical profile and of the comorbidities of a sample of patients aged between 6 and 21, presenting Obsessive-Compulsive symptoms, with the aim of providing a description of the sample in examination and comparing the results obtained with the previous literature.

MATERIALS AND METHODS

Fourteen patients belonging to the NPIA Department of the AUSL of Parma were enlisted, presenting symptoms attributable to the Obsessive-Compulsive dimension and whose main socio-demographic and clinical variables were evaluated. The enlisted patients completed a battery of hetero and self-administered questionnaires, related to different psychopathological domains: obsessive dimension (OCI-CV, CY-BOCS and OBQ); traumatic events (CTQ); global impairment (CGAS); family-attachment style (IPPA); affective dimension (CDI); basic symptoms (SPI-CY).

RESULTS

The analyzed sample shows epidemiological and clinical characteristics comparable to those already highlighted in similar studies, in particular: socio-demographic variables, mostly expressed obsessive-compulsive dimensions, global impairment and comorbidity profile. Moreover, OC symptoms tend to be more expressed in some specific major psychiatric disorders, in particular Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), Schizophrenia Spectrum and Eating Disorders (ED).

CONCLUSIONS

The results of this study reflect the data already emerged in previous research carried out on similar clinical samples. OCD, Schizophrenia Spectrum and ED represent the Psychiatric Disorders in which obsessive-compulsive symptoms are more frequently found. However, there were no significant differences between the various diagnostic groups in the mean scores of most of the administered tests. Nevertheless, these results must also be interpreted in light of the numerical smallness of the sample under examination.

1. INTRODUZIONE

1.1 Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC): inquadramento nosografico, caratteristiche cliniche e sottotipi

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) è una condizione clinica altamente eterogenea (Abramowitz & Hellberg, 2020) ed eziologicamente complessa (Pauls et al., 2014) definita nel DSM-V come caratterizzata dalla presenza di ossessioni e/o compulsioni (American Psychiatric Association, 2013), che interferiscono marcatamente sulla vita del soggetto che ne è affetto a causa del significativo impatto sul funzionamento globale della persona (Eisen et al., 2006).

Le *ossessioni* sono caratterizzate dalla presenza di idee, pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti vissuti come intrusivi e indesiderati e che costituiscono motivo di turbamento e disagio. Per definizione, il soggetto è consapevole del carattere morboso del disturbo, riconoscendo le ossessioni come intrusive, inappropriate e senza senso, ossia ego-distoniche (Militeri, 2020).

Nonostante l'eterogeneità con cui il disturbo ossessivo-compulsivo si presenta nella pratica clinica, è tuttavia possibile individuare delle tematiche ossessive ricorrenti (Abramowitz et al., 2010):

- 1) Ossessioni di *contaminazione*: sono le ossessioni più frequenti, fanno riferimento alla sensazione di essersi "contaminati" entrando in contatto più o meno direttamente con persone, luoghi, oggetti, ecc., ritenuti sporchi e quindi pericolosi per l'igiene e la salute personale; talvolta il disagio può essere provocato dalla semplice sensazione disgustante di essersi sporcato, mentre altre

volte è determinato dalla paura che la contaminazione possa portare a conseguenze negative per la salute propria o altrui.

- 2) Dubbi ossessivi relativi alla possibilità di essere responsabili di *danni, lesioni, incidenti o disgrazie*, spesso accompagnati da sentimenti di colpa. Il paziente ritiene che un mancato controllo su determinate azioni o avvenimenti possa provocare danni a sé o ad altri (per esempio dubbi di aver chiuso correttamente il gas o aver chiuso la porta, che non si estinguono nonostante i ripetuti controlli).
- 3) *Pensieri inaccettabili*: per esempio a contenuto violento, immorale o di natura sessuale. Si tratta di preoccupazioni di poter fare o semplicemente desiderare qualcosa di imbarazzante, ripugnante, sconveniente o terribile.
- 4) Ossessioni per *simmetria e completezza*: sono ossessioni relative alla necessità di ordine e simmetria (ad esempio il bisogno di verificare che gli oggetti siano disposti in un determinato ordine), spesso accompagnate da pensiero magico.

Generalmente la persona tenta di ignorare o sopprimere tali pensieri, impulsi o immagini, o di neutralizzarli tramite azioni o pensieri alternativi, eseguendo cioè una compulsione.

Le *compulsioni* sono infatti definite nel DSM-V come comportamenti ripetitivi (ad esempio lavarsi le mani, ordinare, controllare) o atti mentali (ad esempio pregare, contare, ripetere parole in silenzio) che la persona si sente spinta a compiere in risposta a un'ossessione, o secondo regole che devono essere applicate rigidamente (American Psychiatric Association, 2013). Tali comportamenti o atti mentali sono diretti a prevenire o ridurre l'ansia o il disagio oppure sono finalizzati alla prevenzione di qualche evento o situazione che la persona teme; tuttavia essi non sono collegati in modo realistico con ciò che la persona intendeva neutralizzare o prevenire, o comunque sono chiaramente eccessivi.

Analisi strutturali indicano che i sintomi ossessivo-compulsivi sono dimensionali e che particolari tipi di ossessioni e compulsioni tendono a coesistere (Mataix-Cols, do Rosario-Campos & Leckman, 2005; McKay et al., 2004); tuttavia in alcuni casi, le compulsioni non sono precedute da ossessioni, ma si presentano come azioni rigide o stereotipate, di cui il soggetto non sa spiegare la motivazione (Militeri, 2020).

Sempre in riferimento a quanto indicato nel DSM-V, le ossessioni o le compulsioni sono “time consuming”, la loro messa in atto richiede cioè tempo eccessivo (per esempio più di un’ora al giorno). Inoltre è importante sottolineare che sia le ossessioni che le compulsioni sono associate a una significativa compromissione funzionale che comporta difficoltà finanziarie, nell’ambito lavorativo e delle interazioni sociali (Fontenelle et al., 2010).

La gravità della sintomatologia DOC è determinata da alcuni fattori rilevanti (Cassano, 2006):

- La *resistenza*, ossia la capacità di lottare contro l’idea intrusiva e di resistere alle compulsioni. Essa può variare nello stesso paziente nel tempo e a seconda dell’ambiente in cui si trova.
- L’*interferenza*, ossia la capacità di adattarsi e convivere con i propri sintomi.
- Il grado di *insight*, cioè la consapevolezza del proprio disturbo e dell’irragionevolezza dei propri sintomi. Tra i pazienti DOC vi è un’ampia variabilità di insight: da individuo a individuo e all’interno della stessa persona, in diversi momenti o situazioni. Ad esempio, un individuo potrebbe riconoscere l’irragionevolezza delle proprie ossessioni in una situazione “sicura”, come lo studio del terapeuta, ma non quando si trova in contatto con gli stimoli che attivano le ossessioni stesse.

Il DSM-V, a tal proposito, ha inserito nei criteri diagnostici del disturbo la valutazione del livello di insight ovvero di ragionevolezza rispetto alle proprie convinzioni, con la possibilità di collocare i diversi quadri clinici lungo un continuum che va dalla piena consapevolezza dei propri sintomi alla completa adesione all'idea ossessiva (de Avila et al., 2019).

Il disturbo ossessivo-compulsivo è stato a lungo considerato come un'entità nosologica unitaria. Inizialmente, nel DSM-IV-TR, era classificato all'interno dei Disturbi d'Ansia (Catone et al., 2012) poiché, secondo l'approccio classico, la componente ansiogena era da intendersi come componente centrale di tale disturbo.

Alla luce dell'eterogeneità con cui tale disturbo si presenta, viene invece classificato dai più recenti sistemi nosografici (DSM-V) all'interno di uno spettro Ossessivo-Compulsivo comprendente anche altre patologie quali il Disturbo Dismorfofobico, il Disturbo Ipocondriaco, i Disturbi del Comportamento Alimentare, il Disturbo da TIC incontrollato, il Disturbo da Discontrollo degli Impulsi e la Sindrome di Tourette (American Psychiatric Association, 2013).

Inoltre nel tempo diversi Autori hanno tentato di identificare i principali sottotipi clinici del disturbo ossessivo-compulsivo. Una delle prime classificazioni prevedeva cinque principali categorie: washers; checkers; ossessioni pure; lentezza ossessiva primaria; pazienti con rituali misti (Eisen & Rasmussen, 1990).

Successivamente, nel 1999, Mataix-Cols e collaboratori ne individuarono cinque classi:

- ossessioni di simmetria e compulsioni di ripetizione, conteggio, ordine;

- ossessioni e compulsioni di accumulo;
- ossessioni di contaminazione e compulsioni di lavaggio;
- ossessioni aggressive e compulsioni di controllo;
- ossessioni sessuali/religiose e relative compulsioni.

Più recentemente è stata proposta da Abramowitz e collaboratori la classificazione basata sulle ossessioni citata precedentemente (Abramowitz et al., 2010).

1.2 Prevalenza e differenze di genere

Il disturbo ossessivo-compulsivo presenta dei tassi di prevalenza che possono variare dall'1 al 3% nella popolazione generale (Ruscio et al., 2010). Recenti ricerche hanno tuttavia messo in evidenza che esso è relativamente più frequente in età evolutiva, con valori di circa 1:200 (0.5%) (Militeri, 2020). Si stima infatti che il DOC abbia esordio in età infantile-adolescenziale in circa il 50% dei casi (Dell'Osso et al., 2016; Janowitz et al., 2009; Pauls et al., 1995). In particolare, relativamente all'età di insorgenza, sembra esistere una distribuzione bimodale (Militeri, 2020), con un picco di incidenza che si colloca tra gli 11 e i 13 anni per il sesso femminile (Stewart et al., 2007) e tra i 9 e gli 11 anni per il sesso maschile, in cui per altro il DOC pediatrico sembra essere più comune (Rosenberg et al., 1997; Eichstedt & Arnold, 2001, Fontenelle et al., 2003).

Si stima dunque una prevalenza del DOC in età infantile del 0.5-2.0% anche se sintomi dello spettro ossessivo-compulsivo si possono osservare nel 15-20% dei casi (Alvarenga et al., 2015).

Oltre al picco di incidenza osservato durante la pubertà, è da segnalare anche un secondo picco nella prima età adulta, tra i 21 e i 29 anni (De Luca et al., 2011).

Le caratteristiche psicopatologiche dei quadri sembrano differire in rapporto all'età di esordio, al punto che alcuni Autori hanno suggerito la possibilità di definire uno specifico sottotipo di DOC ad esordio precoce, identificando l'età di 21 anni quale cut-off tra le due forme (Burchi e Pallanti, 2019).

Uno studio condotto nel 2018 su un campione proveniente dalla popolazione generale ha mostrato che sintomi ossessivo-compulsivi sono frequenti, soprattutto in età puberale e in soggetti di genere femminile, raggiungendo una prevalenza del 38.2%, di cui il 3% soddisfa i criteri per una diagnosi di DOC. La prevalenza è risultata maggiore nei maschi fino agli 11 anni, età in cui il disturbo diventa più frequente nelle femmine (Alvarenga et al., 2015).

Nello specifico, riguardo alla prevalenza del DOC in termini di genere, la letteratura mostra risultati contrastanti (Benatti et al., 2020). La maggior parte degli studi basati sulla popolazione ha mostrato una distribuzione di genere costante (Canals et al., 2012; Fullana et al., 2009; Valleni-Basile 1996), mentre altri hanno rilevato una maggiore prevalenza di pazienti di sesso femminile con DOC (Fineberg et al., 2013). Effettivamente negli studi clinici sembra che il DOC, tra i bambini, sia più comune nei soggetti di sesso maschile (Mathis et al., 2011; Mancebo et al., 2008), mentre è stato riportato che negli adulti la prevalenza sembra essere uguale (Rosario-Campos et al., 2001; Torresan et al., 2013) o addirittura superiore nel genere femminile (Frydman et al., 2014).

In termini di differenze cliniche tra pazienti di sesso maschile e femminile con disturbo ossessivo-compulsivo, uno studio brasiliano ha evidenziato che, in un campione di 858 pazienti con DOC, le donne avevano maggiori probabilità di riferire ossessioni associate a credenze di contaminazione o preoccupazioni aggressive, mentre gli uomini di solito riferivano pensieri blasfemi (Torresan et al., 2013).

1.3 Eziologia

La prima ipotesi psicologica proposta per spiegare i comportamenti ossessivo-compulsivi è stata quella di Freud, secondo cui i sintomi della “nevrosi ossessiva” rappresenterebbero delle risposte difensive nei confronti di impulsi inconsci inaccettabili per l’individuo. In particolare, all’origine ci sarebbe una regressione alla fase anale dello sviluppo, durante la quale il bambino sperimenta impulsi aggressivi e ostili nei confronti delle figure genitoriali e mette così in atto comportamenti ossessivi e compulsivi con lo scopo di controllare e neutralizzare tali impulsi. Sebbene nel corso del tempo questa ipotesi sia stata considerata poco plausibile, il merito riconosciuto a Freud, tuttavia, è quello di aver individuato le modalità di pensiero tipiche del paziente con DOC considerate tuttora valide: la difesa da pensieri inaccettabili, l’eccessiva importanza attribuita al pensiero e il timore di danneggiare gli altri.

Sebbene non sia possibile individuare un modello eziopatogenetico singolo e scientificamente dimostrato alla base del disturbo ossessivo-compulsivo, tuttavia, nel corso degli anni la ricerca ha fornito importanti contributi per l’interpretazione neurobiologica del disturbo.

Gli studi familiari, nel rilevare un'elevata concordanza fra gemelli monozigoti ed una più elevata incidenza del disturbo ossessivo-compulsivo fra ascendenti e collaterali, suggeriscono la presenza di una componente genetica (Militeri, 2020).

Quanto all'ereditarietà del disturbo è stato visto che esso è da cinque a sette volte più frequente nei parenti dei pazienti con DOC rispetto ai parenti dei soggetti di controllo (Hanna et al., 2005; Nestadt et al., 2000). Inoltre il rischio di DOC diminuisce all'aumentare della distanza genetica da parenti con DOC (Mataix-Cols et al., 2013).

Un'ulteriore ipotesi è quella secondo cui nei pazienti con DOC si assisterebbe a una disregolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA). A sostegno di quest'ipotesi è stata evidenziata una secrezione di cortisolo significativamente più bassa in pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo rispetto ai soggetti di controllo; questo tipo di "hypocortisolism" a lungo termine, segnalato in precedenza anche in altri disturbi mentali, potrebbe essere attribuito a una "down-regulation" dell'asse HPA, come risposta adattativa allo stress cronico (Malisiova et al., 2020).

1.4 Fattori di rischio

In merito al DOC a esordio infantile-adolescenziale, sia i fattori genetici che quelli ambientali possono essere considerati potenziali fattori di rischio (Pauls et al., 1995; Iervolino et al., 2011).

Gli studi indicano che l'ereditarietà dei sintomi ossessivo-compulsivi (OCS) è maggiore nei bambini (45-65%) che negli adulti (27-47%) (Van Grootheest et al., 2005).

A conferma di quanto detto, altri studi sostengono che la storia familiare di DOC aumenterebbe ulteriormente il rischio di sviluppare tale disturbo nei bambini con sintomi ossessivo-compulsivi (Hanna et al., 2005, Black et al., 2003). Tuttavia, la maggior parte dei lavori presenti nella letteratura passata e attuale, è stata condotta su campioni di pazienti adulti da cui è emerso che una precoce età di insorgenza del disturbo e una storia di trauma infantile-adolescenziale rappresenterebbero fattori in grado di predisporre ad un andamento sfavorevole del disturbo, mentre la presenza di uno stile di attaccamento sicuro rappresenterebbe un elemento prognosticamente favorevole (Tibi et al., 2020).

Generalmente, l'esordio del disturbo è insidioso e graduale, tanto da rendere difficoltosa, nei i pazienti, l'esatta collocazione temporale dell'esordio dei primi sintomi; in altri casi, invece, l'esordio del DOC è acuto e associato a manifestazioni cliniche improvvise.

Ricerche precedenti su campioni clinici hanno descritto i seguenti fattori di rischio per l'insorgenza tardiva del disturbo ossessivo-compulsivo: sesso femminile, lunghi periodi di sintomi subclinici del DOC, associazione con eventi traumatici maggiori che si verificano dopo i 40 anni e storia di gravidanza recente in sé o in altri significativi.

È stato anche descritto, in letteratura, che i pazienti con DOC a esordio tardivo mostrerebbero una storia di sintomi di DOC subclinici "pre-DOC" cronici in modo significativamente più frequente rispetto ai casi di DOC regolare o ad esordio precoce (Frydman et al., 2013). Gli stessi autori, valutando inoltre la possibile associazione tra DOC a esordio tardivo e traumi, depressione, parto e gravidanza, malattie personali o familiari, cambiamenti nella routine e uso di droghe, hanno evidenziato che il DOC a esordio tardivo apparirebbe particolarmente correlato a un evento traumatico maggiore che si verificava dopo i 40 anni e a una storia di gravidanza recente in sé o in altri significativi (Frydman et al., 2013; Murphy et al., 2010).

Per quanto riguarda i fattori di avversità prenatali, perinatali e infantili, in linea con le ricerche sopracitate, un recente studio ha evidenziato che il livello di stress materno durante la gravidanza e l'assenza di allattamento al seno erano associati, nei bambini, a punteggi riferiti ai sintomi OC più elevati al follow-up (de Barros et al., 2020).

Oltre ai fattori di rischio appena descritti, la letteratura è ricca di studi che indagano il ruolo di eventi traumatici e non traumatici, di tratti temperamentali e di stili parentali e di attaccamento come potenziali fattori predisponenti o scatenanti il DOC in età infantile-adolescenziale (Barzilay et al., 2019; Grisham et al., 2011; Chandrashekhar et al., 2021). Tali aspetti verranno esaminati in seguito.

1.5 DOC infantile-adolescenziale

Il disturbo ossessivo-compulsivo infantile-adolescenziale (o DOC pediatrico) è una condizione cronica recidivante remittente che spesso persiste nell'età adulta (Nazeer et al., 2020) ed è spesso associata a gravi interruzioni del funzionamento familiare, compromissione delle relazioni tra pari, nonché del rendimento scolastico (Brezinka et al., 2020).

I sintomi riportati dai bambini sono simili a quelli che si riscontrano tra gli individui che sviluppano il DOC in età adulta, ed entrambi vengono generalmente trattati con terapia comportamentali e farmacologiche simili (Catone et al., 2012).

Nonostante i criteri diagnostici del DOC in età infantile non differiscano da quelli dell'adulto, il grado di *insight* e quindi di egodistonicità della sintomatologia ossessivo-compulsiva può essere di difficile valutazione in età pediatrica, considerando che circa

il 30% di bambini con DOC ha uno scarso o assente insight nei confronti del disturbo (Geller et al., 1996). Per tale ragione, spesso i bambini non hanno comprensione dell'estraneità delle loro idee e dell'irrazionalità delle loro azioni (Storch, Milsom et al., 2008). I risultati di uno studio sul DOC in età pediatrica suggeriscono che la prognosi dei bambini con scarso insight è peggiore di quella dei bambini con consapevolezza adeguata alla luce della possibilità di sviluppare, nel corso degli anni successivi, un quadro clinico che soddisfa i criteri per la schizofrenia o altri disturbi psichiatrici (Storch et al., 2008b; Meyer et al., 2005).

Dai dati di letteratura emerge infatti che il DOC in giovane età può precedere la comparsa di altri disturbi, quali schizofrenia, disturbi dell'umore di tipo bipolare e disturbi di personalità (Janowitz et al., 2009).

Un altro importante aspetto riguarda il trattamento in età evolutiva, in particolare considerando la maggiore frequenza di fallimento delle comuni terapie (Swedo et al., 1989). Da uno studio del 2008, nel quale sono state esaminate le manifestazioni cliniche del DOC in età evolutiva resistente alla terapia, sono emerse alcune caratteristiche: i pazienti (campione di 60 bambini dai 7-17 anni) con DOC resistenti al tradizionale trattamento farmacologico (SSRI: inibitori della ricaptazione della serotonina) hanno mostrato una maggiore compromissione funzionale e gravità del quadro clinico, con livelli particolarmente elevati di sintomi di internalizzazione ed esternalizzazione e maggiore frequenza di sintomi depressivi. È inoltre emerso un consistente impatto ambientale, legato soprattutto a dinamiche familiari particolarmente stressanti, con maggiore incidenza di DOC in altri membri della famiglia. Difatti il lavoro di Storch e collaboratori suggerisce che tali pazienti potrebbero beneficiare di interventi più

intensivi su tutto il nucleo familiare (Storch, Milsom et al., 2008; Storch, Merlo et al., 2008a).

Non è tutt'ora chiaro se il DOC in età evolutiva, spesso caratterizzato da scarso insight e resistente alla terapia tradizionale, nonché possibile precursore di altre patologie psichiatriche maggiori, non rappresenti sin dall'esordio una manifestazione fenotipica di un sottostante disturbo più complesso, che va dai disturbi di personalità a veri e propri disturbi deliranti (Catone et al., 2012).

Bisogna inoltre tenere in considerazione che azioni ritualizzate sono frequenti e fisiologiche durante lo sviluppo infantile: schemi di comportamento rigidi e rituali sono comuni in età prescolare e tendono poi ad attenuarsi fino a scomparire negli anni successivi. Questi comportamenti possono essere funzionali ad aumentare la percezione di sicurezza e di prevedibilità dell'ambiente assumendo anche una valenza comunicativa tra pari. Hanno inoltre un ruolo per lo sviluppo del controllo cognitivo e sono coinvolti nei processi di separazione/individuazione.

Tali manifestazioni di tipo ossessivo riscontrabili fisiologicamente in età evolutiva, possono presentarsi con modalità variabili a seconda della fase di sviluppo (Militeri, 2020):

- Verso la fine del primo anno di vita il bambino può presentare una serie di comportamenti ripetitivi che riguardano l'uso dell'oggetto (ad esempio sbattere ripetitivamente un oggetto o farlo cadere, azionare ripetitivamente un giocattolo sonoro, presentare "dondolamenti" in fase di addormentamento).
- Nel secondo-terzo anno, cominciano spesso a comparire vari comportamenti ritualizzati connessi al controllo sfinterico (ad esempio, "pretendere" che la

funzione si svolga sempre nello stesso posto o con determinate modalità). Anche l'uso del ciucciotto rientra in un comportamento ossessivo-compulsivo.

- Nel quarto-quinto anno di vita, si ripropongono una serie di rituali nella fase di addormentamento.
- In età scolare, compaiono spesso comportamenti compulsivi (ad esempio, assumere posture bizzarre o dedicarsi in maniera ripetitiva ad alcune attività), meticolosità in alcune attività o tendenza alla superstizione.

Con lo sviluppo, tuttavia, il persistere di tali comportamenti può divenire inappropriato ed assumere di conseguenza un significato patologico (Zohar & Felz, 2001). Questo avviene quando le manifestazioni ossessivo-compulsive (Militeri, 2020):

- sono anacronistiche (cioè, inadeguate per caratteristiche e contenuto al livello di sviluppo);
- sono caratterizzate da contenuti insoliti;
- diventano insistenti ed interferiscono sul funzionamento generale del soggetto;
- si associano ad un evidente stato di tensione ed ansia;
- si sviluppano su un profilo di sviluppo peculiare.

In merito a quest'ultimo aspetto, il profilo di sviluppo cui si fa riferimento è caratterizzato da (Militeri, 2020):

- spiccata tendenza agli scrupoli ed al dubbio;
- perfezionismo;
- difficoltà di adattamento alle novità;
- eccesso di controllo dell'affettività con conseguente inibizione nei contatti sociali o marcata timidezza.

È tuttavia ancora discusso se la presenza di sintomi dello spettro ossessivo-compulsivo possa essere considerata come una modalità subclinica di presentazione del DOC o se possa rappresentare un marker comportamentale predisponente ad un successivo sviluppo di DOC.

Un ulteriore aspetto da non trascurare nell'approccio a pazienti con DOC infantile-adolescenziale è l'indagine della qualità di vita. Essa infatti rappresenta una questione di fondamentale importanza per la pianificazione del trattamento di questo disturbo, poiché il solo "targeting" dei sintomi può influenzare la valutazione e la prognosi nei casi in cui il paziente presenta un miglioramento dei sintomi che tuttavia non corrisponde a un miglioramento nel funzionamento quotidiano (Coluccia et al., 2017).

Secondo alcuni autori, la qualità della vita può essere definita come "la percezione dell'impatto della malattia su una varietà di dimensioni, inclusi domini fisici, mentali e sociali" (Weidle et al., 2015).

Per il medico che esegue la valutazione, la conoscenza delle percezioni del paziente sulla qualità della vita fornisce informazioni importanti come stima soggettiva del suo funzionamento complessivo in relazione alla prognosi (Weidle et al., 2015; Norberg et al., 2008; Tolin et al., 2005).

Inoltre, numerosi studi hanno dimostrato che limitate remissioni dei sintomi erano associate ad un più limitato miglioramento della qualità di vita, o che il mancato miglioramento della qualità di vita alla fine del trattamento era associato a un rischio più elevato di recidiva (Hollander et al., 2010; Weidle et al., 2015; Norberg et al., 2008; Tolin et al., 2005).

Le caratteristiche cliniche del disturbo in età infantile comportano frequentemente il rischio di un ritardo nella diagnosi con conseguente maggiore durata di malattia non trattata e più significative ripercussioni sullo sviluppo del bambino e sul funzionamento globale (Melin et al., 2018). Questo dato risulta di particolare rilevanza anche in considerazione dell'osservazione che, al contrario, le forme di DOC infantile trattate precocemente mostrano tassi di remissione più elevati (fino al 73% dei casi) rispetto alle forme con esordio in età adulta. In particolare, è emersa una buona risposta ai trattamenti cognitivo-comportamentali, se attuati precocemente, con un miglioramento clinico che si mantiene stabile nel tempo (Melin et al., 2018).

Sembra infatti esserci difficoltà per gli operatori sanitari nel riconoscere e diagnosticare il disturbo ossessivo-compulsivo in età pediatrica in modo appropriato, il che, a sua volta, può prolungare l'intervallo tra la ricerca di aiuto e il raggiungimento di una diagnosi e un trattamento adeguati (Brezinka et al., 2020). Un recente studio mostra infatti che la diffusione delle conoscenze sulla presentazione clinica, la diagnosi e il trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo precoce può ridurre il lungo ritardo tra i primi sintomi del DOC e il trattamento specifico della malattia, che viene segnalato come principale predittore di disturbo ossessivo-compulsivo persistente (Brezinka et al., 2020). A sostegno di ciò anche altri Autori ritengono che il riconoscimento precoce e il trattamento del disturbo ossessivo compulsivo sono cruciali per la prevenzione della cronicità (Freeman et al., 2014; Lewin et al., 2014).

Inoltre poiché i bambini e gli adolescenti con DOC hanno un rischio maggiore di sviluppare problemi psichiatrici e psicosociali clinicamente significativi da adulti, intervenire precocemente offre un'importante opportunità per prevenire tale rischio (Fineberg et al., 2019; Walitza et al., 2019).

Scarsi sono i dati di letteratura disponibili in merito al decorso longitudinale del disturbo, soprattutto delle forme cliniche di interesse neuropsichiatrico, con tassi di remissione variabili dal 17% al 65% (Bloch et al., 2013).

Una recente meta-analisi, condotta da Liu e collaboratori, ha tentato di valutare gli esiti a lungo termine del DOC pediatrico, identificando il tasso di remissione e i potenziali predittori di remissione per tale disturbo (Liu et al., 2021). Gli Autori hanno evidenziato che la prognosi a lungo termine del disturbo ossessivo compulsivo pediatrico apparirebbe relativamente buona. Più del 60% dei pazienti, infatti, si stima che potrebbe raggiungere la remissione del disturbo nel lungo termine. Inoltre, il rapido raggiungimento di una remissione del disturbo, sembrerebbe essere correlato ad una minore frequenza di ricadute anche nel lungo termine. Pertanto, una diagnosi precoce del DOC pediatrico e un intervento terapeutico tempestivo giocherebbero un ruolo importante nella prognosi del disturbo (Liu et al., 2021).

1.5.1 Profilo di comorbidità

Quanto al profilo di comorbidità che si delinea nel DOC infantile-adolescenziale, è evidenza di letteratura che bambini e/o adolescenti con Sintomi dello Spettro Ossessivo presentino tassi più elevati di disturbi neuropsichiatrici: Disturbi dell'Umore (13-70%), Disturbi d'Ansia (13-70%), Disturbo della condotta (3-57%), Sindrome di Tourette (13-26%), Disturbi del linguaggio (13-27%), Disturbi pervasivi dello sviluppo (3-7%), Disturbi del Comportamento Alimentare e Disturbi Psicotici, soprattutto in età adolescenziale (Rubenstein et al., 1992; Geller et al., 2012; Huang et al., 2014).

L'età di esordio del DOC sembrerebbe essere correlata con differenti profili di comorbidità: le forme ad esordio più precoce sono più frequentemente associate a disturbi esternalizzanti e disturbi d'ansia (Masi et al., 2010) mentre le forme ad esordio più tardivo tendono ad avere un profilo di comorbidità più simile a quello osservato negli adulti (Geller et al., 2001).

La comorbidità con sintomi depressivi e di ansia risulterebbe associata a maggiore gravità della sintomatologia ossessivo-compulsiva, a maggiore compromissione funzionale e a ridotti livelli di insight (Peris et al., 2017).

Anche il Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) e il Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC) si manifestano comunemente in comorbidità nei bambini e negli adolescenti. L'evidenza suggerisce che la compromissione funzionale sia aumentata nei bambini a cui sono stati diagnosticati entrambi i disturbi e che vi sia una maggior prevalenza di tratti ASD e di diagnosi di autismo tra bambini e adolescenti con DOC (Tiley & Kyriakopoulos, 2021).

Nella fascia di età infantile-adolescenziale il tasso di comorbidità con altre patologie neuropsichiatriche sembrerebbe quindi elevato. Ne consegue, dunque, la necessità di valutare con attenzione l'eventuale associazione con altri sintomi psicopatologici, in particolare depressivi, risultati fino a 6 volte più frequenti rispetto ai coetanei senza diagnosi di DOC (Peris et al., 2017).

La presenza di almeno un altro disturbo in comorbidità è quindi una condizione molto frequente, rappresentando un fattore prognostico negativo sia in termini di maggiore complessità del trattamento, sia di impatto sul funzionamento globale, con ripercussioni significative a lungo termine.

1.5.2 Ruolo del trauma e di eventi stressanti non traumatici

È noto che eventi di vita traumatici occorsi durante l'infanzia sono associati ad aumentato rischio di manifestazioni psicopatologiche, compreso il DOC: una storia di traumi multipli risulta essere associata ad un maggiore rischio di sviluppare DOC rispetto ad un'anamnesi positiva per un singolo evento traumatico, suggerendo un possibile effetto cumulativo (Park et al., 2014). Inoltre, è stato osservato che i quadri di DOC in associazione con una storia di eventi traumatici sono caratterizzati da una maggiore gravità della sintomatologia ossessivo-compulsiva (Cromer et al., 2007).

Da uno studio recente è emerso che la presenza di eventi traumatici risulta essere associata ad una maggiore prevalenza di pensieri intrusivi egodistonici e, pertanto, questo potrebbe rappresentare un elemento sintomatologico di particolare rilevanza per identificare casi a possibile evoluzione verso una condizione sintomatologica conclamata (Barzilay et al., 2019). È stato inoltre osservato che una storia di eventi avversi in età infantile, in particolare nelle forme di DOC caratterizzate da una maggiore prevalenza di sintomatologia ossessiva fortemente egodistonica, è associato a maggiore rischio di ideazione suicidaria (Khosravani et al. 2017).

La relazione tra specifiche tipologie di eventi traumatici e sviluppo di DOC appare meno definita dal momento che alcuni lavori hanno riportato una prevalente associazione con una storia di abuso sessuale mentre altri hanno evidenziato un ruolo significativo anche di altre tipologie di eventi negativi (Carpenter e Chung, 2011). In particolare, è stato osservato come pazienti con DOC riportino una maggiore incidenza di eventi traumatici infantili nei domini dell'*emotional abuse* ed *emotional neglect* (Lochner et al., 2010).

L'esperienza del maltrattamento infantile, definito come abuso emotivo, fisico e sessuale, o negligenza emotiva e fisica, aumenta il rischio di sviluppare malattie fisiche (Clemens et al., 2018) o disturbi mentali in età adulta (Cohen et al., 2001) ed è associato a costi sostanziali per l'individuo e la società (Magruder, McLaughlin, & Elmore Borbon, 2017). Precedenti ricerche che hanno indagato il ruolo del maltrattamento infantile nello sviluppo della psicopatologia, si sono concentrate principalmente su disturbi mentali come il disturbo da stress post-traumatico (PTSD), i disturbi affettivi, i disturbi della personalità e il disturbo da uso di sostanze (Cohen et al., 2001; Norman et al., 2012). Ci sono anche prove preliminari che l'abuso e l'abbandono dei bambini giocano un ruolo nello sviluppo e nel mantenimento del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), ma questa evidenza è stata tuttavia considerata limitata e incoerente (Borger et al., 2020).

È importante, quindi, chiarire il ruolo dell'associazione tra esperienze traumatiche infantili e DOC. Prove indirette dell'impatto delle esperienze traumatiche sul trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo provengono da due studi che suggeriscono che la presenza di una diagnosi di Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD) in individui che richiedono un trattamento per il DOC, determinerebbe una minore efficacia al trattamento, rispetto agli individui con anamnesi negativa per trauma (Gershuny et al., 2002; Gershuny et al., 2003).

Inoltre, la riduzione dei sintomi OC durante il trattamento sembrerebbe associata ad un peggioramento di alcuni sintomi del disturbo da stress post-traumatico (in particolare quelli intrusivi). Questo potrebbe suggerire che il Disturbo Ossessivo Compulsivo possa rappresentare una strategia di coping nei confronti del Disturbo da Stress Post-Traumatico (Gershuny et al., 2002). È importante sottolineare, tuttavia, che entrambi gli studi non hanno differenziato l'abuso e l'abbandono infantili da altri tipi di trauma e non

hanno studiato l'impatto del trauma sul trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo in assenza di sintomi da stress post-traumatico (Boger et al., 2020).

Anche altri studi hanno indagato l'associazione tra trauma infantile e risposta al trattamento del DOC, evidenziando una correlazione tra storia di maltrattamento infantile (in particolare abuso sessuale, fisico ed emotivo e neglect emotivo), resistenza al trattamento e maggior gravità dei sintomi (Semiz et al., 2014; Fricke et al., 2007).

Non è tuttavia ancora chiaro se traumi o eventi di vita stressanti causino il DOC, siano fattori scatenanti che interagiscono con vulnerabilità preesistenti o siano semplicemente fattori non specifici che possano esacerbare il DOC insieme ad altri aspetti della sintomatologia psichiatrica (Adams et al., 2018).

In ogni caso risulta fondamentale porre enfasi sull'importanza del contesto relazionale in cui si determina la crescita del bambino, quale potenziale fattore coinvolto nella patogenesi del disturbo.

Un importante limite dei dati di letteratura disponibili ad oggi è che la maggior parte degli studi è stata condotta su campioni di soggetti adulti attraverso una valutazione retrospettiva dell'esposizione ad eventi traumatici in età infantile-adolescenziale mentre meno noto è l'impatto che tali eventi di vita negativi possono avere contestualmente al proseguo dello sviluppo.

In conclusione, la precoce età di esordio e la presenza di un evento traumatico in età infantile sembrano essere fattori che predispongono i pazienti con DOC ad un decorso meno favorevole con maggiore gravità della sintomatologia OC (Tibi et al., 2020).

1.5.3 Vulnerabilità personologica

Come per molte altre condizioni di interesse psicopatologico, si ritiene che l'eziologia del DOC comprenda un'interazione tra fattori di vulnerabilità geneticamente determinati e fattori ambientali. Tra i fattori di rischio temperamentali rientrano sintomi internalizzanti, emotività negativa più marcata e inibizione comportamentale in età infantile (DSM-5; APA, 2013).

Nel 1997 il gruppo di ricerca internazionale “Obsessive Compulsive Cognition Working Group” (OCCWG) ha proposto le sei principali credenze disfunzionali ritenute rilevanti nell’influenzare la trasformazione di normali pensieri intrusivi occasionali in ossessioni patologiche: *responsabilità ipertrofica, eccessiva importanza dei propri pensieri, eccessiva preoccupazione riguardo al controllo dei propri pensieri, sovrastima della minaccia, intolleranza dell’incertezza, perfezionismo*. Nello specifico, il perfezionismo è una disposizione di personalità caratterizzata dall’ambizione alla perfezione e dall’impostazione di standard di performance esageratamente alti, accompagnati da valutazioni eccessivamente critiche di Sé (Frost & Marten, 1990). Il perfezionismo ha giocato un ruolo preminente nella teorizzazione del disturbo ossessivo-compulsivo. Le differenti teorie che legano il perfezionismo al DOC condividono diversi temi comuni. Quello predominante è che il perfezionismo si centrerebbe sull’evitare qualcosa di spiacevole (la critica, la disapprovazione, serie conseguenze, l’incertezza o la mancanza di controllo) (Yorulmaz et al., 2006).

L’OCCWG (1997) ha descritto il perfezionismo come uno dei domini di credenze disfunzionali alla base delle valutazioni distorte: esso è la convinzione che esista una

soluzione perfetta basata su una performance perfetta, sempre possibile e necessaria, con la certezza che anche il minimo errore possa causare gravi conseguenze.

Numerose evidenze suggeriscono un legame empirico tra perfezionismo e DOC. Diversi autori hanno posto l'enfasi sul fatto che il costrutto del perfezionismo possiede in sé caratteristiche sia adattive (o funzionali) sia maladattive (o disfunzionali).

In particolare, la componente disfunzionale del perfezionismo risulterebbe maggiormente associata a tratti temperamentali quali nevroticismo, predisposizione a emozioni negative e coping disadattivo (Stoeber & Otto, 2006). Mostrerebbe, inoltre, correlazioni significative con le tendenze ossessivo-compulsive - in particolare con i comportamenti di controllo, dubbio e lentezza (Ashby & Bruner, 2005) - e con conseguenze negative nella qualità di vita dell'individuo (Rhéaume et al., 2000). Al contrario, la componente adattiva del perfezionismo è associata a caratteristiche maggiormente funzionali, come coscienziosità, emozioni positive e coping adattivo (Stoeber & Otto, 2006).

In aggiunta, è stato riscontrato che tratti di personalità quali una elevata "*harm avoidance*" possono rappresentare un importante fattore di predisposizione temperamentale. Questo tratto si caratterizza per eccessiva preoccupazione e paura dell'incertezza, con elevata ereditabilità e stabilità nel tempo (Ettelt et al., 2008). È stato dimostrato che soggetti che in età adulta hanno presentato un quadro conclamato di DOC esprimevano già durante l'adolescenza alti livelli di harm avoidance (Grisham et al., 2011). Inoltre, aumentati livelli di harm avoidance sono stati osservati anche nei familiari di pazienti con DOC e questo potrebbe rappresentare un fattore di mediazione della vulnerabilità familiare al DOC (Calvo et al., 2009).

Si ipotizza quindi che l'harm avoidance possa rappresentare un fattore temperamentale di vulnerabilità in grado di contribuire allo sviluppo del DOC, in interazione con esperienze negative precoci, secondo un modello di diatesi-stress. In particolare, si suppone che l'harm avoidance possa rappresentare un endofenotipo del DOC, trattandosi di una caratteristica ereditabile, associata al quadro patologico, indipendente dallo stato clinico ed osservabile nei familiari (Bey et al., 2017).

Da osservare inoltre che alcune altre caratteristiche personologiche che sono state individuate come tratti di vulnerabilità per sintomi OC (neuroticismo, coscienziosità, introversione) sono associate anche ad alti livelli di trauma infantile, suggerendo dunque una possibile interazione tra questi fattori (Bienvenu et al., 2004).

1.5.4 Stili genitoriali e accomodamento familiare

Tra i diversi fattori ambientali implicati nell'eziologia del disturbo ossessivo-compulsivo sono inclusi modelli specifici di interazione genitore-bambino, come ad esempio uno stile genitoriale iperprotettivo (Wilcox et al., 2008) e l'accomodamento familiare ai sintomi (Calvocoressi et al., 1999).

È infatti probabile che gli stili e le pratiche genitoriali contribuiscano al mantenimento dei sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo e all'accomodamento familiare (Chandrashekhara et al., 2021).

Gli stili genitoriali sono descritti come una combinazione di atteggiamenti e comportamenti dei genitori nei confronti dei loro figli e un ambiente emotivo in cui questi comportamenti sono espressi (Darling & Steinberg, 1993).

Una delle categorizzazioni più ricercate degli stili genitoriali è quella proposta da Baumrind (1971) in: *autoritario, autorevole, non coinvolto, permissivo/indulgente, basato sui costrutti di richiesta e reattività* (Baumrind, 1971). Gli stili genitoriali sono dinamici, influenzati da fattori come la psicopatologia e la personalità genitoriali e il temperamento e la psicopatologia del bambino. Le differenze culturali in termini di interdipendenza e indipendenza incidono ulteriormente sugli stili genitoriali e, a loro volta, sullo sviluppo adolescenziale (Lansford et al., 2018; Bornstein, 2012; Albert et al., 2007; Alonso et al., 2004).

Uno studio recente ha dimostrato che una personalità genitoriale caratterizzata da nevroticismo è associata a uno stile genitoriale autoritario e indulgente e che la genitorialità autoritaria materna è significativamente associata all'ansia auto-riferita nell'adolescente (Chandrashekar et al., 2021). Inoltre, sempre dal medesimo studio è emerso che lo stile materno autorevole è un predittore significativo della gravità dei sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo (Chandrashekar et al., 2021).

In merito al concetto di *accomodamento familiare*, quando si discute del trattamento del DOC nei bambini, esso risulta essere di massima importanza. Accomodamento familiare significa che i genitori dei bambini affetti da disturbo ossessivo-compulsivo tendono ad accogliere e persino a partecipare ai rituali del bambino affetto (Brezinka et al., 2020). Al fine di evitare scoppi d'ira e comportamenti aggressivi del bambino, i genitori spesso adattano le routine quotidiane impegnandosi nei rituali del proprio figlio e facilitano il disturbo concedendo tempo extra, acquistando prodotti specifici (necessari per i rituali) o adattando le regole e l'organizzazione della famiglia al disturbo stesso (Storch et al., 2007; Brezinka, 2015; Lebowitz, 2016).

Sebbene guidato dall'empatia e dalla compassione per il bambino e finalizzato all'attenuazione del disagio che il disturbo comporta, l'accomodamento familiare è segnalato come dannoso perché rafforza ulteriormente sia la convinzione per cui è importante rispondere ai pensieri ossessivi, sia il comportamento di evitamento, aumentando così lo stress e l'ansia (Pontillo et al., 2020; Renshaw et al., 2005; Lebowitz, 2013).

Studi condotti su bambini e adolescenti con DOC (Lebowitz et al., 2012) hanno mostrato che la presenza di accomodamento familiare è associata ad un maggiore livello di gravità della sintomatologia DOC con un conseguente mantenimento ed esacerbazione dei sintomi del DOC, oltre ad un aumento della richiesta di aiuto durante i rituali (Strauss et al., 2015).

Pertanto, in considerazione dell'importante effetto sulla manifestazione clinica e sul decorso del disturbo e sul livello di disagio psicologico individuale che induce nei genitori, l'accomodamento familiare dovrebbe essere considerato nella valutazione e nel trattamento del DOC pediatrico (Pontillo et al., 2020). La letteratura suggerisce infatti che gli interventi volti alla riduzione dell'accomodamento familiare e del disagio psicologico genitoriale, se effettuati subito dopo la valutazione e quindi nella fase iniziale del trattamento, potrebbero aumentare l'adesione del genitore ai protocolli di trattamento più strutturati, come la *Exposure and Response Prevention (ERP)* (Pontillo et al., 2020).

Quanto riportato in merito ai concetti di stili genitoriali e accomodamento familiare, sottolinea innanzitutto l'importanza dell'inclusione dei genitori nel trattamento del DOC pediatrico (poiché è probabile che ciò contribuisca a migliori risultati del trattamento e prevenga le ricadute), e fornisce inoltre importanti contributi anche nell'ambito

dell'intervento per le popolazioni non cliniche, poiché la conoscenza degli stili genitoriali e della personalità genitoriale aiuterebbe la realizzazione di strategie per interventi genitoriali preventivi e promozionali.

2. OBIETTIVO DELLO STUDIO

Obiettivo primario del presente lavoro è condurre un'analisi descrittiva delle caratteristiche epidemiologiche, del profilo clinico e delle comorbidità del campione di pazienti in esame. Nello specifico, si intende descrivere le principali variabili anagrafiche, i contenuti ossessivo-compulsivi maggiormente espressi e le caratteristiche di distribuzione dei punteggi ottenuti ai test somministrati.

Obiettivo secondario, è quello di confrontare l'espressione delle variabili cliniche considerate nell'ambito di alcuni specifici disturbi psichiatrici maggiori, con lo scopo di evidenziare eventuali differenze.

3. MATERIALI E METODI

3.1. Reclutamento

Lo studio è stato condotto su pazienti afferenti alla NPIA dell'AUSL di Parma. Il reclutamento è avvenuto tra Dicembre 2020 e Settembre 2021, previo consenso del Comitato Etico Locale. I pazienti potenzialmente candidati a partecipare allo studio sono stati contattati previa segnalazione da parte degli Specialisti Neuropsichiatri Curanti, ed inclusi nello studio a patto che si trovassero in una condizione di sufficiente stabilizzazione del quadro psicopatologico tale da consentire di completare le valutazioni previste. Ai pazienti e ai genitori degli stessi è stata fornita una descrizione esaustiva e completa della procedura dello studio e dei suoi obiettivi e la partecipazione allo studio è stata possibile solo dopo aver acquisito il consenso informato per il trattamento dei dati e la somministrazione dei test psicodiagnostici.

3.2. Criteri di inclusione ed esclusione

A. Criteri di inclusione:

- Presenza di sintomatologia ossessivo-compulsiva riscontrata tramite il questionario di screening *Obsessive-Compulsive Inventory – Child Version (OCI-CV)*;
- Età compresa tra 6 e 21 anni;

- Sufficiente stabilità clinica da consentire un'adeguata partecipazione allo studio ed un'adeguata valutazione psicopatologica;
- Accordo dei pazienti e dei loro genitori (o di chi ne fa le veci) alla partecipazione allo studio.

B. Criteri di esclusione:

- Condizione medica generale che possa essere correlata al disturbo mentale;
- Dipendenza o abuso di sostanze;
- Disabilità intellettiva (punteggio inferiore a 25 al Mini Mental State Examination o secondo giudizio clinico).

3.3. Procedura

Tutti i pazienti arruolati nello studio hanno compilato i seguenti questionari:

1) Variabili cliniche-demografiche

Tutti i pazienti hanno compilato un questionario in cui hanno indicato età, sesso, anni di scolarità, stato familiare e stato abitativo. Tramite un primo breve colloquio e attraverso i dati ricavabili dalle cartelle cliniche sono state estrapolate informazioni circa diagnosi all'esordio, eventuale terapia all'esordio, familiarità, età di esordio della malattia e terapia attuale. Infine, è stato calcolato il numero di visite/mensili effettuate presso il Servizio di Competenza.

2) Dimensione ossessiva

a. *Obsessive-Compulsive Inventory – Child Version (OCI-CV; Foa et al. 2010; versione italiana Pozza et al. 2017)*

L'OCI-CV è un questionario autosomministrato, basato sulla Obsessive Compulsive Inventory-Revised (OCI-R), che valuta la presenza di sintomi ossessivo-compulsivi nei bambini, nel mese precedente. L'OCI-CV include sei sottoscale, collegate alle dimensioni più comuni della sintomatologia ossessivo-compulsiva (Dubbio/Controllo; Ossessioni; Accumulo; Lavaggio; Ordine e Neutralizzazione) le quali vengono sommate per ottenere il punteggio totale. Il questionario è costituito da 21 item, a ciascuno dei quali viene assegnato un punteggio compreso tra 0 e 2 (0 = Mai; 1 = A volte; 2 = Sempre).

Le proprietà psicometriche della OCI-CV sono documentate da tempo, con buona consistenza interna ($\alpha=0.81-0.88$) e test-retest reliability ($r=0.68-0.89$).

b. *Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS; Scahill et al. 1997, versione italiana Novara et al. 2020)*

La CY-BOCS, versione per minori della Y-BOCS, è una scala di valutazione eterosomministrata che ha lo scopo di fornire una misura specifica della gravità dei sintomi del DOC, indipendentemente dal numero delle ossessioni e compulsioni presenti e dal loro contenuto. Può essere somministrata sia al bambino che ai genitori e si compone di 10 items (5 per le ossessioni e 5 per le compulsioni) che, in riferimento alla sintomatologia, misurano il tempo occupato, l'interferenza, l'angoscia, il controllo e la resistenza. Al momento dell'intervista l'arco temporale preso in considerazione è quello dell'ultima settimana. Avendo ogni item una valutazione che può andare da 0 a 4, il

livello di gravità per ossessioni e compulsioni è derivato sommando i 5 items specifici, mentre lo score totale è derivato sommando tutti e 10 gli items della scala; un punteggio da 0 a 7 indica l'assenza di sintomi ossessivo-compulsivi, da 8 a 15 la presenza di sintomi lievi, da 16 a 23 la presenza di sintomi moderati, da 24 a 31 la presenza di sintomi gravi, da 32 a 40 la presenza di sintomi molto gravi.

c. *Obsessive beliefs questionnaire (OBQ; OCCWG, 1997, versione Italian Dorz et al. 2009)*

L'OBQ è un questionario costituito da 87 item che indaga credenze ed affermazioni, considerate tipiche della modalità di pensiero ossessiva. Al partecipante viene chiesto di indicare il livello di accordo con ogni affermazione, con un punteggio che va da -3 (sono molto in disaccordo) a +3 (sono molto d'accordo). Gli item valutano sei sottoscale che rappresentano le dimensioni tipiche del DOC: controllo dei pensieri; importanza dei pensieri, responsabilità, intolleranza dell'incertezza, sovrastima del pericolo e perfezionismo.

3) Eventi traumatici infantili-adolescenziali

- *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein et al., 2003, versione italiana Innamorati et al. 2016)*

Questionario retrospettivo che indaga cinque tipi di esperienze traumatiche avvenute durante l'infanzia-adolescenza: emotional abuse, emotional neglect, physical abuse, physical neglect, sexual abuse. Comprende 28 items (short version) o 34 items (standard version) e ogni item è valutato con un punteggio che corrisponde ad una gravità da 1 (mai) a 5 (molto spesso). Il punteggio totale per ogni tipo di trauma varia da 5 a 25. La versione corta della CTQ è stata standardizzata e validata in Francia già dal 2004.

Siccome non esiste una versione italiana della CTQ, questa è stata adattata per la popolazione italiana prima dell'inizio dello studio, utilizzando tecniche psicometriche e statistiche per stabilire l'equivalenza rispetto all'originale e versioni linguistiche target dello strumento.

4) Funzionamento Globale

- *Global Assessment Scale for Children (CGAS; Shaffer, 1983, versione italiana Mugno et al. 2014)*

È una scala che misura il funzionamento globale nei mesi precedenti. Il punteggio della scala va da 1 (che identifica il funzionamento più scadente) a 100 (che identifica il migliore funzionamento possibile). Punteggi superiori al 70 vengono considerati indicativi di un funzionamento e di un benessere nella norma. Ad ogni decile corrispondono degli esempi descrittivi, applicabili a situazioni di vita tipiche di bambini.

I punteggi globali hanno mostrato una buona sensibilità ai cambiamenti del quadro clinico durante il tempo (ad es. prima e dopo il trattamento).

5) Stile di attaccamento familiare

- *Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA; Armsden & Greenberg, 1987, versione italiana Guarnieri et al., 2009)*

Scala autosomministrata composta da 53 item, volta a definire le dimensioni cognitive ed affettive delle relazioni con genitori e gruppo di pari. Consiste di due sottoscale su modello Likert: la prima (IPPA-G), composta da 28 item, misura il tipo di attaccamento in riferimento ai genitori, mentre la seconda (IPPA-P), articolata su 25 item, misura il tipo di attaccamento in riferimento al gruppo di pari. Il format degli item è una scala

Likert a 5 punti: 1 (quasi sempre o sempre vero), 2 (spesso vero), 3 (a volte vero), 4 (raramente vero) e 5 (quasi mai o mai vero). Oltre a fornire indicazione del livello percepito di sicurezza nella relazione con specifiche figure di attaccamento, sono ricavabili punteggi per tre ulteriori sottoscale, che esprimono il grado di fiducia, comunicazione e alienazione nei confronti di tali figure.

6) Dimensione affettiva

- *Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs 1985, versione italiana Camuffo et al. 1988)*

Test autosomministrato composto da 27 item, volto alla definizione della presenza di segni comportamentali, cognitivi o neurovegetativi della depressione. Viene utilizzata in soggetti di età compresa tra 8-17 anni, a cui si richiede di prendere in esame, come arco temporale, le ultime 2 settimane. Ogni item permette di valutare uno specifico sintomo (es. piangere, difficoltà di concentrazione, idee di morte), tramite una scala che va da 0 (non presente) a 2 (massimo grado di severità). Lo score totale definisce un range di gravità che va da 0 a 54.

7) Sintomi di Base

- *Strumento di Valutazione per la propensione alla Schizofrenia (SPI-CY; Schultze-Lutter et al., 2012, versione italiana Schimmelmann et al. 2012)*

I sintomi di base sono delle manifestazioni subcliniche sottili ed esperite soggettivamente, che riguardano la tolleranza allo stress, l'affettività, il pensiero, il linguaggio e la percezione. Essi sono considerati i primi segnali, percepibili dal paziente, riconducibili all'esordio della psicosi e sono diretta espressione dei correlati neurobiologici della malattia.

La SPI-CY è costituita da quattro sottoscale, ciascuna delle quali comprendente dagli 8 ai 19 item, che valutano la frequenza massima dei sintomi nei tre mesi precedenti.

- Adinamia: diminuzione della spinta; diminuita tolleranza allo stress; cambiamenti dell'affettività; disturbi aspecifici di memoria, concentrazione e pensiero.
- Disturbi della percezione: disturbi della vista, dell'udito e della percezione corporea; derealizzazione; ideazioni di riferimento; incapacità di discriminare i processi ideici dalle percezioni.
- Neuroticismo: diminuito desiderio di contatti sociali; irritabilità; fenomeni fobici ed ossessivi; depersonalizzazione; sensazione di dolore circoscritto.
- Disturbi aspecifici del pensiero, della motricità e della memoria.

4. ANALISI STATISTICHE

Per quanto riguarda l'analisi delle variabili socio-anagrafiche sesso e diagnosi sono state utilizzate frequenze e percentuali. Per la variabile numerica età, invece, sono stati calcolati i valori massimi e minimi, il valore medio e la deviazione standard.

In merito alla descrizione delle variabili cliniche, ossia dei punteggi ottenuti ai questionari somministrati, sono stati calcolati punteggi massimi e minimi, punteggio medio, deviazione standard e indici di forma (asimmetria e curtosi), riferiti allo score totale e alle singole sottoscale dei questionari, quando presenti. Inoltre si è ricorso alla statistica di Kolmogorov-Smirnov per verificare che, per ogni test, fosse rispettato il requisito di normalità (significatività superiore a .05 indica che i punteggi si distribuiscono normalmente e, quindi, il requisito di normalità è rispettato). Per una rappresentazione grafica delle distribuzioni dei punteggi si sono utilizzate tre tipologie di grafici differenti: l'istogramma, il Q-Q plot e il boxplot.

In accordo con l'obiettivo secondario dello studio, sono stati realizzati confronti tra gruppi diagnostici relativamente ai punteggi ottenuti ai vari test. A questo scopo, si è inizialmente verificato il soddisfacimento del requisito di omoschedasticità per ogni questionario, utilizzando il test di Levene (p-value superiore a .05 indica che il requisito di omoschedasticità è rispettato). In seguito sono stati eseguiti confronti multipli tra i vari gruppi diagnostici utilizzando l'analisi post-hoc con Bonferroni: un p-value inferiore a .05 indica che le medie dei punteggi riferiti ai due gruppi a confronto sono significativamente differenti. Dal punto di vista della rappresentazione grafica dei confronti effettuati, sono stati utilizzati i Boxplot.

5. RISULTATI

1. Descrizione delle variabili socio-anagrafiche

a) Sesso

SESSO		
	FREQUENZA	PERCENTUALE
MASCHI	6	42,9
FEMMINE	8	57,1
TOTALE	14	100,0

Tabella 1: Frequenze e percentuali SESSO

Per quanto riguarda la distribuzione di genere (Tabella 1), il campione è rappresentato da 6 maschi e 8 femmine. Non è stato tuttavia possibile condurre indagini di confronto tra questi due gruppi, poiché essi non possiedono varianze omogenee e, pertanto, non soddisfano il requisito di omoschedasticità.

b) Età

ETÀ					
	N	MIN	MAX	M	SD
ETÀ	14	12	21	15,5	2,4

Tabella 2: Statistiche descrittive ETA'

Relativamente all'età, il campione oggetto di studio ha un'età media pari a 15,5 anni (sd = 2,4). Il soggetto più piccolo ha 12 anni, il più grande 21.

c) Diagnosi

DIAGNOSI

	FREQUENZA	PERCENTUALE
DOC	6	42,9
DCA	3	21,4
SPETTRO SCHIZOFRENICO	3	21,4
ALTRI	2	14,3
TOTALE	14	100,0

Tabella 3: Frequenze e percentuali DIAGNOSI

Infine è stata condotta un'analisi della distribuzione percentuale delle varie categorie diagnostiche alle quali afferiscono i pazienti arruolati per lo studio (Tabella 3). I pazienti sono stati infatti suddivisi in quattro principali categorie diagnostiche, sulla base delle caratteristiche cliniche manifestate nel momento in cui sono stati reclutati. In particolare:

- Categoria “DOC”: include i pazienti presentanti un quadro clinico che soddisfa i criteri per una diagnosi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DSM-V);
- Categoria “DCA”: include i pazienti presentanti un quadro clinico che soddisfa i criteri per una diagnosi di Disturbo del Comportamento Alimentare (DSM-V);
- Categoria “Spettro Schizofrenico”: include i pazienti presentanti sintomi di natura psicotica ascrivibili a quadri clinici quali Schizofrenia, Tratti Schizotipici di Personalità, Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato;
- Categoria “Altri”: include i pazienti che al momento dell'arruolamento presentavano una condizione di disagio psichico tale da richiedere accesso ai servizi di Neuropsichiatria Infantile ma che, tuttavia, non possedevano caratteristiche cliniche

sufficienti per porre una diagnosi categoriale certa di un disturbo psichiatrico maggiore secondo i criteri del DSM-V.

È emerso che tra i disturbi psichiatrici maggiori che più frequentemente presentano un quadro clinico caratterizzato anche da sintomatologia ossessivo-compulsiva rientrano: il Disturbo Ossessivo-Compulsivo, che rappresenta la maggior parte del campione in esame, con una percentuale pari al 42,9%; i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) e lo Spettro Schizofrenico, entrambi rappresentanti il 21,4% del campione complessivo e, infine, la categoria Altri seppur in minor percentuale (14,3%).

2. Descrizione delle variabili cliniche

Per quanto riguarda le variabili cliniche esaminate, esse fanno riferimento ai punteggi ottenuti alla batteria di test somministrata ad ogni paziente arruolato. In questo caso è stata condotta un'analisi descrittiva dei punteggi, esaminando nello specifico punteggi massimi e minimi, punteggi medi, deviazione standard e indici di forma (asimmetria e curtosi) relativi ad ogni test e alle proprie sottoscale, dove presenti. Inoltre, per ogni questionario, è stato utilizzato la statistica di Kolmogorov-Smirnov per verificare che i punteggi seguissero una distribuzione normale (una significatività $> .05$ indica che il requisito di normalità è rispettato). Per la rappresentazione grafica della distribuzione dei punteggi sono stati utilizzati Istogrammi, Q-Q Plot e Boxplot.

a) Dimensione ossessiva

- *Obsessive-Compulsive Inventory – Child Version (OCI-CV)*

TEST DI NORMALITÀ KOLMOGROV-SMIRNOV

	STATISTICA	GL	SIGNIFICATIVITÀ
OCI-CV TOT	,155	14	,200

Tabella 4b: Test di Normalità Kolmogrov-Smirnov OCI-CV

OBSESSIVE-COMPULSIVE INVENTORY – CHILD VERSION (OCI-CV)

	N	MIN	MAX	M	SD	ASIMMETRIA	CURTOSI
OCI-CV TOT	14	6,00	27,00	16,3	7,4	-,147	-1,220
OCI-CV Wash	14	,00	6,00	2,00	2,04		
OCI-CV Check	14	1,00	9,00	4,3	2,3		
OCI-CV Neutr	14	,00	4,00	1,6	1,3		
OCI-CV Obs	14	,00	6,00	2,9	2,1		
OCI-CV Hoard	14	,00	5,00	2,4	1,9		
OCI-CV Ord	14	1,00	6,00	3,1	1,8		

Tabella 4a: Statistiche descrittive OCI-CV

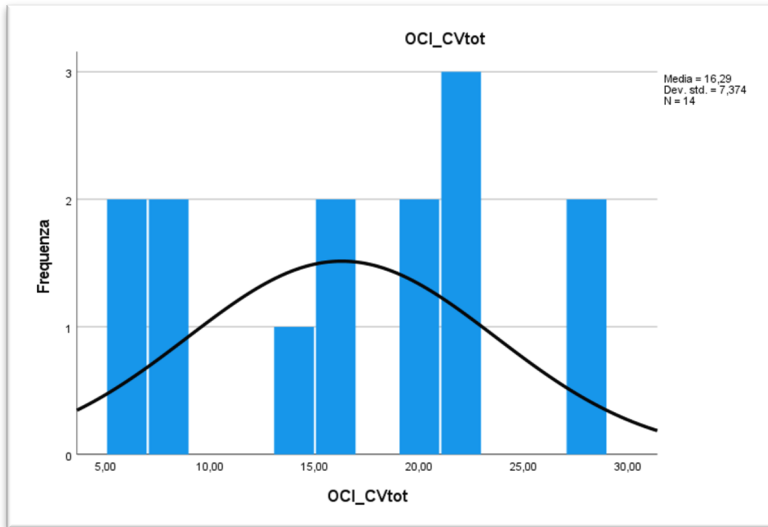


Grafico 1a: Istogramma OCI-CV

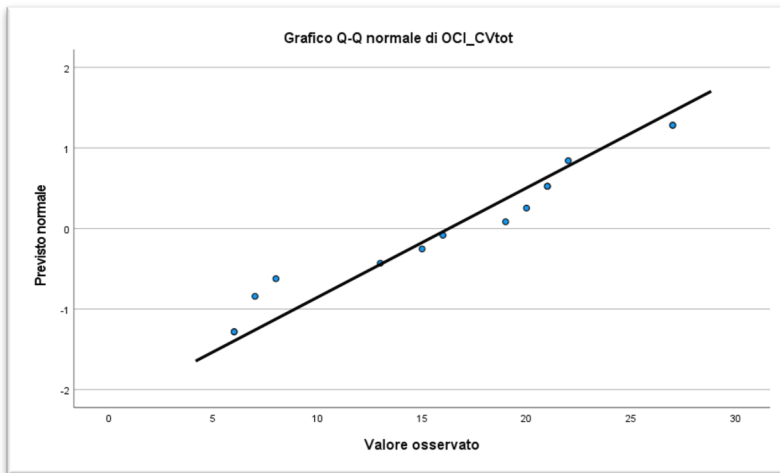


Grafico 1b: Q-Q Plot OCI-CV

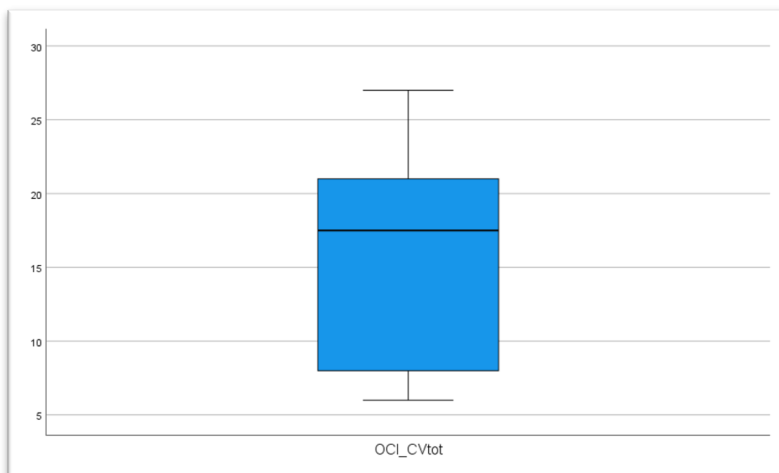


Grafico 1c: Boxplot OCI-CV

Circa il questionario OCI-CV (Tabella 4a) il campione in esame ha riportato un punteggio medio pari a 16,3 (sd = 7,4), all'interno di un range di punteggi compreso tra 6 (min) e 27 (max). Per quanto riguarda gli indici di asimmetria e curtosi, si osserva un'asimmetria a sinistra (-,147) e una forma che segue una distribuzione platicurtica (curtosi = -1,22). Analizzando le diverse sottoscale del questionario è emerso inoltre che, in media, la dimensione della sintomatologia OC più frequente nel campione esaminato è quella del controllo – “*check*” – (m = 4,3 sd = 2,3), seguita dalla dimensione dell'ordine – “*ord*” – (m = 3,1 sd = 1,8), dalla dimensione delle ossessioni – “*obs*” – (m = 2,9 sd = 2,1), dell'accumulo – “*hoard*” – (m = 2,4 sd = 1,9), del lavaggio – “*wash*” – (m = 2,0 sd = 2,0) e, infine, la dimensione meno rappresentata nel campione, ossia quella della neutralizzazione – “*neutr*” – (m = 1,6 sd = 1,3). Il test di Kolmogorov-Smirnov (Tabella 4b) e i grafici 4a, 4b e 4c mostrano che i punteggi si distribuiscono normalmente.

- *Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS)*

CHILDREN'S YALE-BROWN OBSESSIVE-COMPULSIVE SCALE (CY-BOCS)

	N	MIN	MAX	M	SD	ASIMMETRIA	CURTOSI
CY-BOCS TOT	14	2,00	28,00	18,36	8,94	-,832	-,462
OSSESSIONI Tot	14	,00	15,00	9,14	5,18		
COMPULSIONI Tot	14	1,00	17,00	9,43	4,47		
OBS Time	14	0	3	1,93	1,21		
OBS Interference	14	0	3	1,43	1,09		
OBS Distress	14	0	3	1,64	1,22		
OBS Resistance	14	0	4	2,21	1,53		

OBS Control	14	0	4	1,86	1,23
COMP Time	14	0	3	1,93	,92
COMP Interference	14	0	3	1,21	,89
COMP Distress	14	0	4	2,00	1,11
COMP Resistance	14	0	4	1,86	1,35
COMP Control	14	0	4	2,29	1,2

Tabella 5a: Statistiche descrittive CY-BOCS

TEST DI NORMALITÀ KOLMOGROV-SMIRNOV

	STATISTICA	GL	SIGNIFICATIVITÀ
CY-BOCS TOT	,216	14	,076

Tabella 5b: Test di Normalità Kolmogrov-Smirnov CY-BOCS

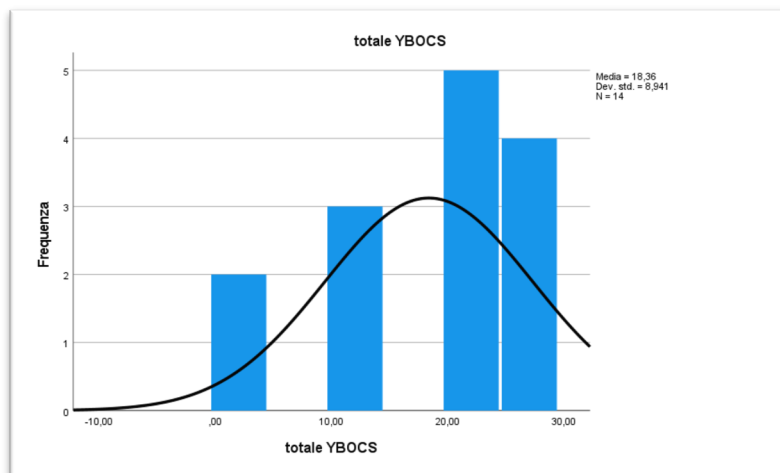


Grafico 2a: Istogramma CY-BOCS

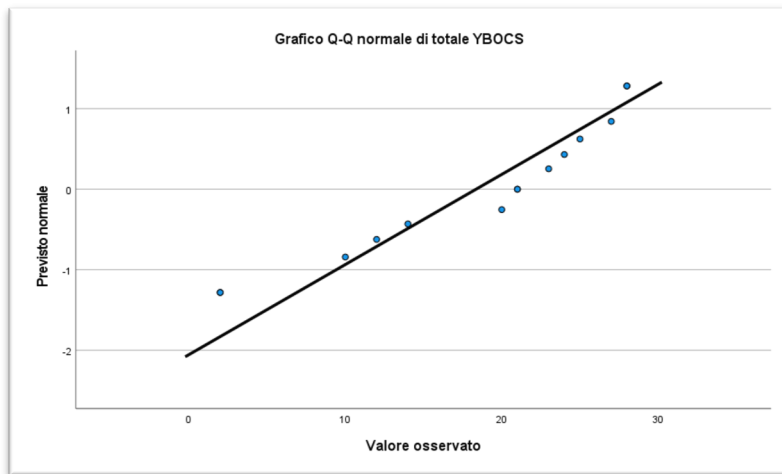


Grafico 2b: Q-Q Plot CY-BOCS

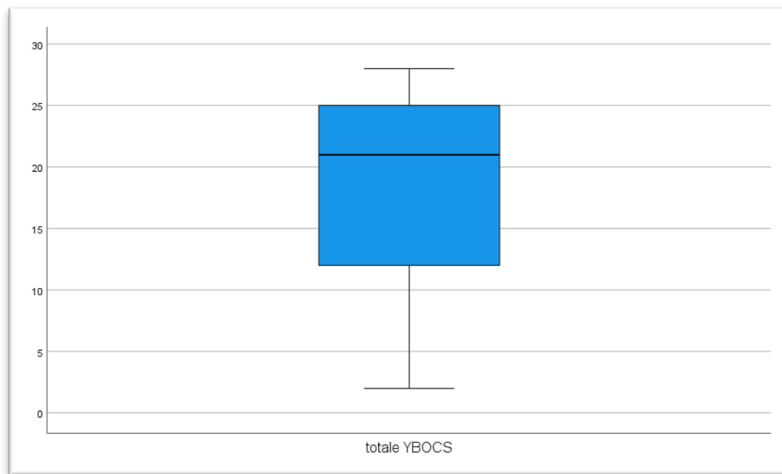


Grafico 2c: Boxplot CY-BOCS

Al questionario CY-BOCS (Tabella 5a) il campione ha riportato un punteggio medio pari a 18,3 (sd = 7,4) con un range distribuito tra un punteggio minimo pari a 2 e un punteggio massimo pari a 28. Anche in questo caso la distribuzione dei punteggi è asimmetrica a sinistra (-,832) e la forma della distribuzione è platicurtica (curtosi = -,462). Relativamente alla dimensione delle Ossessioni, si è trovato un punteggio medio pari a 9,1 (sd = 5,2) in un range compreso tra 0 e 15; circa la dimensione delle Compulsioni, invece, il punteggio medio ottenuto dal campione in esame è 9,4 (sd =

4,5) compreso tra un punteggio minimo pari a 1 e un massimo pari a 17. Nello specifico l'aspetto relativo alle ossessioni che è risultato avere punteggi medi maggiori è quello della resistenza – “*resistance*” – (m = 2,2 sd = 1,5); successivamente vi è quello del tempo occupato – “*time*” – (m = 1,9 sd = 1,1), seguito da quello relativo al controllo – “*control*” – (m = 1,9 sd = 1,2), all'angoscia – “*distress*” – (m = 1,6 sd = 1,2) e infine quello con punteggi medi minori è l'aspetto dell'interferenza – “*interference*” – (m = 1,4 sd = 1,1). Quanto alle Compulsioni, gli items del questionario indagano i medesimi aspetti citati per le Ossessioni e ne è emerso che i punteggi medi maggiori sono quelli riferiti al dominio del controllo (m = 2,3 sd = 1,2), secondariamente quelli relativi all'angoscia (m = 2,0 sd = 1,1), seguiti da quelli del dominio del tempo (m = 1,9 sd = 0,9), quelli del dominio della resistenza (m = 1,8 sd = 1,4) e, infine, i punteggi medi minori sono quelli riferiti al dominio dell'interferenza (m = 1,2 sd = 0,1). La significatività di Kolmorov-Smirnov >.05 (Tabella 5b) e la distribuzione dei punteggi evidente dai grafici 2a, 2b e 2c indicano che il requisito di normalità è rispettato.

- *Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ)*

OBSESSIVE BELIEFS QUESTIONNAIRE (OBQ)

	N	MIN	MAX	M	SD	ASIMMETRIA	CURTOSI
OBQ TOT	14	26,00	134,00	71,28	30,88	,526	-,447
OBQ Minaccia	14	8,00	35,00	18,64	8,66		
OBQ Perfezionismo	14	5,00	34,00	19,71	8,72		
OBQ Responsabilità	14	5,00	33,00	15,5	7,92		
OBQ Controllo Pensieri	14	8,00	32,00	17,43	8,96		

Tabella 6a: Statistiche descrittive OBQ

TEST DI NORMALITÀ KOLMOGROV-SMIRNOV

	STATISTICA	GL	SIGNIFICATIVITÀ
OBQ TOT	,177	14	,200

Tabella 6b: Test di Normalità Kolmogrov-Smirnov OBQ

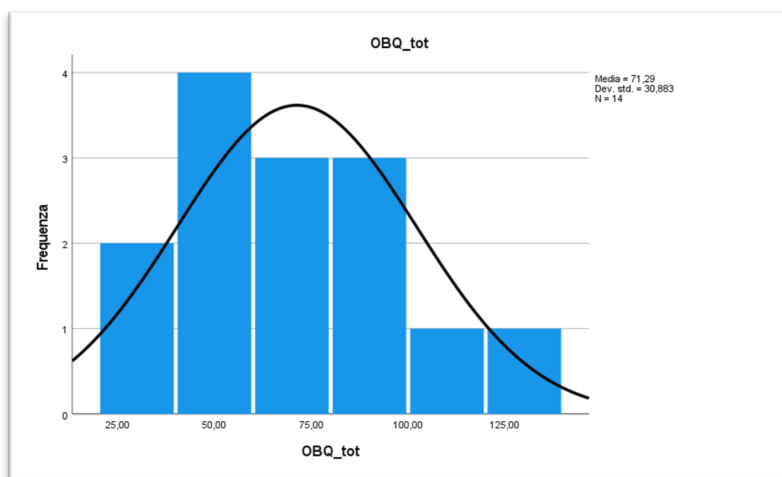


Grafico 3a: Istogramma OBQ

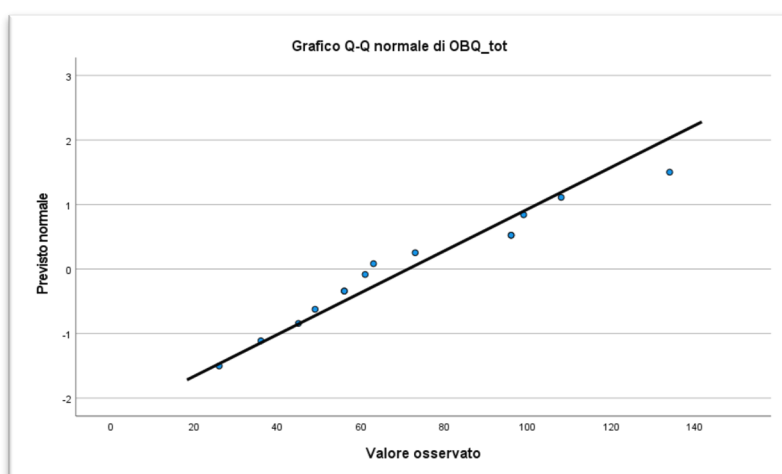


Grafico 3b: Q-Q Plot OBQ

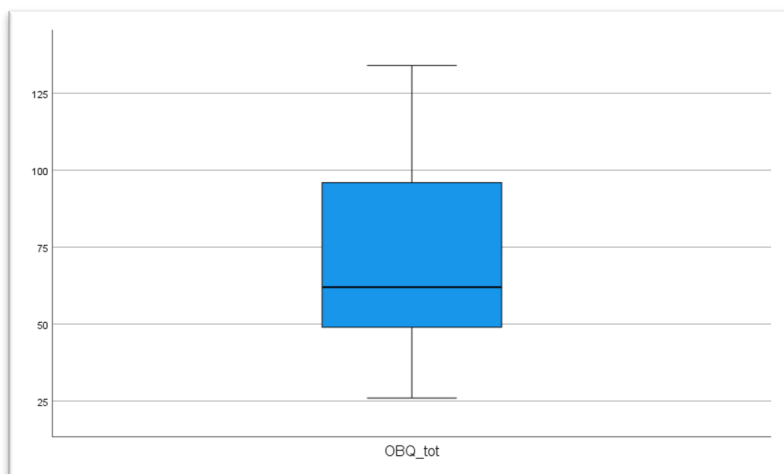


Grafico 3c: Boxplot OBQ

Infine, sempre relativamente alla dimensione ossessiva, si sono analizzati i risultati ottenuti al questionario OBQ (Tabella 6a). Il campione in esame ha riportato un punteggio medio pari a 71 ($sd = 31$), all'interno di un range di punteggi compreso tra 26 (min) e 134 (max). In questo caso i punteggi del questionario seguono una distribuzione asimmetrica a destra ($\text{skewness} = ,526$) e una tipologia di forma platicurtica ($\text{kurtosis} = -,447$). Dall'analisi delle sottoscale del questionario OBQ che indagano le dimensioni tipiche del DOC, è emerso che la dimensione riferita al perfezionismo ha ottenuto punteggi medi maggiori ($m = 19,7$ $sd = 8,7$), seguita dalla dimensione della minaccia ($m = 18,6$ $sd = 8,7$), dalla dimensione del controllo dei pensieri ($m = 17,4$ $sd = 8,9$) e infine dalla dimensione della responsabilità ($m = 15,5$ $sd = 7,9$). La significatività di Kolmogorov-Smirnov è pari a ,200 (Tabella 6b) pertanto la distribuzione dei punteggi è normale, come evidenziato anche dalle rappresentazioni grafiche (Grafico 3a, 3b, 3c).

b) Eventi traumatici

- *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)*

CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE (CTQ)

	N	MIN	MAX	M	SD	ASIMMETRIA	CURTOSI
CTQ TOT	14	47,00	85,00	58,57	9,44	1,816	4,42
CTQ Emotional Abuse	14	5,00	13,00	7,00	2,98		
CTQ Physical Abuse	14	5,00	21,00	7,07	4,41		
CTQ Sexual Abuse	14	5,00	18,00	6,07	3,47		
CTQ Emotional Neglect	14	12,00	25,00	21,00	5,00		
CTQ Physical Neglect	14	9,00	17,00	12,86	1,61		

Tabella 7a: Statistiche descrittive CTQ

TEST DI NORMALITÀ KOLMOGROV-SMIRNOV

	STATISTICA	GL	SIGNIFICATIVITÀ
CTQ TOT	,310	14	,001

Tabella 7b: Test di Normalità Kolmogrov-Smirnov CTQ

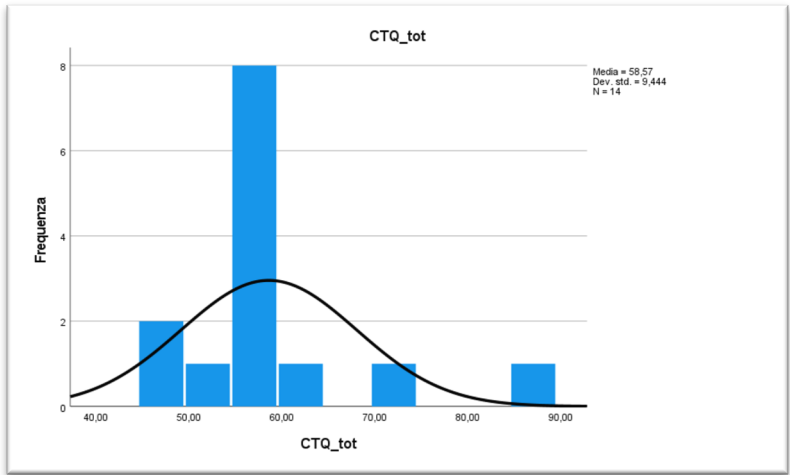


Grafico 4a: Istogramma CTQ

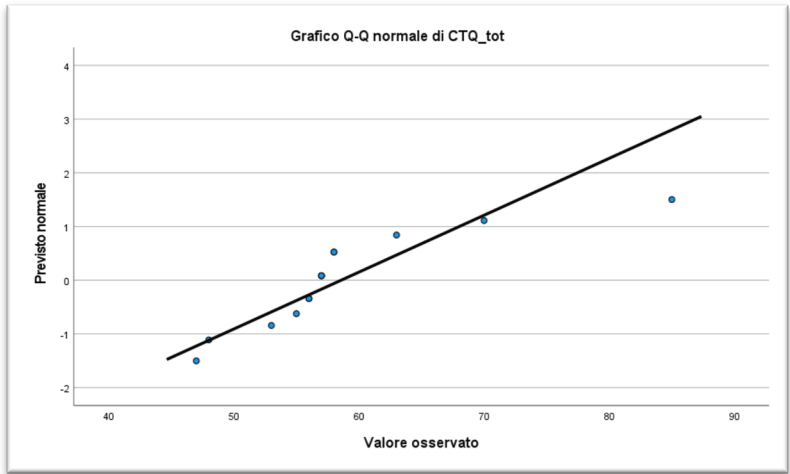


Grafico 4b: Q-Q Plot CTQ

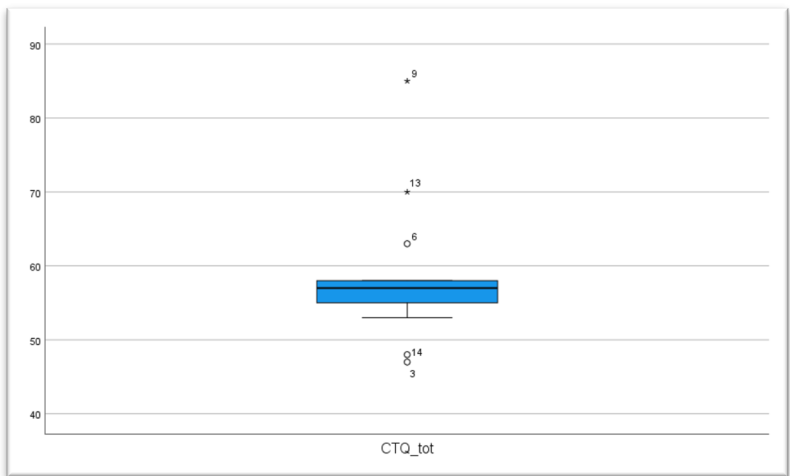


Grafico 4c: Boxplot CTQ

Come evidenziato nella Tabella 7a, il campione esaminato ha riportato un punteggio medio pari a 58,6 (sd = 9,4) all'interno di un range che presenta 47 come punteggio minore ottenuto e 85 come punteggio maggiore. La distribuzione è asimmetrica a destra (1,816) e la distribuzione segue una forma leptocurtica (curtosi = 4,42). Nello specifico, dall'analisi delle statistiche riferite alle singole sottoscale del questionario CTQ, emerge che la tipologia di trauma più ricorrente nel campione è quella della negazione dell'emozione – “*emotional neglect*” – (m = 21 sd = 5), successivamente vi è il trauma connesso alla negazione fisica – “*physical neglect*” – (m = 12,8 sd = 1,6), seguito dall'abuso fisico – “*physical abuse*” – (m = 7,1 sd = 4,4) e dall'abuso emotivo – “*emotional abuse*” – (m = 7 sd = 2,9) e infine, l'evento traumatico meno presente all'interno del campione in esame è quello dell'abuso sessuale – “*sexual abuse*” – (m = 6,1 sd = 3,5). In questo caso la significatività di Kolmogorov-Smirnov è minore di .05 (Tabella 7b), pertanto la distribuzione dei punteggi al test CTQ non risponde al requisito di normalità, come visibile anche dai grafici 4a, 4b e 4c.

c) Funzionamento globale

- *Global Assessment Scale for Children (CGAS)*

GLOBAL ASSESSMENT SCALE FOR CHILDREN (CGAS)

	N	MIN	MAX	M	SD	ASIMMETRIA	CURTOSI
CGAS	14	42,00	88,00	65,21	16,4	0,49	-1,577

Tabella 8a: Statistiche descrittive CGAS

TEST DI NORMALITÀ KOLMOGROV-SMIRNOV

	STATISTICA	GL	SIGNIFICATIVITÀ
CGAS TOT	,162	14	,200

Tabella 8b: Test di Normalità Kolmogrov-Smirnov CGAS

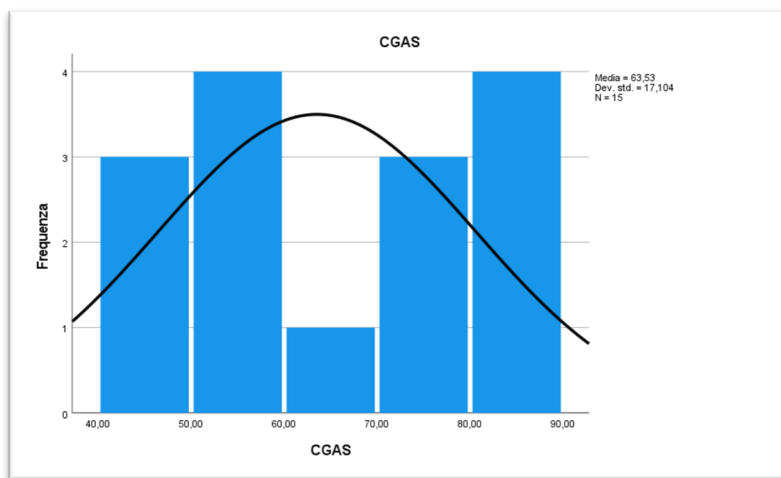


Grafico 5a: Istogramma CGAS

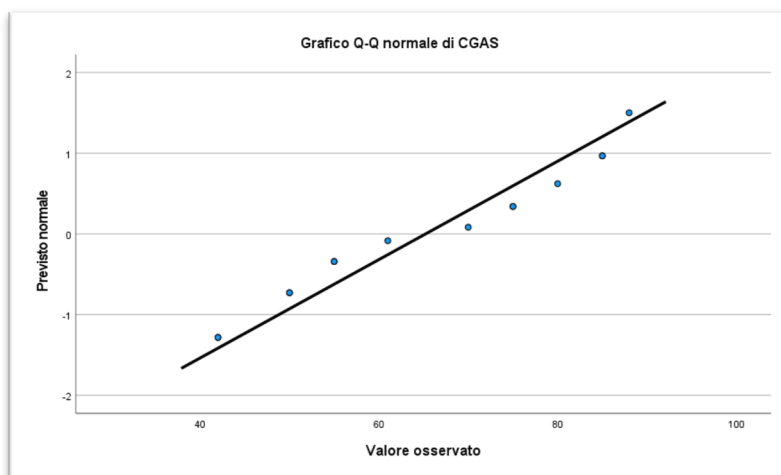


Grafico 5b: Q-Q Plot CGAS

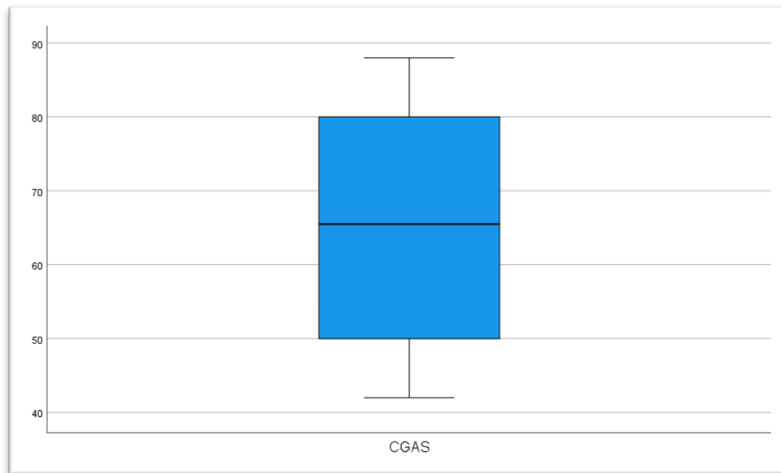


Grafico 5c: Boxplot CGAS

Come riportato in Tabella 8a, il punteggio medio ottenuto è pari a 65,2 (sd = 16,4), all'interno di un range compreso tra 42 (min) e 88 (max). L'asimmetria è a destra (0,49) e la forma della distribuzione è platicurtica (curtosi = -1,577). I punteggi si distribuiscono normalmente, come dimostra la significatività maggiore di .05 della statistica Kolmogrov-Smirnov (Tabella 8b) e come emerge anche dalle rappresentazioni descrittive (Grafico 5a, 5b e 5c).

d) Stile di attaccamento familiare

- *Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA)*

INVENTORY OF PARENT AND PEER ATTACHMENT (IPPA)

	N	MIN	MAX	M	SD	ASIMMETRIA	CURTOSI
IPPA GENITORI TOT	14	124,00	179,00	156,43	15,08	-,614	,197
IPPA PARI TOT	14	57,00	127,00	82,28	17,42	1,197	2,498
Fiducia Paterna	14	16,00	42,00	30,92	8,38		

Comunicazione Paterna	14	15,00	40,00	27,36	8,17
Disaffezione Paterna	14	6,00	30,00	17,71	7,79
Fiducia Materna	14	22,00	42,00	33,93	6,79
Comunicazione Materna	14	16,00	40,00	30,14	7,63
Disaffezione Materna	14	6,00	26,00	16,36	6,56
Fiducia con i Pari	14	16,00	46,00	35,21	7,88
Comunicazione con i Pari	14	8,00	66,00	27,56	14,06
Disaffezione dai Pari	14	11,00	30,00	19,5	5,5

Tabella 9a: Statistiche descrittive IPPA

TEST DI NORMALITÀ KOLMOGROV-SMIRNOV

	STATISTICA	GL	SIGNIFICATIVITÀ
IPPA GENITORI TOT	,124	14	,200
IPPA PARI TOT	,175	14	,200

Tabella 9b: Test di Normalità Kolmogrov-Smirnov IPPA

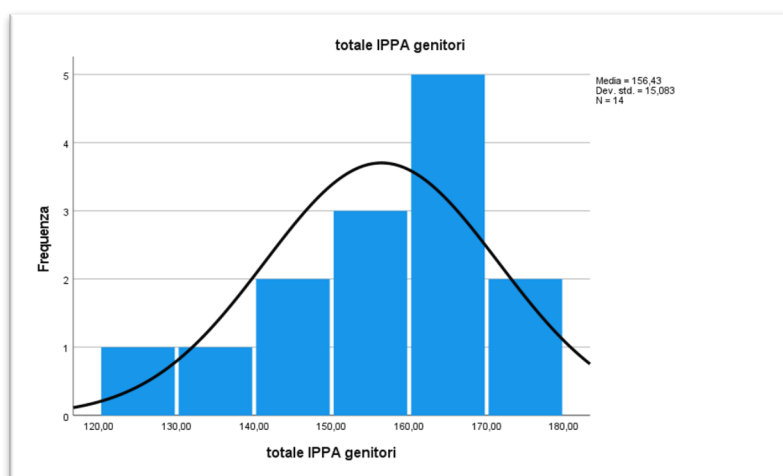


Grafico 6a: Istogramma IPPA Genitori

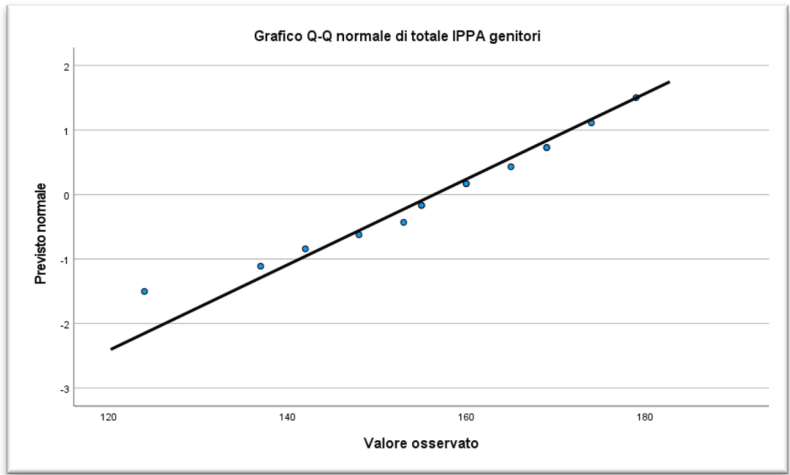


Grafico 6b: Q-Q Plot IPPA Genitori

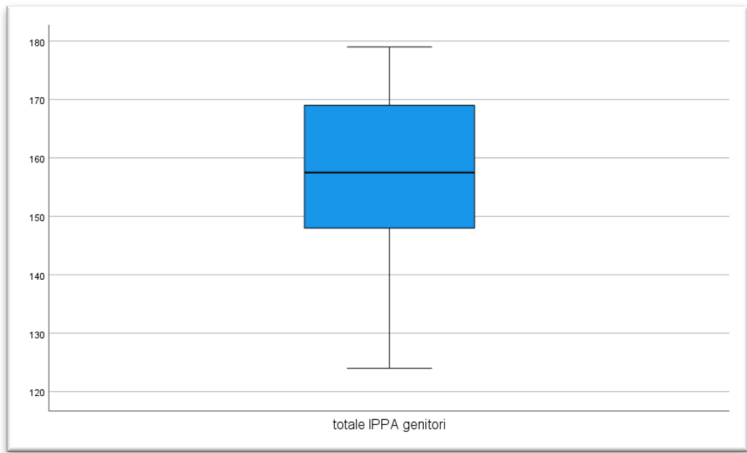


Grafico 6c: Boxplot IPPA Genitori

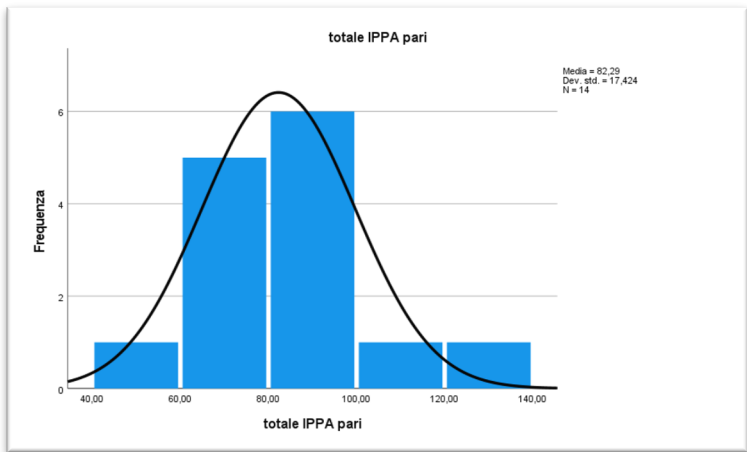


Grafico 7a: Istogramma IPPA Pari

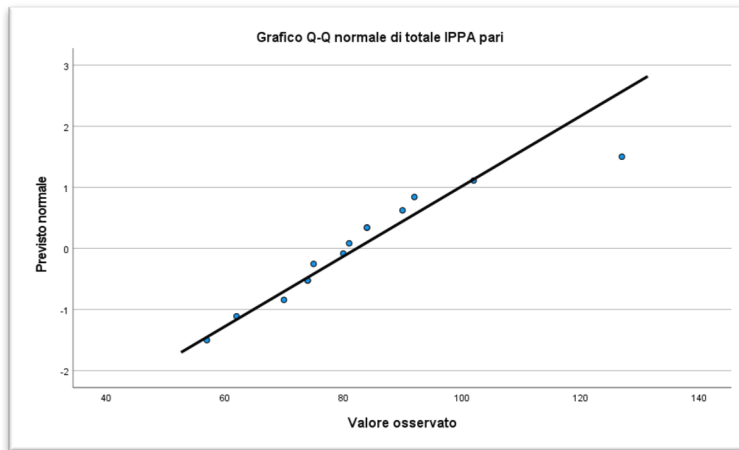


Grafico 7b: Q-Q Plot IPPA Pari

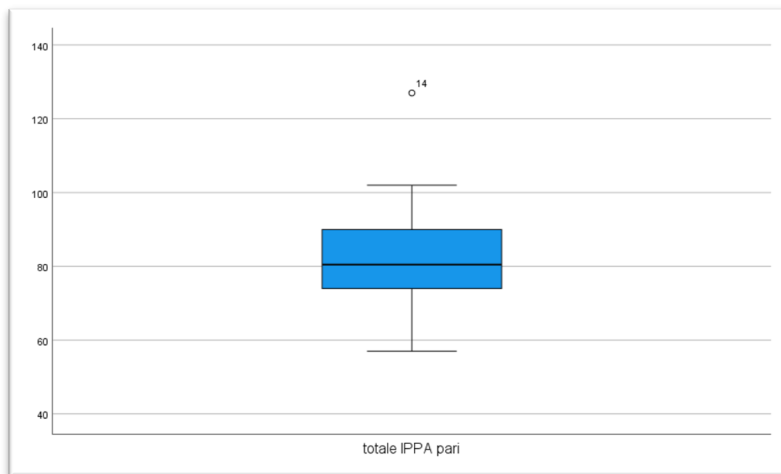


Grafico 7c: Boxplot IPPA Pari

Consultando la Tabella 9a è possibile notare che, per quanto riguarda l'area del rapporto con i genitori, il punteggio medio ottenuto dal campione è pari 156,4 (sd = 15,1) all'interno di un range compreso tra 124 (min) e 179 (max); inoltre i punteggi presentano un'asimmetria a sinistra (-,614) e una forma leptocurtica (curtosi = ,197). Relativamente al rapporto con i pari, invece, il punteggio medio corrisponde a 82 (sd =17,4) e rientra in un range di punteggi decisamente più ampio, compreso tra 57 e 127. In questo caso l'asimmetria è a destra (1,197) e l'indice di curtosi positivo indica che la forma della distribuzione è leptocurtica (2,498). Entrambe le distribuzioni dei punteggi

relativi alle sottodimensioni “genitori” e “pari” del questionario IPPA rispettano il requisito di normalità, come dimostrato dalla significatività $>.05$ al test di Kolmogorov-Smirnov (Tabella 9b) e come visibile graficamente (Grafico 6a, 6b, 6c; Grafico 7a, 7b, 7c).

Nello specifico, in riferimento al rapporto con la figura paterna è emerso che, all’interno del campione in esame, prevale la fiducia paterna ($m = 30,9$ $sd = 8,4$) rispetto alla comunicazione ($m = 27,4$ $sd = 8,2$) e alla disaffezione ($m = 17,8$ $sd = 7,8$).

Anche in relazione al rapporto con la figura materna sembra prevalere la fiducia ($m = 33,9$ $sd = 6,8$) rispetto alla comunicazione ($m = 30,1$ $sd = 7,6$) e alla disaffezione materna ($m = 16,4$ $sd = 6,5$). Infine, quanto al rapporto con i pari, i punteggi medi più alti sono stati registrati, anche in questo caso, in riferimento alla fiducia ($m = 35,2$ $sd = 7,9$) seguiti da quelli relativi alla comunicazione ($m = 27,6$ $sd = 14,1$) e alla disaffezione ($m = 19,5$ $sd = 5,5$).

e) Dimensione affettiva

- *Children’s Depression Inventory (CDI)*

CHILDREN’S DEPRESSION INVENTORY (CDI)

	N	MIN	MAX	M	SD	ASIMMETRIA	CURTOSI
CDI TOT	14	23,00	33,00	28,21	3,55	,154	-1,398
CDI Anedonia	14	1,00	6,00	3,28	1,54		
CDI Negative Mood	14	8,00	12,00	10,00	1,17		
CDI Negative Self-esteem	14	5,00	8,00	6,07	0,83		
CDI Ineffectiveness	14	2,00	8,00	5,00	1,84		
CDI Interpersonal Problems	14	,00	6,00	3,86	1,61		

Tabella 10a: Statistiche descrittive CDI

TEST DI NORMALITÀ KOLMOGROV-SMIRNOV

	STATISTICA	GL	SIGNIFICATIVITÀ
CDI TOT	,195	14	,156

Tabella 10b: Test di Normalità Kolmogrov-Smirnov CDI

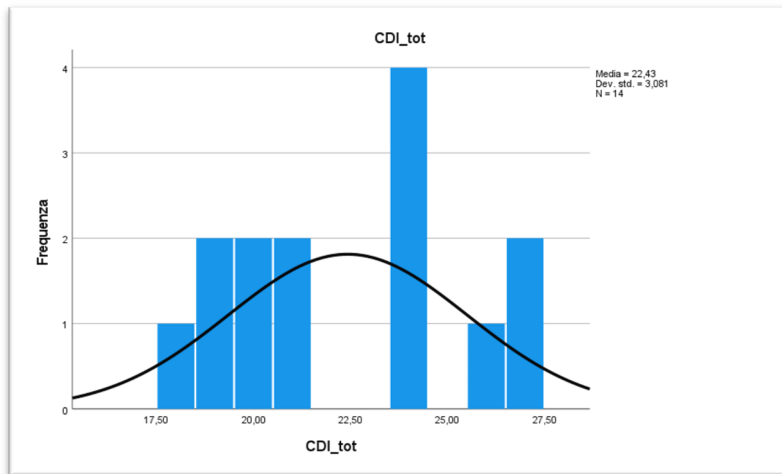


Grafico 8a: Istogramma CDI

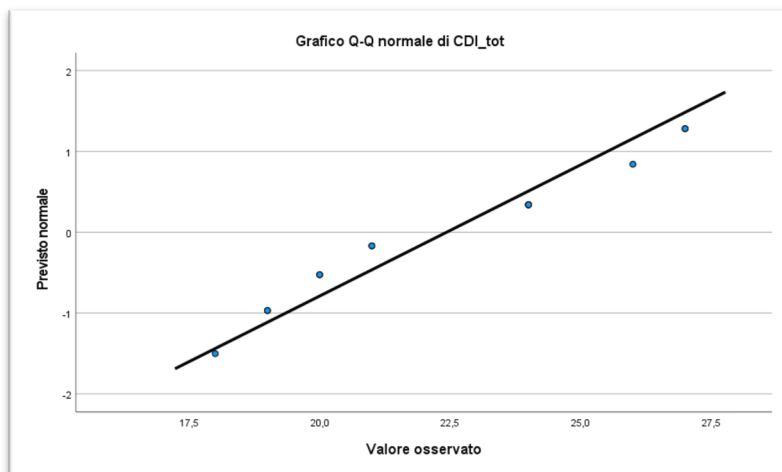


Grafico 8b: Q-Q Plot CDI

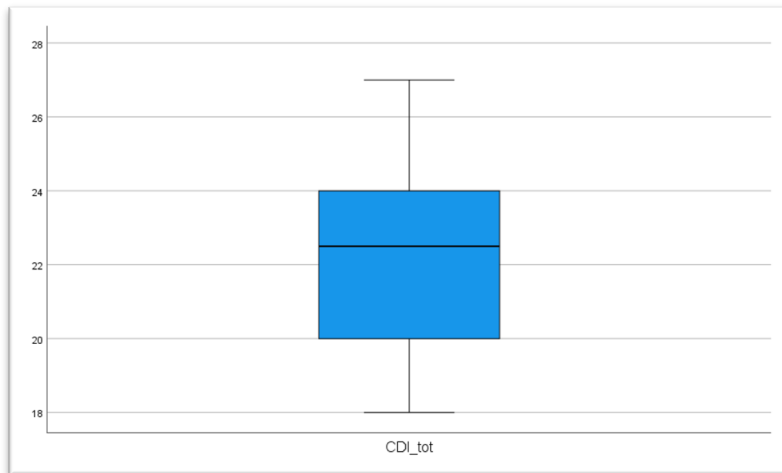


Grafico 8c: Boxplot CDI

È possibile osservare dai dati presenti in Tabella 10a che il campione riporta un punteggio medio pari a 28,21 ($sd = 3,6$) all'interno di un range compreso tra 23 (min) e 33 (max). Gli indici di forma mostrano un'asimmetria a destra ($asimmetria = ,154$) e una distribuzione platicurtica ($curtosi = -1,398$). Nello specifico, dall'analisi delle sottoscale del questionario CDI, emerge che la dimensione prevalente nel campione è quella dell'umore negativo – “*negative mood*” – ($m = 10$ $sd = 1,2$), successivamente si collocano i punteggi relativi all'autostima negativa – “*negative selfesteem*” – ($m = 6,1$ $sd = 0,8$), poi quelli relativi all'inefficacia – “*ineffectivness*” – ($m = 5$ $sd = 1,8$), in seguito quelli relativi ai problemi interpersonali – “*interpersonal problems*” – ($m = 3,8$ $sd = 1,6$) e infine quelli meno rappresentati nel campione, ossia quelli relativi all'anedonia – “*anedonia*” – ($m = 3,3$ $sd = 3,5$). Il test di Kolmogorov-Smirnov (Tabella 10b) riporta una significatività pari a ,156 e, pertanto, il test soddisfa il requisito di normalità, come evidenziato anche dalle rappresentazioni grafiche (Grafico 8a, 8b, 8c).

f) Sintomi di base

- *Strumento di Valutazione per la propensione alla Schizofrenia (SPI-CY)*

STRUMENTO DI VALUTAZIONE PER LA PROPENSIONE ALLA SCHIZOFRENIA (SPI-CY)

	N	MIN	MAX	M	SD	ASIMMETRIA	CURTOSI
SPI-CY TOT	14	,00	254,00	59,93	77,01	1,48	1,72
Adinamia Tot	14	,00	68,00	19,28	23,24		
Percezione Tot	14	,00	95,00	15,07	726,9		
Nevroticismo Tot	14	,00	25,00	8,21	7,56		
Disturbi Aspecifici del Pensiero Tot	14	,00	66,00	17,36	21,82		

Tabella 11a: Statistiche descrittive SPI-CY

TEST DI NORMALITÀ KOLMOGROV-SMIRNOV

	STATISTICA	GL	SIGNIFICATIVITÀ
SPI-CY TOT	,299	14	,001

Tabella 11b: Test di Normalità Kolmogrov-Smirnov SPI-CY

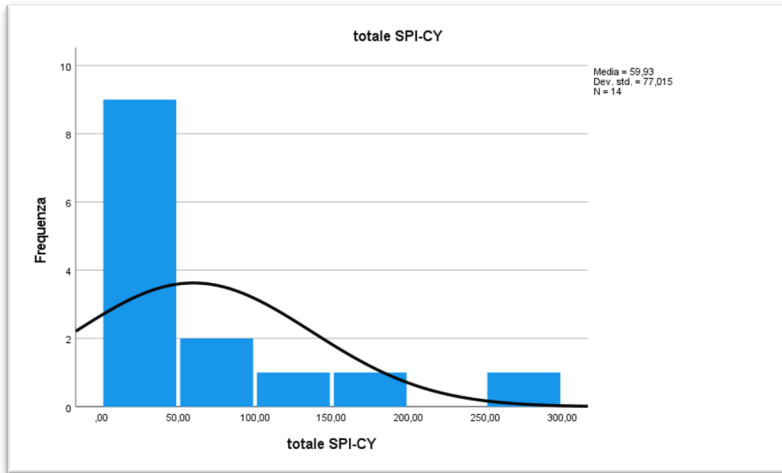


Grafico 9a: Istogramma SPI-CY

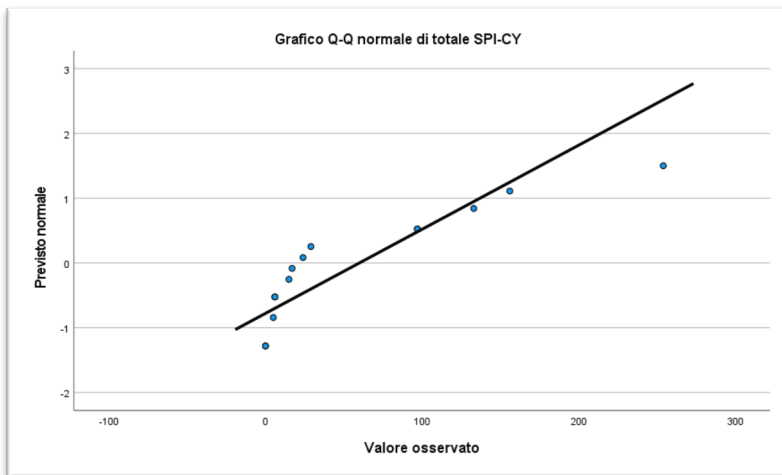


Grafico 9b: Q-Q Plot SPI-CY

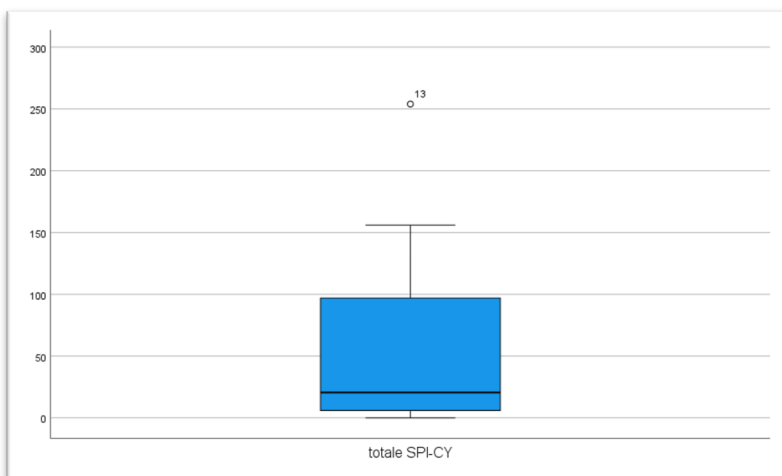


Grafico 9c: Boxplot SPI-CY

Dai dati riportati in Tabella 11a emerge che il campione ha riportato un punteggio medio al questionario SPI-CY pari a 60 (sd = 77) all'interno di un range di punteggi compreso tra 0 (min) e 254 (max). L'asimmetria è a destra (1,48) e la distribuzione dei punteggi segue una forma leptocurtica (curtosi = 1,72).

Nello specifico, analizzando le sottoscale del questionario, è possibile notare che la dimensione che riporta punteggi maggiori è quella relativa all'adinamia (m = 19,3 sd = 23,2), seguita dalla dimensione dei disturbi aspecifici del pensiero (m = 17,36 sd = 21,82), dalla dimensione relativa alla percezione (m = 15 sd = 726,9) e, infine, la dimensione meno rappresentata nel campione, ossia quella relativa al nevroticismo (m = 8,2 sd = 7,5).

La statistica di Kolmogorov-Smirnov è inferiore a .05 (Tabella 11b), pertanto i punteggi relativi al questionario SPI-CY non seguono una distribuzione normale. Ciò è evidente anche dai grafici 9a, 9b e 9c.

3. Confronti tra gruppi

Come detto precedentemente, è stato omesso il confronto relativo ai punteggi ottenuti ai vari questionari tra il gruppo dei maschi e quello delle femmine, a causa della violazione del requisito di omoschedasticità. Pertanto, ci si è soffermati sull'analisi del confronto tra gruppi diagnostici.

Tramite test di Kolmogorov-Smirnov è stato verificato che i punteggi dei questionari seguissero una distribuzione normale e, questo, ha portato quindi ad escludere i test CTQ e SPI-CY dalla successiva analisi di confronto. In seguito, utilizzando il test di Levene, è stato dimostrato che per tutti i test fosse soddisfatto il requisito di omoschedasticità e, infine, si è proceduto con l'analisi di confronti multipli tra i punteggi medi ottenuti ad ogni test dai vari gruppi diagnostici, attraverso un'analisi post-hoc con Bonferroni.

Per la rappresentazione grafica, in questo caso, si è utilizzato il Boxplot.

- Obsessive-Compulsive Inventory – Child Version (OCI-CV)

OCI-CV		
	MEDIA	DEVIAZIONE STANDARD
DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO	16,8	7,6
DCA	6,7	1,2
SPETTRO SCHIZOFRENICO	19,5	3,1
ALTRI	23	5,7

Tabella 12a: Confronto tra gruppi diagnostici - OCI-CV

TEST DI LEVENE – OCI-CV

		STATISTICA DI LEVENE	GL1	GL2	SIG.
OCI-CV TOT	Basato sulla media	2,314	3	10	,138
	Basato sulla mediana	1,854	3	10	,201
	Basato sulla mediana e con il grado di libertà adattato	1,854	3	5,860	,240
	Basato sulla media ritagliata	2,300	3	10	,139

Tabella 12b: Test di Levene - OCI-CV

CONFRONTI MULTIPLI – OCI-CV

DIAGNOSI		Differenza della media	Errore st.	Sig.	Intervallo di confidenza 95%	
					Limite inf.	Limite sup.
DISTURBO OSSESSIVO- COMPULSIVO	DCA	10,13	3,97	,174	-2,9	23,2
	Spettro Schizofrenico	-2,7	3,65	1,00	-14,6	9,3
	Altri	-6,2	4,55	1,00	-21,1	8,7
DCA	Disturbo Ossessivo-Compulsivo	-10,1	3,97	,174	-23,2	2,9
	Spettro Schizofrenico	-12,8	4,16	,069	-26,4	,8
	Altri	-16,3	4,97	,049	-32,6	-,05
SPETTRO SCHIZOFRENICO	Disturbo Ossessivo-Compulsivo	2,7	3,65	1,00	-9,3	14,7
	DCA	12,8	4,16	,069	-,8	26,4

	Altri	-3,5	4,71	1,99	-18,9	11,9
ALTRI	Disturbo Ossessivo-compulsivo	6,2	4,55	1,00	-8,7	21,1
	DCA	16,3	4,97	,049	,05	32,6
	Spettro Schizofrenico	3,5	4,71	1,00	-11,9	18,9

Tabella 12c: Confronti multipli - OCI-CV

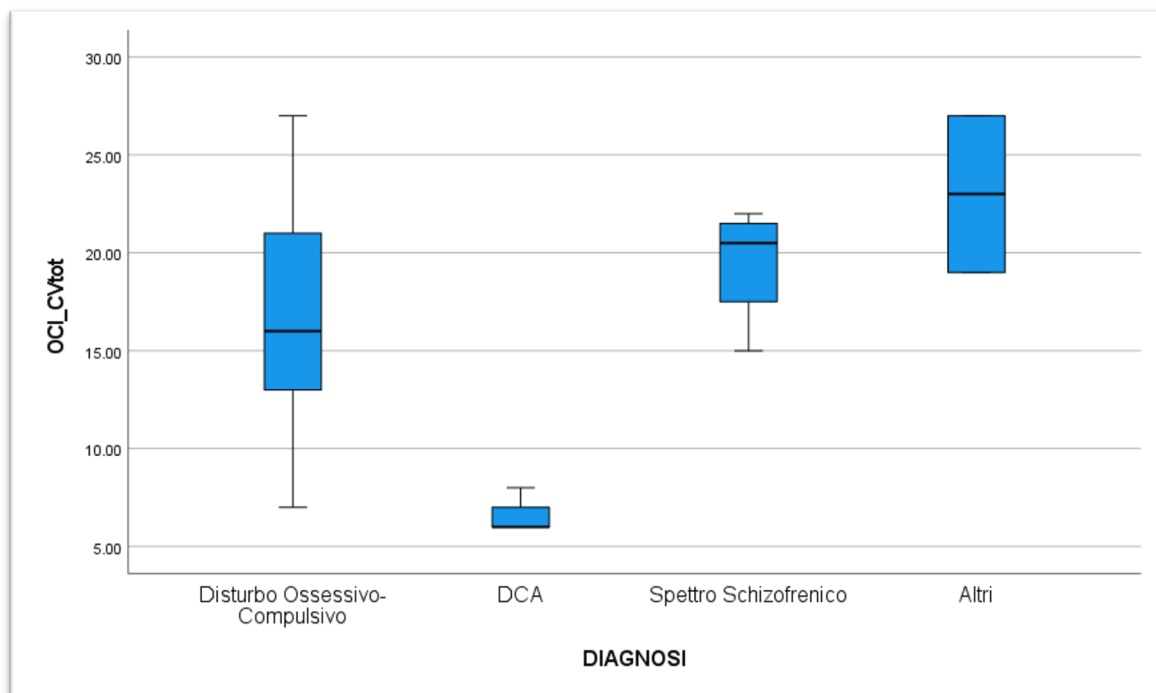


Grafico 10: Boxplot confronto tra gruppi - OCI-CV

Da un primo confronto tra i punteggi medi ottenuti al questionario OCI-CV dai quattro gruppi diagnostici (Tabella 12a) è emerso che il gruppo Altri ha riportato un punteggio maggiore ($m = 23$ $sd = 5,7$) rispetto agli altri gruppi: Spettro Schizofrenico ($m = 19,5$ $sd = 3,1$); DOC ($m = 16,8$ $sd = 7,6$); DCA ($m = 6,7$ $sd = 1,2$).

Il test di Levene (Tabella 12b) riporta un valore maggiore di .05, pertanto il requisito di omoschedasticità è rispettato.

Tramite un'analisi post-hoc con Bonferroni si sono quindi effettuati confronti multipli tra i gruppi diagnostici (Tabella 12c) ed è emerso che, per la maggior parte, i gruppi non mostrano differenze significative. In particolare:

- DOC e DCA: p-value = ,17;
- DOC e Spettro Schizofrenico: p-value = 1;
- DOC e Altri: p-value = 1;
- DCA e Spettro Schizofrenico: p-value = ,07;
- DCA e Altri: p-value = ,049;
- Spettro Schizofrenico e Altri: p-value = 1.

Quindi, l'unica differenza tra le medie OCI-CV statisticamente significativa, ma a soglia (= ,049), è tra il gruppo con diagnosi di DCA e il gruppo Altri.

Anche il Grafico 10 mostra come la media dei punteggi del gruppo DCA è decisamente più bassa rispetto a quella del gruppo Altri; inoltre dal grafico è possibile anche osservare che la dispersione dei punteggi del gruppo DCA è notevolmente più ristretta rispetto a quella degli altri gruppi, in particolare rispetto alla dispersione dei punteggi del gruppo DOC, che risulta essere il gruppo con una variabilità di punteggi maggiore rispetto a tutti gli altri.

- Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS)

CY-BOCS

	MEDIA	DEVIAZIONE STANDARD
DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO	22	5,1
DCA	5,3	5,8
SPETTRO SCHIZOFRENICO	25,3	3,1
ALTRO	15	7,1

Tabella 13a: Confronto tra gruppi diagnostici - CY-BOCS

TEST DI LEVENE – CY-BOCS

		STATISTICA DI LEVENE	GL1	GL2	SIG.
CY-BOCS	Basato sulla media	,779	3	10	,532
	Basato sulla mediana	,261	3	10	,852
	Basato sulla mediana e con il grado di libertà adattato	,261	3	5,748	,851
	Basato sulla media ritagliata	,728	3	10	,558

Tabella 13b: Test di Levene - CY-BOCS

CONFRONTI MULTIPLI – CY-BOCS

DIAGNOSI		Differenza della media	Errore st.	Sig.	Intervallo di confidenza 95%	
					Limite inf.	Limite sup.
DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO	DCA	16,67	3,66	,006	4,67	28,66
	Spettro Schizofrenico	-3,25	3,36	1,00	-14,27	7,77
	Altri	7,00	4,19	,76	-6,75	20,75
DCA	Disturbo Ossessivo-Compulsivo	-16,67	3,66	,006	-28,66	-4,67
	Spettro Schizofrenico	-19,92	3,83	,002	-32,46	-7,37
	Altri	-9,7	4,57	,36	-24,66	5,33
SPETTRO SCHIZOFRENICO	Disturbo Ossessivo-Compulsivo	3,25	3,36	1,00	-7,77	14,27
	DCA	19,92	3,83	,002	7,37	32,47
	Altri	10,25	4,34	,24	-3,97	24,48
ALTRI	Disturbo Ossessivo-Compulsivo	-7,00	4,19	,76	-20,75	6,75
	DCA	9,67	4,57	,36	-5,33	24,66
	Spettro Schizofrenico	-10,25	4,34	,24	-24,48	3,97

Tabella 13c: Confronti multipli - CY-BOCS

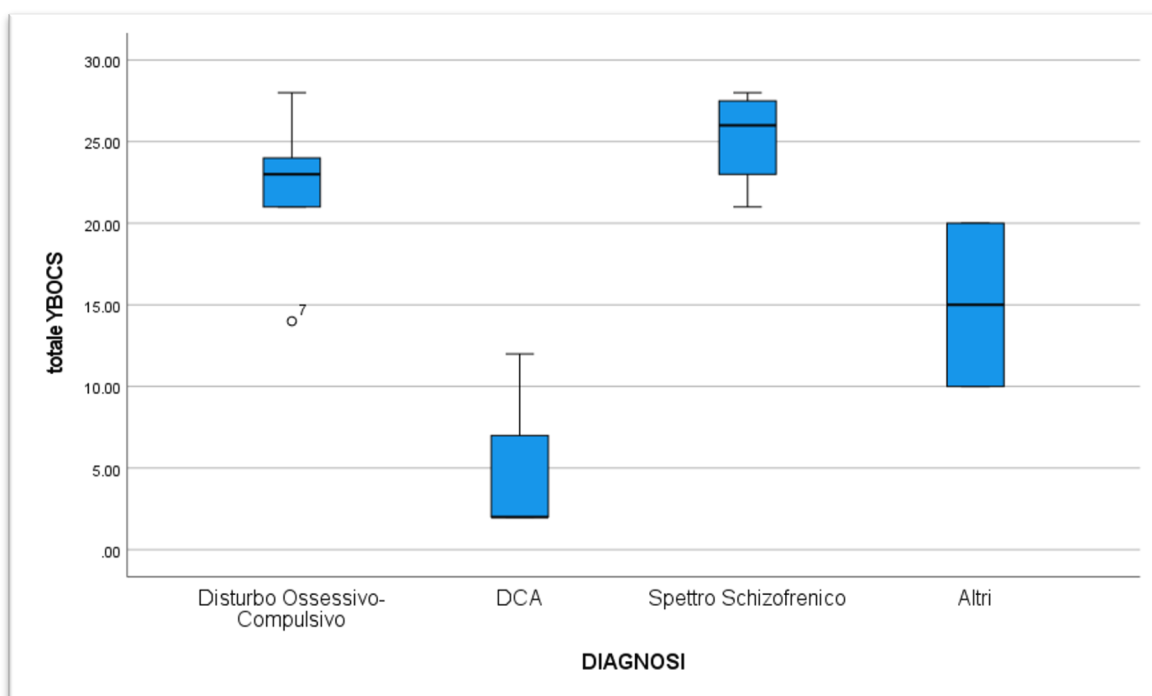


Grafico 11: Boxplot confronto tra gruppi - CY-BOCS

Confrontando i punteggi medi ottenuti al questionario CY-BOCS dai quattro gruppi diagnostici (Tabella 13a) è emerso che il gruppo Spettro Schizofrenico ha riportato un punteggio maggiore ($m = 25,3$ $sd = 3,1$) rispetto agli altri gruppi: DOC ($m = 22$ $sd = 5,1$); Altri ($m = 15$ $sd = 7,1$); DCA ($m = 5,3$ $sd = 5,8$).

Il test di Levene (Tabella 13b) riporta un valore maggiore di .05, pertanto il requisito di omoschedasticità è rispettato.

Tramite l'analisi post-hoc con Bonferroni utilizzata per i confronti multipli tra i gruppi diagnostici (Tabella 13c) sono emersi i seguenti valori:

- DOC e DCA: p-value = ,006;
- DOC e Spettro Schizofrenico: p-value = 1;
- DOC e Altri: p-value = ,76;
- DCA e Spettro Schizofrenico: p-value = ,002;
- DCA e Altri: p-value = ,37;

- Spettro Schizofrenico e Altri p-value = ,24.

In questo caso, quindi, è stata evidenziata una differenza statisticamente significativa in due confronti: tra i punteggi medi al test CY-BOCS tra il gruppo DOC e il gruppo DCA (,006) e tra il gruppo DCA e il gruppo Spettro Schizofrenico (,002). Il Grafico 11 mostra infatti come la media dei punteggi del gruppo DCA è decisamente più bassa sia rispetto a quella del gruppo con diagnosi di DOC, sia rispetto a quella del gruppo Spettro Schizofrenico. Inoltre è anche evidente che nel gruppo dei pazienti con diagnosi DOC è presente un outlier, ossia un soggetto che riporta un valore anomalo, chiaramente distante dagli altri punteggi (soggetto n7).

- Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ)

OBQ

	MEDIA	DEVIAZIONE STANDARD
DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO	71,4	29,7
DCA	52,6	37,9
SPETTRO SCHIZOFRENICO	81	36
ALTRO	79,5	23,3

Tabella 14a: Confronto tra gruppi diagnostici – OBQ

TEST DI LEVENE – OBQ

		STATISTICA DI LEVENE	GL1	GL2	SIG.
OBQ	Basato sulla media	,394	3	10	,760
	Basato sulla mediana	,033	3	10	,991
	Basato sulla mediana e con il grado di libertà adattato	,033	3	8,387	,991
	Basato sulla media ritagliata	,319	3	10	,812

Tabella 14b: Test di Levene – OBQ

CONFRONTI MULTIPLI – OBQ

DIAGNOSI		Differenza della media	Errore st.	Sig.	Intervallo di confidenza 95%	
					Limite inf.	Limite sup.
DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO	DCA	18,73	24,05	1,00	-60,07	97,55
	Spettro Schizofrenico	-9,6	22,09	1,00	-81,99	62,79
	Altri	-8,1	27,55	1,00	-98,39	82,19
DCA	Disturbo Ossessivo-Compulsivo	-18,73	24,05	1,00	-97,55	60,07
	Spettro Schizofrenico	-28,33	25,15	1,00	-110,76	54,09
	Altri	-26,83	30,06	1,00	-125,35	71,68
SPETTRO SCHIZOFRENICO	Disturbo Ossessivo-Compulsivo	9,6	22,09	1,00	-62,79	81,99
	DCA	28,33	25,15	1,00	-54,09	110,76
	Altri	1,5	28,52	1,00	-91,96	94,96

ALTRI	Disturbo Ossessivo-Compulsivo	8,1	27,55	1,00	-82,19	98,39
	DCA	26,83	30,06	1,00	-71,68	125,35
	Spettro Schizofrenico	-1,5	28,52	1,00	-94,96	91,96

Tabella 14c: Confronti multipli - OBQ

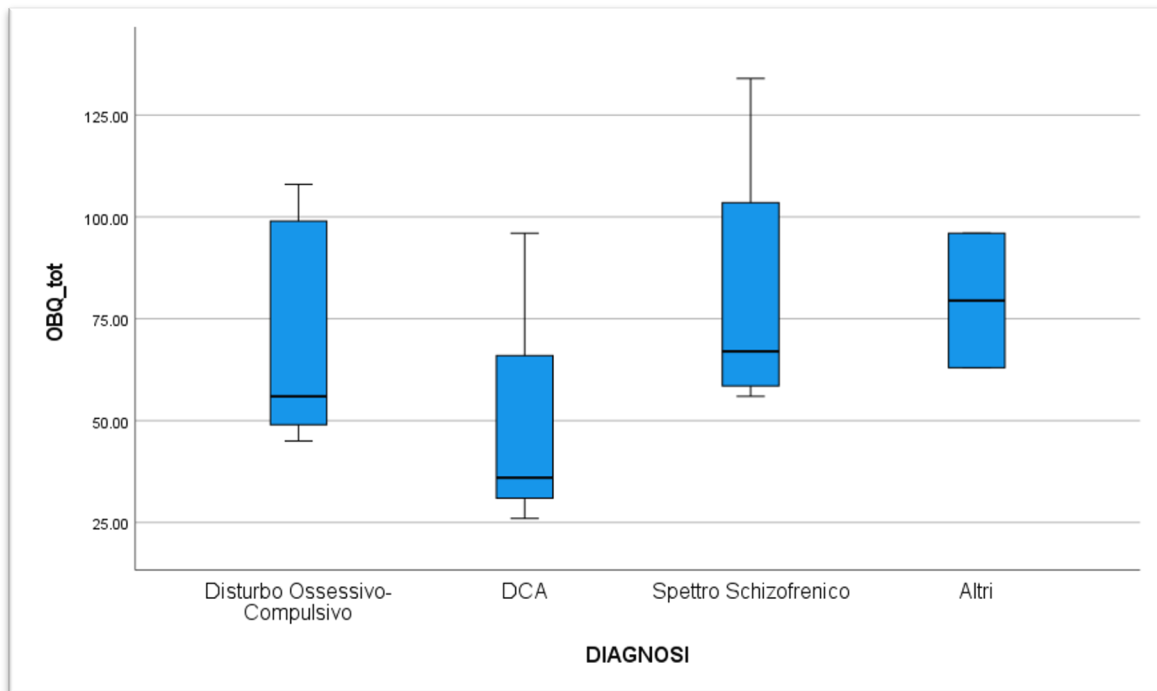


Grafico 12: Boxplot confronto tra gruppi - OBQ

Dal confronto tra i punteggi medi ottenuti al questionario OBQ dai gruppi diagnostici (Tabella 14a) è emerso che il gruppo Spettro Schizofrenico ha riportato un punteggio maggiore ($m = 81$ $sd = 36$) rispetto agli altri gruppi: Altri ($m = 79,5$ $sd = 23,3$); DOC ($m = 71,4$ $sd = 29,7$); DCA ($m = 52,6$ $sd = 37,9$).

Il test di Levene (Tabella 14b) riporta un valore maggiore di .05, pertanto il requisito di omoschedasticità è rispettato.

Tramite l'analisi post-hoc con Bonferroni utilizzata per i confronti multipli tra i gruppi diagnostici (Tabella 14c) è emerso che, relativamente al questionario OBQ i gruppi non hanno riportato in nessun caso punteggi medi significativamente differenti dagli altri.

Infatti:

- DOC e DCA: p-value = 1;
- DOC e Spettro Schizofrenico: p-value = 1;
- DOC e Altri: p-value = 1;
- DCA e Spettro Schizofrenico: p-value = 1;
- DCA e Altri: p-value = 1;
- Spettro Schizofrenico e Altri: p-value = 1.

Tale mancanza di differenze significative emerge anche dalla rappresentazione grafica delle distribuzioni dei punteggi dei vari gruppi diagnostici a confronto (Grafico 12).

- Global Assessment Scale for Children (CGAS)

CGAS		
	MEDIA	DEVIAZIONE STANDARD
DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO	63,3	17,8
DCA	82,7	6,8
SPETTRO SCHIZOFRENICO	48,8	8,9
ALTRI	65	14,1

Tabella 15a: Confronto tra gruppi diagnostici - CGAS

TEST DI LEVENE – CGAS

		STATISTICA DI LEVENE	GL1	GL2	SIG.
CGAS	Basato sulla media	1,77	3	10	,216
	Basato sulla mediana	1,16	3	10	,372
	Basato sulla mediana e con il grado di libertà adattato	1,16	3	8,034	,383
	Basato sulla media ritagliata	1,75	3	10	,219

Tabella 15b: Test di Levene - CGAS

CONFRONTI MULTIPLI – CGAS

DIAGNOSI		Differenza della media	Errore st.	Sig.	Intervallo di confidenza 95%	
					Limite inf.	Limite sup.
DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO	DCA	-19,33	9,81	,447	-50,82	12,15
	Spettro Schizofrenico	14,58	8,96	,791	-14,16	43,32
	Altri	-1,67	11,33	1,00	-38,02	34,69
DCA	Disturbo Ossessivo-Compulsivo	19,33	9,81	,447	-12,15	50,82
	Spettro Schizofrenico	33,92	10,59	,051	-,09	67,92
	Altri	17,67	12,67	1,00	-22,98	58,31
SPETTRO SCHIZOFRENICO	Disturbo Ossessivo-Compulsivo	-14,58	8,96	,051	-43,32	14,16
	DCA	-33,92	10,59	1,00	-67,92	,09
	Altri	-16,25	12,02	1,00	-54,81	22,31

ALTRI	Disturbo Ossessivo-Compulsivo	1,67	11,33	1,00	-34,69	38,02
	DCA	-17,67	12,67	1,00	-58,31	22,98
	Spettro Schizofrenico	16,25	12,02	1,00	-22,31	54,81

Tabella 15c: Confronti multipli - CGAS

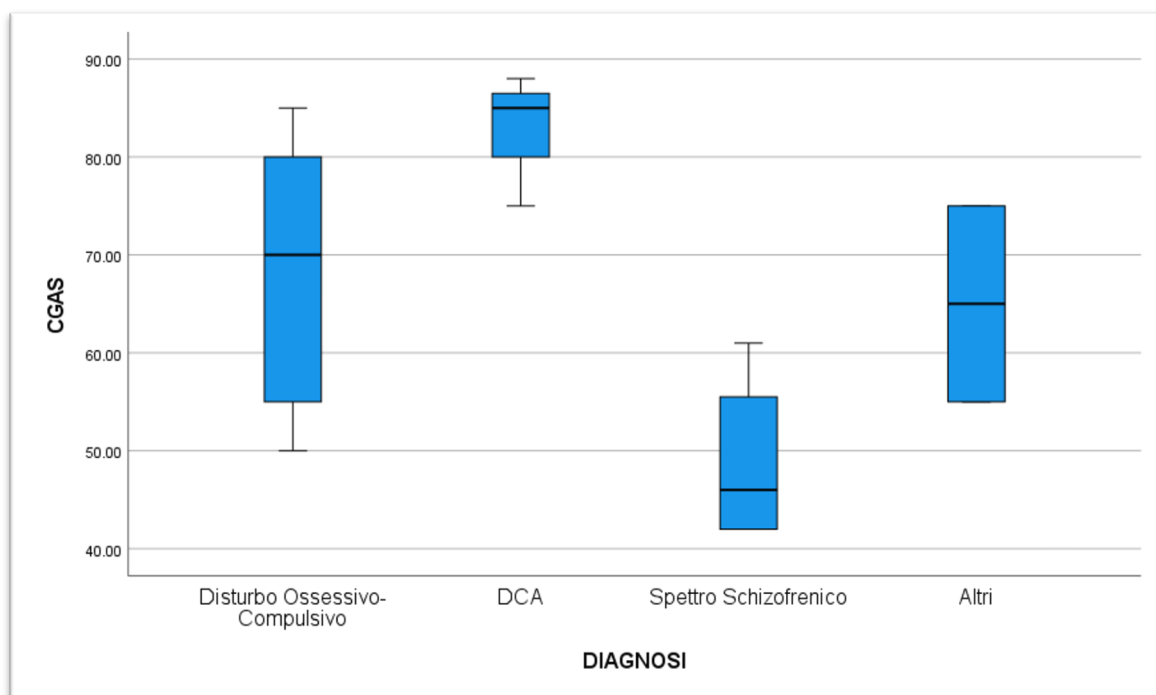


Grafico 13: Boxplot confronto tra gruppi – CGAS

Anche in questo caso sono stati confrontati i punteggi medi ottenuti al questionario CGAS dai gruppi diagnostici (Tabella 15a) ed è emerso che il gruppo di pazienti con diagnosi di DCA ha riportato un punteggio maggiore ($m = 82,7$ $sd = 6,8$) rispetto agli altri gruppi: Altri ($m = 65$ $sd = 14,1$); DOC ($m = 63,3$ $sd = 17,8$); Spettro Schizofrenico ($m = 48,8$ $sd = 8,9$).

Il test di Levene (Tabella 15b) riporta un valore maggiore di .05, pertanto il requisito di omoschedasticità è rispettato.

Tramite l'analisi post-hoc con Bonferroni utilizzata per i confronti multipli tra i gruppi diagnostici (Tabella 15c) è emerso che, anche in questo caso, i gruppi non hanno riportato in nessun caso punteggi medi significativamente differenti dagli altri. Infatti:

- DOC e DCA: p-value = ,4;
- DOC e Spettro Schizofrenico: p-value = ,8;
- DOC e Altri: p-value = 1;
- DCA e Spettro Schizofrenico: p-value = ,051;
- DCA e Altri: p-value = 1;
- Spettro Schizofrenico e Altri: p-value = 1.

Solo il p-value relativo al confronto tra gruppo DCA e gruppo Spettro Schizofrenico indica una differenza più vicina alla significatività rispetto alle altre, tuttavia lievemente sopra soglia (.051).

Dalla rappresentazione grafica dei gruppi diagnostici a confronto (Grafico 13) è possibile notare come la distribuzione dei punteggi medi del gruppo DCA sia notevolmente più ristretta rispetto alla più ampia variabilità di punteggi medi osservabile per il gruppo con diagnosi di DOC.

- Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA)

IPPA - GENITORI

	MEDIA	DEVIAZIONE STANDARD
DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO	160,4	14,4
DCA	150	11,8
SPETTRO SCHIZOFRENICO	155,8	23,3
ALTRI	157,5	3,5

Tabella 16a: Confronto tra gruppi diagnostici - IPPA GENITORI

TEST DI LEVENE – IPPA GENITORI

		STATISTICA DI LEVENE	GL1	GL2	SIG.
IPPA GENITORI	Basato sulla media	1,33	3	10	,318
	Basato sulla mediana	,671	3	10	,589
	Basato sulla mediana e con il grado di libertà adattato	,671	3	7,992	,593
	Basato sulla media ritagliata	1,314	3	10	,324

Tabella 16b: Test di Levene - IPPA GENITORI

CONFRONTI MULTIPLI – IPPA GENITORI

DIAGNOSI		Differenza della media	Errore st.	Sig.	Intervallo di confidenza 95%	
					Limite inf.	Limite sup.
DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO	DCA	10,4	12,11	1,00	-29,29	50,09
	Spettro Schizofrenico	4,65	11,12	1,00	-31,8	41,11
	Altri	2,9	13,87	1,00	-42,57	48,37
DCA	Disturbo Ossessivo-Compulsivo	-10,4	12,11	1,00	-50,09	29,29
	Spettro Schizofrenico	-5,75	12,66	1,00	-47,26	35,76
	Altri	-7,5	15,14	1,00	-57,11	42,11
SPETTRO SCHIZOFRENICO	Disturbo Ossessivo-Compulsivo	-4,65	11,12	1,00	-41,11	31,81
	DCA	-5,75	12,66	1,00	-35,76	47,26
	Altri	-1,75	14,36	1,00	-48,81	45,31
ALTRI	Disturbo Ossessivo-Compulsivo	-2,9	13,87	1,00	-48,37	42,57
	DCA	7,5	15,14	1,00	-42,11	57,11
	Spettro Schizofrenico	1,75	14,36	1,00	-45,31	48,81

Tabella 16c: Confronti multipli - IPPA GENITORI

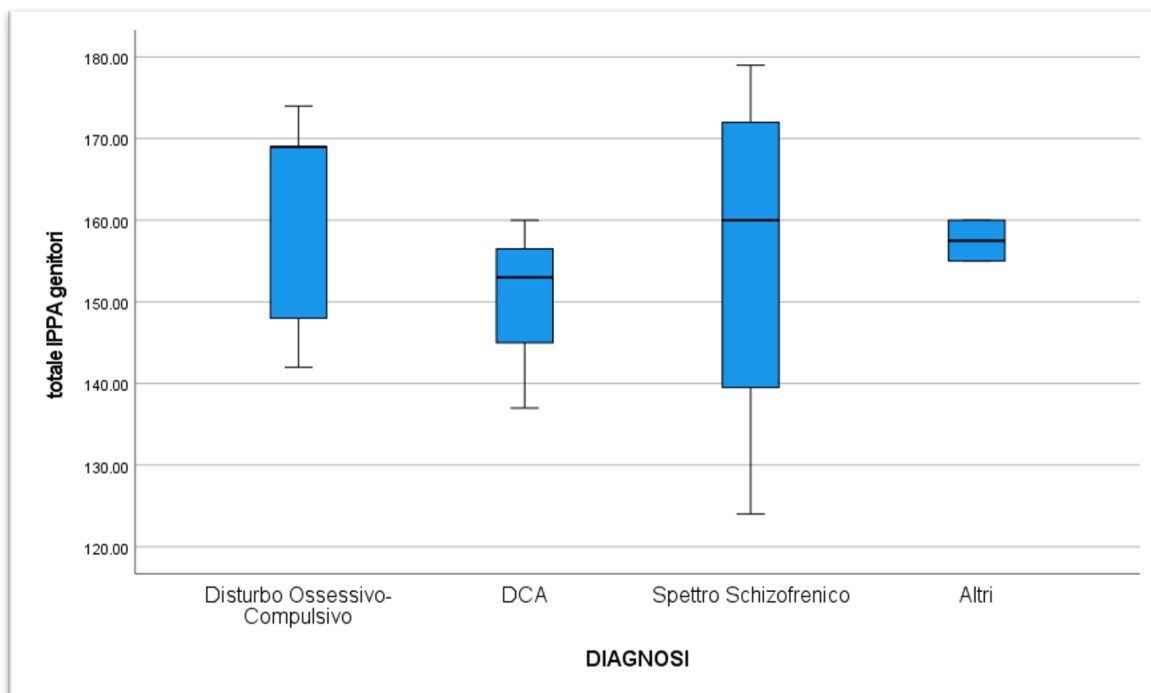


Grafico 14: Boxplot confronto tra gruppi - IPPA GENITORI

Dal confronto tra i punteggi medi ottenuti dai gruppi diagnostici alla sotto scala del questionario IPPA indagante il rapporto con i genitori (Tabella 16a) è emerso che il gruppo di pazienti con diagnosi di DOC ha riportato un punteggio maggiore ($m = 160,4$ $sd = 14,4$) rispetto agli altri gruppi: Altri ($m = 157,5$ $sd = 3,5$); Spettro Schizofrenico ($m = 155,8$ $sd = 23,3$); DCA ($m = 150$ $sd = 11,8$).

Il test di Levene (Tabella 16b) riporta un valore maggiore di .05, pertanto il requisito di omoschedasticità è rispettato.

Tramite l'analisi post-hoc con Bonferroni utilizzata per i confronti multipli tra i gruppi diagnostici (Tabella 16c) è emerso che, relativamente al questionario IPPA – Genitori, i gruppi diagnostici non hanno riportato in nessun caso punteggi medi significativamente differenti dagli altri. Infatti:

- DOC e DCA: p-value = 1;
- DOC e Spettro Schizofrenico: p-value = 1;

- DOC e Altri: p-value = 1;
- DCA e Spettro Schizofrenico: p-value = 1;
- DCA e Altri: p-value = 1;
- Spettro Schizofrenico e Altri: p-value = 1.

Tale mancanza di differenze significative emerge anche dalla rappresentazione grafica delle distribuzioni dei punteggi dei vari gruppi diagnostici a confronto (Grafico 14).

Dal grafico emerge inoltre che, in merito alla sotto scala del questionario IPPA relativa al rapporto con i genitori, i pazienti con diagnosi afferente allo Spettro Schizofrenico hanno riportato una variabilità di punteggi molto più ampia rispetto a quella riportata dai pazienti con altra diagnosi, che risulta strettamente raccolta intorno al valore medio.

IPPA - PARI

	MEDIA	DEVIAZIONE STANDARD
DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO	75,8	12,7
DCA	81,3	10,3
SPETTRO SCHIZOFRENICO	88,3	27,5
ALTRI	88	19,8

Tabella 17a: Confronto tra gruppi diagnostici - IPPA PARI

TEST DI LEVENE – IPPA PARI

	STATISTICA DI LEVENE	GL1	GL2	SIG.

IPPA PARI	Basato sulla media	1,045	3	10	,414
	Basato sulla mediana	,534	3	10	,669
	Basato sulla mediana e con il grado di libertà adattato	,534	3	4,956	,679
	Basato sulla media ritagliata	,939	3	10	,458

Tabella 17b: Test di Levene - IPPA PARI

CONFRONTI MULTIPLI – IPPA PARI

DIAGNOSI		Differenza della media	Errore st.	Sig.	Intervallo di confidenza 95%	
					Limite inf.	Limite sup.
DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO	DCA	-5,53	13,71	1,00	-50,47	39,4
	Spettro Schizofrenico	-12,45	12,59	1,00	-53,73	28,83
	Altri	-12,2	15,71	1,00	-63,68	39,28
DCA	Disturbo Ossessivo-Compulsivo	5,53	13,71	1,00	-39,4	50,47
	Spettro Schizofrenico	-6,92	14,34	1,00	-53,91	40,08
	Altri	-6,67	17,14	1,00	-62,84	49,5
SPETTRO SCHIZOFRENICO	Disturbo Ossessivo-Compulsivo	12,45	12,59	1,00	-28,83	53,73
	DCA	6,92	14,34	1,00	-40,08	53,91
	Altri	,25	16,26	1,00	-53,04	53,54
ALTRI	Disturbo Ossessivo-Compulsivo	12,2	15,71	1,00	-39,28	63,68
	DCA	6,67	17,14	1,00	-49,5	62,84

	Spettro Schizofrenico	-,25	16,26	1,00	-53,54	53,04
--	-----------------------	------	-------	------	--------	-------

Tabella 17c: Confronti multipli - IPPA PARI

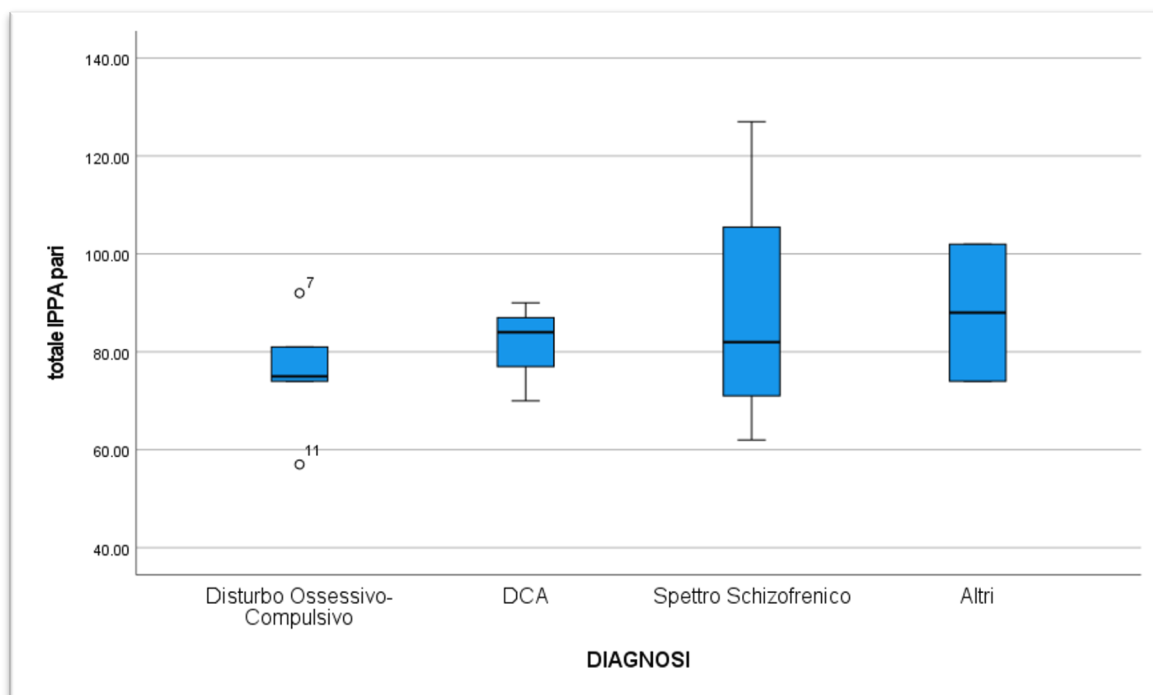


Grafico 15: Boxplot confronto tra gruppi - IPPA PARI

Si sono replicate le medesime analisi anche per la sotto scala del questionario IPPA indagante la dimensione del rapporto con i pari. Dal confronto tra i punteggi medi ottenuti dai gruppi diagnostici (Tabella 17a) è emerso che il gruppo di pazienti con diagnosi relativa allo Spettro Schizofrenico ha riportato un punteggio maggiore ($m = 88,3$ $sd = 27,5$) rispetto agli altri gruppi: Altri ($m = 88$ $sd = 19,8$); DCA ($m = 81,3$ $sd = 10,3$); DOC ($m = 75,8$ $sd = 12,7$).

Il test di Levene (Tabella 17b) riporta un valore maggiore di .05, pertanto il requisito di omoschedasticità è rispettato.

Anche in questo caso, tramite l'analisi post-hoc con Bonferroni per i confronti multipli tra i gruppi diagnostici (Tabella 17c) è emerso che, relativamente al questionario IPPA – Pari, i gruppi diagnostici non hanno riportato in nessun caso punteggi medi significativamente differenti dagli altri. Infatti:

- DOC e DCA: p-value = 1;
- DOC e Spettro Schizofrenico: p-value = 1;
- DOC e Altri: p-value = 1;
- DCA e Spettro Schizofrenico: p-value = 1;
- DCA e Altri: p-value = 1;
- Spettro Schizofrenico e Altri: p-value = 1.

Tale mancanza di differenze significative emerge anche dalla rappresentazione grafica delle distribuzioni dei punteggi dei vari gruppi diagnostici a confronto (Grafico 15). Dal grafico emerge inoltre che, in merito alla sotto scala del questionario IPPA relativa al rapporto con i pari, il gruppo Spettro Schizofrenico ha riportato una variabilità di punteggi molto più ampia rispetto sia a quella riportata dai pazienti con DCA sia a quella riportata dai pazienti con DOC. Nel gruppo DOC, in aggiunta, sembrano esserci due outliers (soggetti n7 e n11).

- *Children's Depression Inventory (CDI)*

CDI

	MEDIA	DEVIAZIONE STANDARD
DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO	22,6	3,1
DCA	21	2,6
SPETTRO SCHIZOFRENICO	21,8	3,6
ALTRI	25,5	2,1

*Tabella 18a: Confronto tra gruppi diagnostici - CDI***TEST DI LEVENE – CDI**

		STATISTICA DI LEVENE	GL1	GL2	SIG.
CDI	Basato sulla media	,328	3	10	,805
	Basato sulla mediana	,073	3	10	,973
	Basato sulla mediana e con il grado di libertà adattato	,073	3	8,569	,973
	Basato sulla media ritagliata	,274	3	10	,843

Tabella 18b: Test di Levene – CDI

CONFRONTI MULTIPLI – CDI

DIAGNOSI		Differenza della media	Errore st.	Sig.	Intervallo di confidenza 95%	
					Limite inf.	Limite sup.
DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO	DCA	1,6	2,27	1,00	-5,83	9,03
	Spettro Schizofrenico	,85	2,08	1,00	-5,98	7,68
	Altri	-2,9	2,59	1,00	-11,41	5,61
DCA	Disturbo Ossessivo-Compulsivo	-1,6	2,27	1,00	-9,03	5,83
	Spettro Schizofrenico	-,75	2,37	1,00	-8,52	7,02
	Altri	-4,5	2,83	,861	-13,79	4,79
SPETTRO SCHIZOFRENICO	Disturbo Ossessivo-Compulsivo	-,85	2,08	1,00	-7,68	5,98
	DCA	,75	2,37	1,00	-7,02	8,52
	Altri	-3,75	2,69	1,00	-12,56	5,06
ALTRI	Disturbo Ossessivo-Compulsivo	2,9	2,53	1,00	-5,61	11,41
	DCA	4,5	2,83	,861	-4,79	13,79
	Spettro Schizofrenico	3,75	2,69	1,00	-5,06	12,56

Tabella 18c: Confronti multipli – CDI

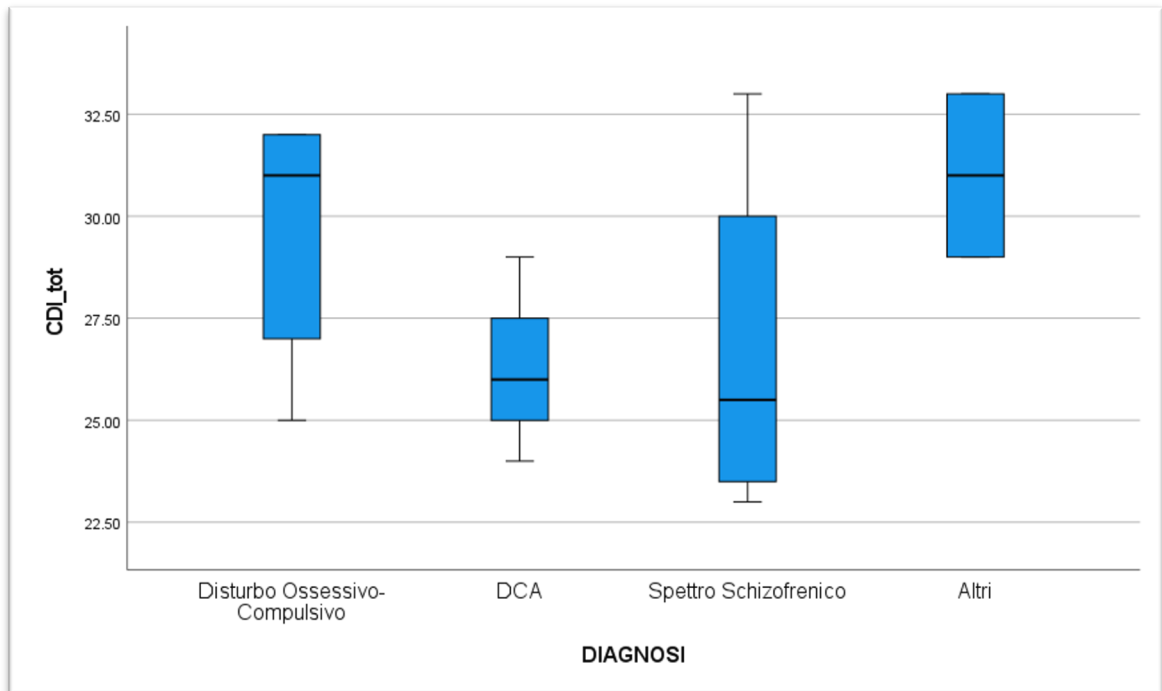


Grafico 16: Boxplot confronto tra gruppi - CDI

Dal confronto tra i punteggi medi ottenuti dai gruppi diagnostici al questionario CDI (Tabella 18a) è emerso che il gruppo Altri ha riportato un punteggio maggiore ($m = 25,5$ $sd = 2,1$) rispetto agli altri gruppi: DOC ($m = 22,6$ $sd = 3,1$); Spettro Schizofrenico ($m = 21,8$ $sd = 3,6$); DCA ($m = 21$ $sd = 2,6$).

Il test di Levene (Tabella 18b) riporta un valore maggiore di .05, pertanto il requisito di omoschedasticità è rispettato.

Tramite l'analisi post-hoc con Bonferroni per i confronti multipli tra i gruppi diagnostici (Tabella 18c) è emerso che, relativamente al questionario CDI, i gruppi diagnostici non hanno riportato in nessun caso punteggi medi significativamente differenti dagli altri.

Infatti:

- DOC e DCA: p-value = 1;
- DOC e Spettro Schizofrenico: p-value = 1;

- DOC e Altri: p-value = 1;
- DCA e Spettro Schizofrenico: p-value = 1;
- DCA e Altri: p-value = ,8;
- Spettro Schizofrenico e Altri: p-value = 1.

Tale mancanza di differenze significative emerge anche dalla rappresentazione grafica delle distribuzioni dei punteggi dei vari gruppi diagnostici a confronto (Grafico 16).

Dal grafico emerge inoltre che il gruppo dei pazienti con diagnosi di DOC è quello che presenta una distribuzione di punteggi più ampia rispetto agli altri gruppi.

6. DISCUSSIONE

Confrontando i risultati appena citati con i dati provenienti da precedenti ricerche e, alla luce del quadro teorico a cui si è fatto riferimento in questo lavoro, emerge che le caratteristiche del campione in esame possono essere considerate per la maggior parte conformi alla letteratura.

In primo luogo, analizzando le variabili socio-anagrafiche del campione, si è trovata un'equa distribuzione di genere: nonostante il genere femminile sia presente in percentuale poco maggiore (57,1%) rispetto a quello maschile (42,9%), il campione può essere considerato statisticamente bilanciato. Non emerge quindi una netta prevalenza di genere e ciò rispecchia la discordanza dei risultati presenti in letteratura. Infatti, come detto in precedenza, sebbene il DOC pediatrico sembri essere più comune nel sesso maschile, non è possibile stabilire una prevalenza di genere costante nella manifestazione di sintomatologia OC o nella diagnosi di DOC, poiché tale prevalenza sembra essere per lo più associata all'età di esordio (Militeri, 2020; Alvarenga et al., 2015; Fontenelle et al., 2003). È inoltre importante sottolineare che il campione arruolato nel presente studio è composto da pazienti con diagnosi di DOC ma anche da pazienti con diagnosi differenti e, pertanto, non è possibile generalizzare all'intero campione il discorso relativo alla prevalenza di genere.

Anche relativamente all'età dei soggetti arruolati, il campione rispecchia quanto presente in letteratura. Seppur sia stato evidenziato come il DOC abbia un alto tasso di incidenza durante la pubertà, tuttavia, è stato anche segnalato un secondo picco nella prima età adulta (De Luca et al., 2011).

Tra le variabili socio-anagrafiche si è considerata anche la tipologia di diagnosi: i pazienti arruolati per lo studio infatti, seppur accomunati dalla presenza di sintomatologia ossessivo-compulsiva, non hanno ricevuto tutti diagnosi di DOC. Circa il 43% dei pazienti appartenenti al campione soddisfa i criteri per diagnosi di DOC, seguita da DCA (21%), Spettro Schizofrenico (21%) e Altri (14%). Quest'evidenza si pone in linea con quanto già precedentemente sottolineato riguardo al profilo di comorbidità che tipicamente si presenta in pazienti con DOC o, comunque, in pazienti con sintomatologia OC.

Numerose ricerche hanno infatti rilevato che bambini e/o adolescenti con sintomatologia OC presentano tassi elevati di disturbi psichiatrici maggiori in comorbidità e, tra questi, sono comuni i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) e i Disturbi Psicotici (Rubenstein et al., 1992; Geller et al., 2012; Huang et al., 2014).

Dati interessanti sono emersi anche dalle statistiche descrittive di ogni questionario somministrato e delle relative sotto scale.

Nell'ambito della dimensione ossessiva, analizzando il questionario OCI-CV è emerso che la tipologia di sintomatologia OC maggiormente presente nel campione in esame è quella del controllo. Questa prevalenza è stata riscontrata anche in altre recenti ricerche eseguite su campioni clinici analoghi (Aspvall et al., 2020; Rough et al., 2020; Schreck et al., 2020). Analizzando il questionario CY-BOCS, invece, emerge che in media il campione presenta un livello di gravità dei sintomi moderato (punteggio medio: 18,4). Tale dato appare nel complesso sovrapponibile ai punteggi medi già osservati in campioni clinici analoghi. In particolare, precedenti studi sul DOC infantile consideravano, come criterio di inclusione nella ricerca, un punteggio totale alla CY-BOCS superiore a 16. (Storch et al., 2007; Freeman et al., 2014) Tali studi, tuttavia,

riguardavano campioni di pazienti esclusivamente con diagnosi di DOC, a differenza del nostro studio, nel quale i criteri di arruolamento comprendevano anche altre diagnosi psichiatriche maggiori, a patto che manifestassero sintomi della dimensione OC.

Inoltre, in accordo con la teoria cognitiva secondo cui il perfezionismo rientrerebbe tra le principali credenze disfunzionali rilevanti nell'influenzare la comparsa di ossessioni patologiche (OCCWG, 1997; Ashby & Bruner, 2005), il campione esaminato ha riportato valori più alti nella sotto dimensione del questionario OBQ riguardante il perfezionismo.

Relativamente a fattori di vita traumatici predisponenti o scatenanti la sintomatologia OC, dall'analisi del questionario CTQ è emersa una preponderanza di esperienze traumatiche nel dominio dell'“emotional neglect”, ossia negazione dell'emozione, la cui gravità è stata giudicata dai pazienti con un punteggio medio pari a 21 (quindi decisamente alta considerando che il punteggio massimo raggiungibile è di 25). Questo dato concorda con quanto riportato ad esempio, da Lochner e collaboratori, i quali hanno osservato come pazienti con DOC riportino maggiore incidenza di eventi traumatici infantili nei domini dell'“emotional abuse” ed “emotional neglect” (Lochner et al., 2010).

Altro importante aspetto è quello relativo al funzionamento globale della persona, che è dimostrato risentire notevolmente dell'interferenza di ossessioni e/o compulsioni (Eisen et al., 2006; Fontenelle et al., 2010). Nel presente studio si è ricorso al questionario CGAS per la valutazione del funzionamento globale dei pazienti e si è ottenuto un punteggio medio pari a 65, indice di un funzionamento e benessere sotto la norma,

considerando come cut-off un punteggio pari a 70, oltre il quale il funzionamento globale non è ritenuto compromesso (Shaffer, 1983; Mugno et al. 2014). I risultati ottenuti supportano quelli emersi da studi precedenti, evidenziando come i disturbi psichiatrici sottostanti abbiano un impatto sostanziale sul funzionamento globale dei pazienti (Thomsen, 1995; Valderhaug & Ivarsson, 2005; Schaefer et al., 2013; Ackard et al., 2014).

I dati riferiti alle dimensioni cognitive ed affettive delle relazioni con i genitori e con il gruppo di pari mostrano che i pazienti arruolati riportano mediamente punteggi più alti nelle dimensioni di fiducia e comunicazione nei confronti di entrambe le figure genitoriali, così come verso i loro pari, rispetto ai punteggi relativi al grado di alienazione verso le medesime figure. I punteggi medi registrati sembrerebbero più bassi rispetto a quelli emersi, ad esempio, dallo studio condotto da Muris e collaboratori (Muris et al., 2001), nel quale, tuttavia, è stato impiegato un campione non clinico. Risulta infatti difficile il confronto dei punteggi ottenuti al questionario IPPA con la letteratura precedente poiché non sono stati trovati studi che abbiano utilizzato la medesima scala su bambini e adolescenti con sintomatologia OC.

Un dato di particolare interesse è quello relativo ai punteggi ottenuti al questionario CDI, volto alla definizione della presenza di segni comportamentali, cognitivi o neurovegetativi della depressione. Kovacs ha identificato un punteggio pari a 20 come cut-off necessario a discriminare sintomi depressivi clinicamente significativi (Kovacs, 1992). In quest'ottica, il nostro campione sembrerebbe presentare una sintomatologia depressiva sopra soglia, dal momento che si è rilevato un punteggio medio pari a 28 e, anche il minor punteggio registrato, ossia 23, si pone al di sopra del cut-off indicato. Tuttavia, è importante interpretare tali dati con cautela. Il CDI, infatti, è un questionario

autosomministrato per la depressione ma non consente, in realtà, di formulare una diagnosi clinica certa (Pantusa et al., 2006). A questo proposito, una metanalisi condotta in passato su studi indaganti la “depressione infantile” ha trovato che la metà di essi utilizzava il questionario CDI e tra questi, il 68% non impiegava un'intervista clinica o strutturata per determinare lo stato diagnostico (Fristad et al., 1997). Gli Autori hanno anche affermato che quando il CDI è stato utilizzato da solo per valutare i sintomi depressivi, il 44% degli studi si è riferito a soggetti con punteggio CDI alto come “depresso” senza fornire una chiara dichiarazione di cautela, affermando cioè che il CDI non può essere utilizzato per diagnosticare la depressione o chiarire i limiti relativi alla generalizzazione dei risultati da un campione non clinico a un campione clinico (Fristad et al., 1997). In ogni caso si potrebbero giustificare i valori sopra soglia riportati ipotizzando che essi siano da interpretare alla luce delle categorie diagnostiche alle quali afferiscono i pazienti del campione in esame. È infatti comune riscontrare sintomatologia depressiva all'interno dei quadri clinici dei più frequenti disturbi psichiatrici maggiori, tra i quali DOC, DCA e Spettro Schizofrenico (Zisook et al., 1999; Masellis et al., 2003; Marmostein et al., 2008).

Infine, l'ultimo test somministrato è il questionario SPI-CY, indagante la presenza di sintomi di base indicanti una propensione ai Disturbi Psicotici, in particolare alla Schizofrenia. È emerso che i sintomi di base più frequenti nel campione in esame sono quelli riferiti all'adinamia: diminuzione della spinta, diminuita tolleranza allo stress, cambiamenti dell'affettività, disturbi aspecifici di memoria, concentrazione e pensiero (Schultze-Lutter et al., 2012).

In ultima battuta, è stata condotta un'analisi di confronti multipli con l'obiettivo di identificare possibili differenze nei punteggi ottenuti ad ogni questionario, attribuibili

all'appartenenza ad una determinata categoria diagnostica. Da questi confronti sono stati esclusi i punteggi ai questionari SPI-CY e CTQ poiché non era soddisfatto il requisito statistico di normalità.

Un primo confronto che è risultato essere statisticamente significativo (p-value: ,049), è quello tra il gruppo con diagnosi di DCA e il gruppo Altri in merito ai punteggi medi ottenuti al questionario OCI-CV: sembra infatti che il gruppo con DCA abbia riportato un punteggio medio inferiore a quello riportato dal gruppo Altri; questo dato indicherebbe una minor presenza di sintomatologia OC nel gruppo con DCA rispetto al gruppo con altra diagnosi. Nel presente studio la categoria "Altri" include diverse manifestazioni cliniche non ascrivibili all'interno di una categoria diagnostica certa, pertanto risulta difficile riuscire ad interpretare la differenza tra Altri e DCA appena menzionata, alla luce della suddetta eterogeneità del gruppo Altri.

È inoltre risaputo che i pazienti con DCA mostrano elevata comorbidità con il DOC, il quale esacerba il decorso della malattia e peggiora l'esito del trattamento (Meier et al., 2020). Dunque, i dati riscontrati nel campione in esame sembrerebbero porsi in antitesi con la letteratura, se non si considerasse, però, che i soggetti con DCA sono stati arruolati in tale studio in un periodo della malattia caratterizzato da buon compenso psicopatologico e fisico: questo dato potrebbe quindi giustificare i bassi punteggi ottenuti dal gruppo con diagnosi di DCA, relativamente alla sintomatologia OC.

Sempre nell'ambito della dimensione ossessiva, sono stati rilevati due confronti significativi anche in relazione ai punteggi del questionario CY-BOCS. È emersa una differenza significativa (p-value: ,006) tra il gruppo con diagnosi di DOC e quello con diagnosi di DCA: i soggetti con DOC riportano una gravità della sintomatologia OC (m = 22) maggiore di quella riportata dai soggetti con DCA (m = 5,3). L'altra differenza significativa (p-value: ,002) che è emersa in relazione alla gravità dei sintomi OC, è

quella tra il gruppo con diagnosi afferente allo Spettro Schizofrenico ($m = 25,3$) e il gruppo con DCA ($m = 5,3$). È interessante notare anche che i soggetti del gruppo Spettro Schizofrenico sembrano riportare un livello della sintomatologia OC considerato grave e, addirittura, superiore alla gravità moderata della sintomatologia OC riscontrata nel gruppo con diagnosi di DOC. Tuttavia, questo dato non sorprende, in quanto i sintomi OC sono frequenti nei disturbi dello Spettro Schizofrenico. È stato inoltre dimostrato che nei pazienti con Schizofrenia, la forza dell'associazione tra sintomatologia OC e funzionamento sociale varia in funzione della gravità dei sintomi di disorganizzazione concomitanti; nello specifico, in pazienti con bassi sintomi di disorganizzazione, la presenza di sintomatologia OC può influenzare il funzionamento in termini di miglioramento. La funzione apparentemente protettiva dei sintomi OC sul funzionamento cessa invece di esistere in presenza di un maggiore livello di disorganizzazione (Tonna et al., 2015).

Infine, nell'ambito dell'analisi del funzionamento globale è emersa una differenza, seppur con significatività leggermente sopra soglia (p -value: ,051), tra il gruppo DCA e il gruppo Spettro Schizofrenico. Il gruppo DCA è infatti l'unico che ha riportato un punteggio superiore al cut-off di 70 e, pertanto, indicativo di un benessere nella norma e un funzionamento globale non compromesso. Al contrario, quello maggiormente compromesso a livello di funzionamento globale è il gruppo con diagnosi afferente allo Spettro Schizofrenico ($m = 48,8$) e ciò non sorprende dal momento che è ormai ben consolidata la scoperta che tale quadro clinico sia associato a deficit in un'ampia gamma di domini cognitivi di ordine superiore (Schaefer et al., 2013). Come già detto in precedenza, invece, il reclutamento di pazienti con DCA in fase di buon compenso

psicopatologico potrebbe essere la spiegazione attribuibile al normale funzionamento globale registrato per questo gruppo.

7. CONCLUSIONI

I risultati del presente studio devono essere valutati alla luce di un principale limite.

La numerosità campionaria è esigua, avendo riscontrato alcune difficoltà in merito alla disponibilità di pazienti e genitori degli stessi a sottoporsi alla batteria di test prevista.

Pur alla luce della sopracitata limitazione, il presente studio fornisce alcuni dati significativi in merito alle caratteristiche cliniche e al profilo di comorbidità di pazienti in età infantile-adolescenziale presentanti sintomatologia OC.

È emerso, infatti, che sintomi ascrivibili allo spettro ossessivo-compulsivo mostrano una frequenza pressoché analoga in entrambi i sessi, essendo di più frequente riscontro in alcune particolari categorie diagnostiche (DOC, DCA, Spettro Schizofrenico e Altri).

La dimensione OC maggiormente espressa è risultata essere quella del Controllo, mentre il Perfezionismo appare essere lo stile cognitivo maggiormente riscontrato nel campione, in accordo con le teorie cognitivo-comportamentali che identificano il perfezionismo stesso come fattore predisponente all'insorgenza di sintomi ossessivo-compulsivi.

È stata inoltre evidenziata una frequente ricorrenza di sintomi depressivi tra i pazienti arruolati, a conferma dell'elevato profilo di comorbidità tra Depressione e DOC, Disturbi Psicotici e DCA, già evidenziato in letteratura. Va tuttavia considerato che, durante i colloqui clinici, nessuno tra i pazienti arruolati presentava un quadro con caratteristiche tali da consentire di porre una diagnosi di Depressione secondo i criteri del DSM-V. Inoltre i punteggi alti registrati al questionario CDI sono da interpretare considerando che tale strumento non permette di porre una diagnosi certa di Depressione ma si limita ad evidenziare la presenza di eventuali sintomi depressivi.

I sopracitati disturbi, inoltre, anche nel nostro campione, sembrerebbero determinare un deterioramento del funzionamento globale, come evidenziato dai punteggi emersi al test CGAS.

L'attuale studio, inoltre, ha permesso di potenziare la rete di collaborazione tra NPIA e Psichiatria Adulti, favorendo una maggiore continuità di cura per i pazienti in età pediatrica e adolescenziale all'interno dei Servizi del DAISM-DP dell'AUSL di Parma.

Viene infine confermata l'importanza di una diagnosi e di un trattamento precoci della sintomatologia ossessivo-compulsiva, previa una corretta valutazione delle specifiche caratteristiche di ogni singolo quadro clinico, al fine di realizzare piani d'intervento individualizzati e condivisi.

8. BIBLIOGRAFIA

- Abramowitz, J. S., & Hellberg, S. N. (2020). Scrupulosity. In *Advanced Casebook of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* (pp. 71-87). Academic Press.
- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Olatunji, B. O., Wheaton, M. G., Berman, N. C., Losardo, D., ... & Hale, L. R. (2010). Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological assessment*, 22(1), 180.
- Ackard, D. M., Richter, S., Egan, A., Engel, S., & Cronemeyer, C. L. (2014). The meaning of (quality of) life in patients with eating disorders: A comparison of generic and disease-specific measures across diagnosis and outcome. *International Journal of Eating Disorders*, 47(3), 259-267.
- Adams, T. G., Kelmendi, B., Brake, C. A., Gruner, P., Badour, C. L., & Pittenger, C. (2018). The role of stress in the pathogenesis and maintenance of obsessive-compulsive disorder. *Chronic Stress*, 2.
- Albert, I., Trommsdorff, G., & Mishra, R. (2007). Parenting and adolescent attachment in India and Germany.
- Alonso, P., Menchón, J. M., Mataix-Cols, D., Pifarré, J., Urretavizcaya, M., Crespo, J. M., ... & Vallejo, J. (2004). Perceived parental rearing style in obsessive-compulsive disorder: relation to symptom dimensions. *Psychiatry research*, 127(3), 267-278.
- Alvarenga, P. G., Cesar, R. C., Leckman, J. F., Moriyama, T. S., Torres, A. R., Bloch, M. H., ... & do Rosario, M. C. (2015). Obsessive-compulsive symptom

dimensions in a population-based, cross-sectional sample of school-aged children. *Journal of psychiatric research*, 62, 108-114.

- American Psychiatric Association, A. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 16(5), 427-454.
- Ashby, J. S., & Bruner, L. P. (2005). Multidimensional perfectionism and obsessive-compulsive behaviors. *Journal of College Counseling*, 8(1), 31-40.
- Aspvall, K., Cervin, M., Andrén, P., Perrin, S., Mataix-Cols, D., & Andersson, E. (2020). Validity and clinical utility of the obsessive-compulsive inventory-child version: further evaluation in clinical samples. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-10.
- Barzilay, R., Patrick, A., Calkins, M. E., Moore, T. M., Gur, R. C., & Gur, R. E. (2019). Association between early-life trauma and obsessive-compulsive symptoms in community youth. *Depression and anxiety*, 36(7), 586-595.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental psychology*, 4(1p2), 1.
- Benatti, B., Celebre, L., Girone, N., Priori, A., Bruno, A., Viganò, C., ... & Dell'Osso, B. (2020). Clinical characteristics and comorbidity associated with female gender in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 131, 209-214.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2), 169-190.

- Bey, K., Lennertz, L., Riesel, A., Klawohn, J., Kaufmann, C., Heinzl, S., ... & Wagner, M. (2017). Harm avoidance and childhood adversities in patients with obsessive-compulsive disorder and their unaffected first-degree relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *135*(4), 328-338.
- Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Costa, P. T., Reti, I. M., Eaton, W. W., & Nestadt, G. (2004). Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: A higher-and lower-order personality trait investigation in a community sample. *Depression and anxiety*, *20*(2), 92-97.
- Black, D. W., Gaffney, G. R., Schlosser, S., & Gabel, J. (2003). Children of parents with obsessive-compulsive disorder—a 2-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *107*(4), 305-313.
- Bloch, M. H., Green, C., Kichuk, S. A., Dombrowski, P. A., Wasyluk, S., Billingslea, E., ... & Pittenger, C. (2013). Long-term outcome in adults with obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety*, *30*(8), 716-722.
- Boger, S., Ehring, T., Berberich, G., & Werner, G. G. (2020). Impact of childhood maltreatment on obsessive-compulsive disorder symptom severity and treatment outcome. *European journal of psychotraumatology*, *11*(1), 1753942.
- Bornstein, M. H. (2012). Cultural approaches to parenting. *Parenting*, *12*(2-3), 212-221.
- Brezinka, V. (2015). Zwangsstörungen bei Kindern: Die Rolle der Angehörigen. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie*, (4), 4-6.
- Brezinka, V., Mailänder, V., & Walitza, S. (2020). Obsessive compulsive disorder in very young children—a case series from a specialized outpatient clinic. *BMC psychiatry*, *20*(1), 1-8.

- Burchi, E., & Pallanti, S. (2019). Diagnostic issues in early-onset obsessive-compulsive disorder and their treatment implications. *Current neuropharmacology*, 17(8), 672-680.
- Calvo, R., Lázaro, L., Castro-Fornieles, J., Font, E., Moreno, E., & Toro, J. (2009). Obsessive-compulsive personality disorder traits and personality dimensions in parents of children with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 24(3), 201-206.
- Calvocoressi, L., Mazure, C. M., Kasl, S. V., Skolnick, J., Fisk, D., Vegso, S. J., ... & Price, L. H. (1999). Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: Instrument development and assessment of family behavior. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(10), 636-642.
- Camuffo, M., Cerutti, R., Lucarelli, L., & Mayer, R. (1988). Il CDI (Children's Depression Inventory) nella scuola media: indagine psicometrica. *Bollettino Di Psicologia Applicata*, (185), 37-45.
- Canals, J., Hernández-Martínez, C., Cosi, S., & Voltas, N. (2012). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in Spanish school children. *Journal of anxiety disorders*, 26(7), 746-752.
- Carpenter, L., & Chung, M. C. (2011). Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: The roles of alexithymia and attachment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(4), 367-388.
- Cassano, G. B. (2006). *Psicopatologia e clinica psichiatrica*. A. Tundo (Ed.). UTET scienze mediche.
- Catone, G., Bernardo, P., Pisano, S., Pascotto, A., & Gritti, A. (2012). Psychopathology of unusual obsessive-compulsive disorder in childhood: review of four clinical cases. *Journal of Psychopathology*, 18, 376-382.

- Chandrashekar, P., Sudhir, P. M., Pratyusha, P. V., & Jacob, P. (2021). Parenting styles and their correlates in adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health- ISSN 0973-1342*, 17(2), 102-121.
- Clemens, V., Huber-Lang, M., Plener, P. L., Brähler, E., Brown, R. C., & Fegert, J. M. (2018). Association of child maltreatment subtypes and long-term physical health in a German representative sample. *European journal of psychotraumatology*, 9(1), 1510278.
- Cohen, P., Brown, J., & Smailes, E. (2001). Child abuse and neglect and the development of mental disorders in the general population. *Development and Psychopathology*, 13(4), 981-999.
- Coluccia, A., Ferretti, F., Fagiolini, A., & Pozza, A. (2017). Quality of life in children and adolescents with obsessive–compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 13, 597.
- Cromer, K. R., Schmidt, N. B., & Murphy, D. L. (2007). An investigation of traumatic life events and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 45(7), 1683-1691.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological bulletin*, 113(3), 487.
- de Avila, R. C. S., do Nascimento, L. G., Porto, R. L. D. M., Fontenelle, L., Brakoulias, V., & Ferrão, Y. A. (2019). Level of insight in patients with obsessive–compulsive disorder: an exploratory comparative study between patients with “good insight” and “poor insight”. *Frontiers in psychiatry*, 10, 413.
- de Barros, P. M. F., do Rosário, M. C., Szejko, N., Polga, N., de Lima Requena, G., Ravagnani, B., ... & de Alvarenga, P. G. (2020). Risk factors for obsessive–

compulsive symptoms. Follow-up of a community-based youth cohort. *European child & adolescent psychiatry*, 1-16.

- De Luca, V., Gershenzon, V., Burroughs, E., Javaid, N., & Richter, M. A. (2011). Age at onset in Canadian OCD patients: mixture analysis and systematic comparison with other studies. *Journal of affective disorders*, 133(1-2), 300-304.
- Dell’Osso, B., Benatti, B., Hollander, E., Fineberg, N., Stein, D. J., Lochner, C., ... & Menchon, J. M. (2016). Childhood, adolescent and adult age at onset and related clinical correlates in obsessive–compulsive disorder: a report from the International College of Obsessive–Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *International journal of psychiatry in clinical practice*, 20(4), 210-217.
- do Rosario-Campos, M. C., Leckman, J. F., Mercadante, M. T., Shavitt, R. G., Prado, H. D. S., Sada, P., ... & Miguel, E. C. (2001). Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1899-1903.
- 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 attendibilità (parte I). *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, 15(2), 139-170.
- Eichstedt, J. A., & Arnold, S. L. (2001). Childhood-onset obsessive-compulsive disorder: a tic-related subtype of OCD?. *Clinical psychology review*, 21(1), 137-157.
- Eisen, J. L., & Rasmussen, S. A. (1990). *Obsessive-compulsive disorders: theory and management*. Year Book Medical Publishers.

- Eisen, J. L., Mancebo, M. A., Pinto, A., Coles, M. E., Pagano, M. E., Stout, R., & Rasmussen, S. A. (2006). Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Comprehensive psychiatry*, *47*(4), 270-275.
- Ettelt, S., Grabe, H. J., Ruhrmann, S., Buhtz, F., Hochrein, A., Kraft, S., ... & Wagner, M. (2008). Harm avoidance in subjects with obsessive-compulsive disorder and their families. *Journal of Affective Disorders*, *107*(1-3), 265-269.
- Evans, D. W., Gray, F. L., & Leckman, J. F. (1999). The rituals, fears and phobias of young children: Insights from development, psychopathology and neurobiology. *Child psychiatry and human development*, *29*(4), 261-276.
- Fineberg, N. A., Dell'Osso, B., Albert, U., Maina, G., Geller, D., Carmi, L., ... & Zohar, J. (2019). Early intervention for obsessive compulsive disorder: an expert consensus statement. *European Neuropsychopharmacology*, *29*(4), 549-565.
- Fineberg, N. A., Hengartner, M. P., Bergbaum, C. E., Gale, T. M., Gamma, A., Ajdacic-Gross, V., ... & Angst, J. (2013). A prospective population-based cohort study of the prevalence, incidence and impact of obsessive-compulsive symptomatology. *International journal of psychiatry in clinical practice*, *17*(3), 170-178.
- Foa, E. B., Coles, M., Huppert, J. D., Pasupuleti, R. V., Franklin, M. E., & March, J. (2010). Development and validation of a child version of the obsessive-compulsive inventory. *Behavior therapy*, *41*(1), 121-132.
- Fontenelle, I. S., Fontenelle, L. F., Borges, M. C., Prazeres, A. M., Rangé, B. P., Mendlowicz, M. V., & Versiani, M. (2010). Quality of life and symptom dimensions of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*, *179*(2), 198-203.

- Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M. V., Marques, C., & Versiani, M. (2003). Early- and late-onset obsessive-compulsive disorder in adult patients: an exploratory clinical and therapeutic study. *Journal of Psychiatric Research*, 37(2), 127-133.
- Freeman, J., Sapyta, J., Garcia, A., Compton, S., Khanna, M., Flessner, C., ... & Franklin, M. (2014). Family-based treatment of early childhood obsessive-compulsive disorder: The Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Treatment Study for Young Children (POTS Jr)—A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 71(6), 689-698.
- Fricke, S., Köhler S., Moritz, S., & Schäfer, I. (2007). Frühe interpersonale Traumatisierungen bei Zwangserkrankungen: Eine Pilotsudie. *Verhaltenstherapie*, 17(4), 243-250
- Fristad, M. A., Emery, B. L., & Beck, S. J. (1997). Use and abuse of the children's depression inventory. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(4), 699.
- Frost, R. O., & Marten, P. A. (1990). Perfectionism and evaluative threat. *Cognitive Therapy and Research*, 14(6), 559-572.
- Frydman, I., Pedro, E., Torres, A. R., Shavitt, R. G., Ferrão, Y. A., Rosário, M. C., ... & Fontenelle, L. F. (2013). Late-onset obsessive-compulsive disorder: risk factors and correlates. *Journal of psychiatric research*, 49, 68-74.
- Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Caspi, A., Harrington, H., Grisham, J. R., Moffitt, T. E., & Poulton, R. (2009). Obsessions and compulsions in the community: prevalence, interference, help-seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions. *American Journal of Psychiatry*, 166(3), 329-336.
- Geller, D. A., & March, J. (2012). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(1), 98-113.

- Geller, D. A., Biederman, J., Faraone, S. V., Bellordre, C. A., Kim, G. S., Hagermoser, L., ... & Coffey, B. J. (2001). Disentangling chronological age from age of onset in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 4(2), 169-178.
- Geller, D. A., Biederman, J., Griffin, S., Jones, J., & Lefkowitz, T. R. (1996). Comorbidity of juvenile obsessive-compulsive disorder with disruptive behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(12), 1637-1646.
- Gershuny, B. S., Baer, L., Jenike, M. A., Minichiello, W. E., & Wilhelm, S. (2002). Comorbid posttraumatic stress disorder: Impact on treatment outcome for obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 852-854.
- Gershuny, B. S., Baer, L., Radomsky, A. S., Wilson, K. A., & Jenike, M. A. (2003). Connections among symptoms of obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder: a case series. *Behaviour Research and Therapy*, 41(9), 1029-1041.
- Grisham, J. R., Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Poulton, R. (2011). Risk factors prospectively associated with adult obsessive-compulsive symptom dimensions and obsessive-compulsive disorder. *Psychological medicine*, 41(12), 2495-2506.
- Guarnieri, S., Ponti, L., & Tani, F. (2010). The inventory of parent and peer attachment (IPPA): A study on the validity of styles of adolescent attachment to parents and peers in an Italian sample. *TPM-Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 17(3), 103-130.
- Hanna, G. L., Himle, J. A., Curtis, G. C., & Gillespie, B. W. (2005). A family study of obsessive-compulsive disorder with pediatric probands. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 134(1), 13-19.

- Hollander, E., Stein, D. J., Fineberg, N. A., Marteau, F., & Legault, M. (2010). Quality of life outcomes in patients with obsessive-compulsive disorder: relationship to treatment response and symptom relapse. *The Journal of clinical psychiatry*, 71(6), 0-0.
- Huang, L. C., Tsai, K. J., Wang, H. K., Sung, P. S., Wu, M. H., Hung, K. W., & Lin, S. H. (2014). Prevalence, incidence, and comorbidity of clinically diagnosed obsessive-compulsive disorder in Taiwan: A national population-based study. *Psychiatry research*, 220(1-2), 335-341.
- Iervolino, A. C., Rijdsdijk, F. V., Cherkas, L., Fullana, M. A., & Mataix-Cols, D. (2011). A multivariate twin study of obsessive-compulsive symptom dimensions. *Archives of general psychiatry*, 68(6), 637-644.
- Innamorati, M., Erbuto, D., Venturini, P., Fagioli, F., Ricci, F., Lester, D., ... & Pompili, M. (2016). Factorial validity of the Childhood Trauma Questionnaire in Italian psychiatric patients. *Psychiatry research*, 245, 297-302.
- Janowitz, D., Grabe, H. J., Ruhrmann, S., Ettelt, S., Buhtz, F., Hochrein, A., ... & Wagner, M. (2009). Early onset of obsessive-compulsive disorder and associated comorbidity. *Depression and Anxiety*, 26(11), 1012-1017.
- Khosravani, V., Kamali, Z., Ardakani, R. J., & Ardestani, M. S. (2017). The relation of childhood trauma to suicide ideation in patients suffering from obsessive-compulsive disorder with lifetime suicide attempts. *Psychiatry research*, 255, 139-145.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Kovacs, M. (2003). *Children's depression inventory (CDI)*. Toronto: Multi-Health System.

- Lansford, J. E., Godwin, J., Al-Hassan, S. M., Bacchini, D., Bornstein, M. H., Chang, L., ... & Zelli, A. (2018). Longitudinal associations between parenting and youth adjustment in twelve cultural groups: Cultural normativeness of parenting as a moderator. *Developmental Psychology*, *54*(2), 362.
- Lebowitz, E. R. (2013). Parent-based treatment for childhood and adolescent OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *2*(4), 425-431.
- Lebowitz, E. R. (2016). Treatment of extreme family accommodation in a youth with obsessive-compulsive disorder. In *Clinical Handbook of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* (pp. 321-335). Springer, Cham.
- Lebowitz, E. R., Panza, K. E., Su, J., & Bloch, M. H. (2012). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *12*(2), 229-238.
- Lewin, A. B., Park, J. M., Jones, A. M., Crawford, E. A., De Nadai, A. S., Menzel, J., ... & Storch, E. A. (2014). Family-based exposure and response prevention therapy for preschool-aged children with obsessive-compulsive disorder: a pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, *56*, 30-38.
- Liu, J., Cui, Y., Yu, L., Wen, F., Wang, F., Yan, J., ... & Li, Y. (2021). Long-Term Outcome of Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Meta-Analysis. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *31*(2), 95-101.
- Lochner, C., Seedat, S., Allgulander, C., Kidd, M., Stein, D., & Gerdner, A. (2010). Childhood trauma in adults with social anxiety disorder and panic disorder: a cross-national study. *African Journal of Psychiatry*, *13*(5).
- Magruder, K. M., McLaughlin, K. A., & Elmore Borbon, D. L. (2017). Trauma is a public health issue. *European journal of psychotraumatology*, *8*(1), 1375338.

- Malisiova, E. K., Mourikis, I., Chalimourdas, T., Nianiakas, N., Michou, M., Mantzou, A., ... & Papageorgiou, C. C. (2020). Low hair cortisol concentrations in obsessive compulsive disorder: a cross-sectional study. *Journal of Psychiatric Research, 131*, 187-193.
- Mancebo, M. C., Garcia, A. M., Pinto, A., Freeman, J. B., Przeworski, A., Stout, R., ... & Rasmussen, S. A. (2008). Juvenile-onset OCD: Clinical features in children, adolescents and adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 118*(2), 149-159.
- Marmorstein, N. R., Von Ranson, K. M., Iacono, W. G., & Malone, S. M. (2008). Prospective associations between depressive symptoms and eating disorder symptoms among adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders, 41*(2), 118-123.
- Masellis, M., Rector, N. A., & Richter, M. A. (2003). Quality of life in OCD: differential impact of obsessions, compulsions, and depression comorbidity. *The Canadian Journal of Psychiatry, 48*(2), 72-77.
- Masi, G., Millepiedi, S., Perugi, G., Pfanner, C., Berlofffa, S., Pari, C., ... & Akiskal, H. S. (2010). A naturalistic exploratory study of the impact of demographic, phenotypic and comorbid features in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology, 43*(2), 69-78.
- Mataix-Cols, D., Boman, M., Monzani, B., Rück, C., Serlachius, E., Långström, N., & Lichtenstein, P. (2013). Population-based, multigenerational family clustering study of obsessive-compulsive disorder. *JAMA psychiatry, 70*(7), 709-717.
- Mataix-Cols, D., do Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 162*(2), 228-238.

- Mataix-Cols, D., Rauch, S. L., Manzo, P. A., Jenike, M. A., & Baer, L. (1999). Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *156*(9), 1409-1416.
- Mathis, M. A. D., Alvarenga, P. D., Funaro, G., Torresan, R. C., Moraes, I., Torres, A. R., ... & Hounie, A. G. (2011). Gender differences in obsessive-compulsive disorder: a literature review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *33*, 390-399.
- McKay, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radomsky, A., Sookman, D., ... & Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: Symptoms versus mechanisms. *Clinical psychology review*, *24*(3), 283-313.
- Meier, M., Kossakowski, J. J., Jones, P. J., Kay, B., Riemann, B. C., & McNally, R. J. (2020). Obsessive-compulsive symptoms in eating disorders: A network investigation. *International Journal of Eating Disorders*, *53*(3), 362-371.
- Melin, K., Skarphedinsson, G., Skärsäter, I., Haugland, B. S. M., & Ivarsson, T. (2018). A solid majority remit following evidence-based OCD treatments: a 3-year naturalistic outcome study in pediatric OCD. *European child & adolescent psychiatry*, *27*(10), 1373-1381.
- Meyer, S. E., Bearden, C. E., Lux, S. R., Gordon, J. L., Johnson, J. K., O'Brien, M. P., ... & Cannon, T. D. (2005). The psychosis prodrome in adolescent patients viewed through the lens of DSM-IV. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, *15*(3), 434-451.
- Militerni R. (2020) Il disturbo ossessivo-compulsivo. *Neuropsichiatria Infantile* (VI ed.) Napoli: Idelson-Gnocchi, 237-244.

- Mugno D., Strano M., Collini M., Gemma A., De Peppo L., Reale L., Micalizio V., Mazzone L. (2014). Validation of the Italian Version of the Developmental Disability-Child Global Assessment Scale (DD-CGAS). *Open Journal of Psychiatry*, 218-227.
- Muris, P., Meesters, C., Van Melick, M., & Zwambag, L. (2001). Self-reported attachment style, attachment quality, and symptoms of anxiety and depression in young adolescents. *Personality and Individual Differences*, 30(5), 809-818.
- Murphy, D. L., Timpano, K. R., Wheaton, M. G., Greenberg, B. D., & Miguel, E. C. (2010). Obsessive-compulsive disorder and its related disorders: a reappraisal of obsessive-compulsive spectrum concepts. *Dialogues in clinical neuroscience*, 12(2), 131.
- Nazeer, A., Latif, F., Mondal, A., Azeem, M. W., & Greydanus, D. E. (2020). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management. *Translational pediatrics*, 9(Suppl 1), S76
- Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M., Bienvenu, O. J., Liang, K. Y., LaBuda, M., ... & Hoehn-Saric, R. (2000). A family study of obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*, 57(4), 358-363.
- Norberg, M. M., Calamari, J. E., Cohen, R. J., & Riemann, B. C. (2008). Quality of life in obsessive-compulsive disorder: an evaluation of impairment and a preliminary analysis of the ameliorating effects of treatment. *Depression and Anxiety*, 25(3), 248-259.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 9(11), e1001349.

- Novara, C., Pardini, S., Cardona, F., & Pastore, M. (2020). Comparing models of the Children Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS) in an Italian clinical sample. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 615.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 35*(7), 667-681.
- Pantusa, M. F., Berardi, M., Paparo, S., & Scornaienchi, C. (2006). Differenze di genere e sintomatologia depressiva in adolescenza: relazioni tra autostima, sintomi depressivi e ideazione suicidaria. *Giornale Italiano di Psicopatologia, 12*, 407-414.
- Park, S., Hong, J. P., Bae, J. N., Cho, S. J., Lee, D. W., Lee, J. Y., ... & Cho, M. J. (2014). Impact of childhood exposure to psychological trauma on the risk of psychiatric disorders and somatic discomfort: Single vs. multiple types of psychological trauma. *Psychiatry Research, 219*(3), 443-449.
- Pauls, D. L., Abramovitch, A., Rauch, S. L., & Geller, D. A. (2014). Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nature Reviews Neuroscience, 15*(6), 410-424.
- Pauls, D. L., Alsobrook, J. P., Goodman, W., Rasmussen, S., & Leckman, J. F. (1995). A family study of obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*.
- Peris, T. S., Rozenman, M., Bergman, R. L., Chang, S., O'Neill, J., & Piacentini, J. (2017). Developmental and clinical predictors of comorbidity for youth with obsessive compulsive disorder. *Journal of psychiatric research, 93*, 72-78.
- Pontillo, M., Demaria, F., Tata, M. C., Averna, R., Gargiullo, P., Pucciarini, M. L., ... & Vicari, S. (2020). Clinical significance of family accommodation and parental psychological distress in a sample of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder aged 8-17 years old. *Italian Journal of Pediatrics, 46*(1), 1-10.

- Pozza, A., Berardi, D., Fazzi, L., Bendinelli, S., Cenerelli, A. M., Sterpone, R., & Dèttore, D. (2017). I sottotipi di Disturbo Ossessivo Compulsivo in età evolutiva: adattamento della versione italiana di Obsessive Compulsive Inventory-Child Version (OCI-CV) e studio preliminare delle proprietà psicometriche in campioni non-clinici di 8-11 anni. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 23(1).
- Renshaw, K. D., Steketee, G., & Chambless, D. L. (2005). Involving family members in the treatment of OCD. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(3), 164-175.
- Rhéaume, J., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Bouchard, C., Gallant, L., Talbot, F., & Vallières, A. (2000). Functional and dysfunctional perfectionists: Are they different on compulsive-like behaviors?. *Behaviour Research and Therapy*, 38(2), 119-128.
- Rosenberg, D. R., Keshavan, M. S., O'Hearn, K. M., Dick, E. L., Bagwell, W. W., Seymour, A. B., ... & Birmaher, B. (1997). Frontostriatal measurement in treatment-naive children with obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*, 54(9), 824-830.
- Rough, H. E., Hanna, B. S., Gillett, C. B., Rosenberg, D. R., Gehring, W. J., Arnold, P. D., & Hanna, G. L. (2020). Screening for pediatric obsessive-compulsive disorder using the obsessive-compulsive inventory-child version. *Child Psychiatry & Human Development*, 51(6), 888-899.
- Rubenstein, C. S., Pigott, T. A., L'Heureux, F., Hill, J. L., & Murphy, D. L. (1992). A preliminary investigation of the lifetime prevalence of anorexia and bulimia nervosa in patients with obsessive compulsive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*.

- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, *15*(1), 53-63.
- Scahill, L., Riddle, M. A., McSwiggin-Hardin, M., Ort, S. I., King, R. A., Goodman, W. K., ... & Leckman, J. F. (1997). Children's Yale-Brown obsessive-compulsive scale: reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*(6), 844-852.
- Schaefer, J., Giangrande, E., Weinberger, D. R., & Dickinson, D. (2013). The global cognitive impairment in schizophrenia: consistent over decades and around the world. *Schizophrenia research*, *150*(1), 42-50.
- Schimmelmann, B. G., Gebhardt, E., Monducci, E., Resch, F., Koch, E., & Schultze-Lutter, F. (2012). Challenges in the early detection of psychosis in children and adolescents. *Rivista di psichiatria*, *47*(2), 116-125.
- Schreck, M., Georgiadis, C., Garcia, A., Benito, K., Case, B., Herren, J., ... & Freeman, J. (2020). Core motivations of childhood obsessive-compulsive disorder: the role of harm avoidance and incompleteness. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-9.
- Schultze-Lutter, F., Ruhrmann, S., Fusar-Poli, P., Bechdolf, A., G Schimmelmann, B., & Klosterkötter, J. (2012). Basic symptoms and the prediction of first-episode psychosis. *Current pharmaceutical design*, *18*(4), 351-357.
- Semiz, U. B., Inanc, L., & Bezgin, C. H. (2014). Are trauma and dissociation related to treatment resistance in patients with obsessive-compulsive disorder?. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *49*(8), 1287-1296.

- Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H., & Aluwahlia, S. (1983). A children's global assessment scale (CGAS). *Archives of General psychiatry*, 40(11), 1228-1231.
- Stewart, S. E., Rosario, M. C., Brown, T. A., Carter, A. S., Leckman, J. F., Sukhodolsky, D., ... & Pauls, D. L. (2007). Principal components analysis of obsessive-compulsive disorder symptoms in children and adolescents. *Biological psychiatry*, 61(3), 285-291.
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and social psychology review*, 10(4), 295-319.
- Storch, E. A., Geffken, G. R., Merlo, L. J., Jacob, M. L., Murphy, T. K., Goodman, W. K., ... & Grabill, K. (2007). Family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(2), 207-216.
- Storch, E. A., Merlo, L. J., Larson, M. J., Geffken, G. R., Lehmkuhl, H. D., Jacob, M. L., ... & Goodman, W. K. (2008a). Impact of comorbidity on cognitive-behavioral therapy response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(5), 583-592.
- Storch, E. A., Merlo, L. J., Larson, M. J., Marien, W. E., Geffken, G. R., Jacob, M. L., ... & Murphy, T. K. (2008b). Clinical features associated with treatment-resistant pediatric obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 49(1), 35-42.
- Storch, E. A., Milsom, V. A., Merlo, L. J., Larson, M., Geffken, G. R., Jacob, M. L., ... & Goodman, W. K. (2008). Insight in pediatric obsessive-compulsive disorder: associations with clinical presentation. *Psychiatry research*, 160(2), 212-220.

- Strauss, C., Hale, L., & Stobie, B. (2015). A meta-analytic review of the relationship between family accommodation and OCD symptom severity. *Journal of Anxiety Disorders, 33*, 95-102.
- Swedo, S. E., Leonard, H. L., Garvey, M., Mittleman, B., Allen, A. J., Perlmutter, S., ... & Lougee, L. (1998). Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases. *American Journal of Psychiatry, 155*(2), 264-271.
- Swedo, S. E., Rapoport, J. L., Leonard, H., Lenane, M., & Cheslow, D. (1989). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Archives of General Psychiatry, 46*(4), 335-341.
- Thomsen, P. H. (1997). Child and adolescent obsessive-compulsive disorder treated with citalopram: findings from an open trial of 23 cases. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 7*(3), 157-166.
- Tibi, L., van Oppen, P., van Balkom, A. J., Eikelenboom, M., Hendriks, G. J., & Anholt, G. E. (2020). Childhood trauma and attachment style predict the four-year course of obsessive-compulsive disorder: Findings from the Netherlands obsessive compulsive disorder study. *Journal of affective disorders, 264*, 206-214.
- Tiley, C., & Kyriakopoulos, M. (2021). The prevalence of autism spectrum traits and autism spectrum disorders in children and adolescents with obsessive compulsive disorder: a systematic review. *BJPsych Open, 7*(S1), S56-S56.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., & Diefenbach, G. J. (2005). Defining response in clinical trials for obsessive-compulsive disorder: a signal detection analysis of the Yale-Brown obsessive-compulsive scale. *The Journal of clinical psychiatry, 66*(12), 0-0.

- Tonna, M., Ottoni, R., Paglia, F., Ossola, P., De Panfilis, C., & Marchesi, C. (2016). Obsessive–compulsive symptoms interact with disorganization in influencing social functioning in schizophrenia. *Schizophrenia research*, *171*(1-3), 35-41.
- Torresan, R. C., Ramos-Cerqueira, A. T. A., Shavitt, R. G., do Rosário, M. C., de Mathis, M. A., Miguel, E. C., & Torres, A. R. (2013). Symptom dimensions, clinical course and comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*, *209*(2), 186-195.
- Valderhaug, R., & Ivarsson, T. (2005). Functional impairment in clinical samples of Norwegian and Swedish children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *14*(3), 164-173.
- Valleni-Basile, L. A., Garrison, C. Z., Waller, J. L., Addy, C. L., McKeown, R. E., Jackson, K. L., & Cuffe, S. P. (1996). Incidence of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *35*(7), 898-906.
- Van Grootheest, D. S., Cath, D. C., Beekman, A. T., & Boomsma, D. I. (2005). Twin studies on obsessive–compulsive disorder: a review. *Twin Research and Human Genetics*, *8*(5), 450-458.
- Walitza, S., Van Ameringen, M., & Geller, D. (2019). Early detection and intervention for obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, *4*(2), 99-101.
- Weidle, B., Ivarsson, T., Thomsen, P. H., Lydersen, S., & Jozefiak, T. (2015). Quality of life in children with OCD before and after treatment. *European child & adolescent psychiatry*, *24*(9), 1061-1074.
- Wilcox, H. C., Grados, M., Samuels, J., Riddle, M. A., Bienvenu III, O. J., Pinto, A., ... & Nestadt, G. (2008). The association between parental bonding and

obsessive-compulsive disorder in offspring at high familial risk. *Journal of affective disorders*, 111(1), 31-39.

- Yorulmaz, O., Karancı, A. N., & Tekok-Kılıç, A. (2006). What are the roles of perfectionism and responsibility in checking and cleaning compulsions? *Journal of anxiety disorders*, 20(3), 312-327.
- Zisook, S., McAdams, L. A., Kuck, J., Harris, M. J., Bailey, A., Patterson, T. L., ... & Jeste, D. V. (1999). Depressive symptoms in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 156(11), 1736-1743.
- Zohar, A. H., & Felz, L. (2001). Ritualistic behavior in young children. *Journal of abnormal child psychology*, 29(2), 121-128.

