



**UNIVERSITÀ
DI PARMA**

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA

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

***DOC ad esordio in età evolutiva: caratteristiche cliniche e possibili
traiettorie psicopatologiche***

Relatore:

Chiar.mo Prof. Carlo Marchesi

Controrelatore:

Chiar.mo Prof. Matteo Tonna

Laureando/a:

Emanuela Calò

Matricola: 313843

ANNO ACCADEMICO 2020 - 2021

SOMMARIO

RIASSUNTO.....	5
ABSTRACT	8
1. INTRODUZIONE.....	11
1.1 DISTURBO OSSESSIVO – COMPULSIVO.....	11
1.2 OSSESSIONI E COMPULSIONI	12
1.3 DIMENSIONI OSSESSIVO-COMPULSIVE.....	14
1.4 INSIGHT.....	16
1.5 DOC IN ETA’ INFANTILE-ADOLESCENZIALE.....	18
1.6 EREDITARIETA’ GENETICA.....	19
1.7 FATTORI AMBIENTALI.....	20
1.7a IL RUOLO DEL TRAUMA	20
1.7b STILI DI ATTACCAMENTO.....	21
1.8 DIFFICOLTA’ DIAGNOSTICHE	23
1.9 PROFILO DI COMORBIDITA’	25
1.10 DIMENSIONE OSSESSIVA E SCHIZOFRENIA	27
1.11 DOC AD ESORDIO INFANTILE: TRAIETTORIE EVOLUTIVE.....	28
2. OBIETTIVO DELLO STUDIO	32
3. MATERIALI E METODI	33
3.1 RECLUTAMENTO	33
3.2 PROCEDURA.....	34

3.3 STRUMENTI DI MISURA	35
Variabili cliniche-demografiche.....	35
Dimensione ossessiva.....	35
Eventi traumatici infantile – adolescenziali	37
Funzionamento globale	37
Stili di attaccamento familiari	38
Dimensione affettiva	38
Sintomi di base	39
3.4 ANALISI STATISTICA	39
4. RISULTATI	41
4.1 DIMENSIONE OSSESSIVA.....	41
4.2 DIMENSIONE OSSESSIVA E FUNZIONAMENTO.....	43
4.3 DIMENSIONE OSSESSIVA E SINTOMI DI BASE	45
4.4 DIMENSIONE OSSESSIVO E TRAUMA.....	47
4.5 DIMENSIONE OSSESSIVA E SINTOMI DEPRESSIVI	49
4.6 DIMENSIONE OSSESSIVA E STILI DI ATTACCAMENTO	51
5. DISCUSSIONE	55
6. CONCLUSIONE.....	62
BIBLIOGRAFIA	63

RIASSUNTO

Introduzione: Il Disturbo Ossessivo – Compulsivo (DOC) è distribuito in popolazione con una percentuale del 2%, in ambo i sessi, con un'ampia espressione sintomatica. È un disturbo psichiatrico cronico che frequentemente esordisce in età infantile. In particolare, il DOC ad esordio infantile sembra presentare caratteristiche specifiche, differenti a seconda delle varie fasi di sviluppo; inoltre tende ad essere prevalente nel sesso maschile, con un più elevato carico genetico e una maggiore gravità globale della sintomatologia. Nonostante questo, resta ancora da definire il ruolo di vari fattori ambientali (es. trauma o stili di attaccamento insicuro), nonché il limite con le diverse comorbidità che questo disturbo presenta in età infantile-adolescenziale (dai disturbi dell'umore ai disturbi psicotici).

Ipotesi: Trattandosi di uno studio preliminare, l'obiettivo di esso è quello di indagare su un piano trasversale i sintomi dello spettro ossessivo ad esordio infantile – adolescenziale e descriverne il profilo di comorbidità e l'impatto sul funzionamento globale della persona. Quello secondario è invece di valutare dei possibili fattori predisponenti allo sviluppo di OCS, valutando soprattutto l'influenza esercitata da eventi traumatici in età precoce.

Materiali e metodi: Il campione dello studio è composto da 14 partecipanti di età compresa tra i 6 e i 21 anni, distribuiti equamente tra maschi e femmine. I partecipanti sono stati reclutati tramite il servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia

e Adolescenza del territorio di Parma e provincia e, in seguito alla valutazione dei requisiti, sono stati sottoposti a diverse batterie di test. In prima battuta sono state raccolte le informazioni cliniche e demografiche per poi passare alla somministrazione di OCI-CV (Obsessive - Compulsive Inventory - Child Version), CY-BOCS (Children's Yale - Brown Obsessive - Compulsive Scale), OBQ (Obsessive Beliefs Questionnaire), CGAS (Global Assessment Scale for Children), CTQ (Childhood Trauma Questionnaire), IPPA (Inventory of Parent and Peer Attachment), CDI (Children's Depression Inventory), SPI-CY (Schizophrenia Proneness Instrument Child and Youth)

Risultati: All'analisi delle correlazioni, i test che valutano la dimensione ossessiva (CY-BOCS, OCI-CV, OBQ), come atteso, presentavano una significativa correlazione reciproca. Andando ad indagare più nello specifico le sottodimensioni di queste scale, talune di queste presentavano valori di significatività maggiori (es. stile cognitivo “di minaccia” o “responsabilità”). Interessante vedere come soltanto CY-BOCS e OCI-CV siano risultate inversamente correlate al funzionamento. Per quanto concerne le correlazioni con le altre dimensioni, non sono risultate interazioni significative con la sintomatologia depressiva totale (CDI); solo OCI-CV e OBQ sono risultate significative associate a due sottoscale (“umore depresso” e “anedonia”). Analogamente, i valori complessivi delle scale ossessive non sono risultati correlati significativamente con le valutazioni inerenti alla gravità delle esperienze traumatiche e gli stili di attaccamento insicuri. Invece, per quanto riguarda la

valutazione della vulnerabilità schizofrenica (SPI-CY), sono emerse significative correlazioni da parte di tutte e tre le scale ossessive con tutte le dimensioni dei sintomi di base (es. adinamia, disturbi della percezione, nevroticismo, disturbi del pensiero e dell'azione).

Conclusioni: Gli OCS sembrano avere un impatto significativo sul funzionamento globale del soggetto in età infantile-adolescenziale. Inoltre, la forte associazione tra OCS e sintomi di base evidenzia come risulti necessario un attento monitoraggio delle traiettorie psicopatologiche in età evolutiva, specie quando la sintomatologia ossessivo-compulsiva risulta grave già all'esordio. I dati suggeriscono anche come la dimensione ossessiva si muova autonomamente rispetto alla sintomatologia depressiva e come invece meriti un'approfondita analisi il possibile legame con esperienze traumatiche precoci e stili di attaccamento insicuri.

ABSTRACT

Background: Obsessive - Compulsive Disorder (OCD) is heterogeneously distributed among the population (2%), with a wide symptomatic expression. It is a chronic psychiatric disorder that frequently begins in childhood. Childhood-onset OCD seems to have different characteristics according to stages of development; moreover, it tends to be prevalent in males, with a higher genetic component and a greater global severity of symptoms. Despite this, the role of environmental factors still remains to be defined (e.g., trauma or insecure attachment styles), as well as the limit with the various comorbidities that this disorder presents in childhood-adolescence (from mood disorders to psychotic disorders).

Hypothesis: This is a preliminary study and its hypothesis is to investigate on a transversal level the symptoms of the obsessive spectrum with childhood-adolescent onset and describe on a longitudinal level the psychopathological trajectories in developmental age, the comorbidity profile and the impact on the overall functioning of the person. The second aim is to evaluate possible predisposing factors for the development of OCS, especially evaluating the influence by traumatic events at an early age. Subsequently, the objective is to increase the sample and to investigate the significance in a longitudinal manner, also thanks to the annual follow-up.

Materials and methods: The sample is made up of 14 participants aged between 6 and 21, equally distributed between males and females. Participants

were recruited through the Child and Adolescent Neuropsychiatry Service in the Parma area and province and, following the assessment of the requirements, they were subjected to several test batteries. Initially, clinical and demographic informations were collected and then passed to the administration of OCI-CV (Obsessive - Compulsive Inventory - Child Version), CY-BOCS (Children's Yale - Brown Obsessive - Compulsive Scale), OBQ (Obsessive Beliefs Questionnaire), CGAS (Global Assessment Scale for Children), CTQ (Childhood Trauma Questionnaire), IPPA (Inventory of Parent and Peer Attachment), CDI (Children's Depression Inventory), SPI-CY (Schizophrenia Proneness Instrument Child and Youth).

Results: After the analysis of the correlations, the obsessive dimension evaluating tests (CY-BOCS, OCI-CV, OBQ) showed, as expected, a significant mutual correlation. Specifically investigating the sub-dimensions of these scales, some of them presented higher significance values (e.g., cognitive style "of threat" or "responsibility"). It is interesting to see how only CY-BOCS and OCI-CV were significantly correlated to functioning (high values of o-c symptoms corresponded to a low level of individual functioning). The correlations with the other dimensions, however, did not result in significant interactions with total depressive symptoms (CDI); only OCI-CV and OBQ were found to be significant associated with two subscales ("depressed mood" and "anhedonia"). Similarly, the overall values of the obsessive scales were not significantly correlated with the assessments inherent in the severity of traumatic experiences and insecure

attachment styles: only at the sub dimensional level did significant correlations emerge, worthy of further investigation. Instead, in the assessment of propensity to schizophrenia (SPI-CY), significant correlations emerged from all three obsessive scales with all dimensions of basic symptoms (e.g. adynamia, perception disturbances, neuroticism, thought disturbances and of the action).

Conclusions: OCS appear to have a significant impact on the overall functioning in childhood and adolescence. In addition, the strong association between OCS and basic symptoms highlights the need of careful monitoring of psychopathological trajectories in developmental age, especially when obsessive-compulsive symptoms are already severe at onset. The data also suggest how the obsessive dimension moves independently of depressive symptoms and how the possible link with early traumatic experiences and insecure attachment styles deserves an in-depth analysis.

1. INTRODUZIONE

“Credevo di essere responsabile di ciò che di negativo avveniva nel mondo a causa di quello che pensavo: la mia mente era una bomba a orologeria e io dovevo “strizzare” il cervello per impedire che pensasse cose catastrofiche che potevano avverarsi. [...]

Per un certo periodo ho pensato che una mia azione potesse condizionarne un'altra dall'altra parte del mondo. [...]

Pensavo che le persone si aspettassero tanto da me, così ce la mettevo tutta per essere perfetta.”

(Al mio DOC, grazie! Vivere con un disturbo ossessivo – compulsivo, Martina Santi)

1.1 DISTURBO OSSESSIVO – COMPULSIVO

Il Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC) è un disturbo psichiatrico comune e debilitante che colpisce circa il 2% della popolazione. È un disturbo che viene considerato eterogeneo, con un'ampia gamma di espressioni sintomatiche (Pauls et al., 2014). Esso viene considerato la decima causa di disabilità tra tutte le condizioni mediche all'interno del mondo industrializzato (Eisen et al., 2006), che quindi porta ad una debilitazione a livello delle condizioni fisiche e mentali (Adam et al., 2012), oltre che sociali.

Il DOC, inoltre, deve essere considerato un disturbo psichiatrico cronico e potenzialmente invalidante con una prevalenza del 2-3% tra gli adulti e del 0.5-2% negli adolescenti e nei bambini (Alvarenga et al., 2015).

Janet fu il primo a descrivere un caso di un bambino con Disturbo – Ossessivo Compulsivo. Quando infatti egli parlava dei pazienti che soffrivano di DOC, tendeva a descriverli come “motivati da un senso interno di incompletezza che scaturiva dalla percezione che le proprie azioni non fossero state completate in modo adeguato e

soddisfacente” (Cervin et al., 2020), tanto da dover richiamare in memoria dei pensieri intrusivi (detti ossessioni) che accrescevano il senso di frustrazione e i quali venivano successivamente affiancati da comportamenti, detti compulsioni, tesi ad alleviare l’insoddisfazione.

Inizialmente esso veniva considerato un’entità nosologica unitaria, ma poi recentemente nel DSM 5 è stato riclassificato all’interno di uno Spettro Ossessivo-Compulsivo che comprende altre patologie come 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.

1.2 OSSESSIONI E COMPULSIONI

Quando parliamo di ossessioni facciamo riferimento ad una presenza persistente o ricorrente di idee, pensieri, impulsi o immagini mentali che il soggetto non riesce ad eliminare dalla propria coscienza, tanto da determinare un turbamento a livello emotivo. Tra quelle più frequenti potremmo ritrovare i pensieri ripetitivi di contaminazione, dubbi ripetitivi, bisogno che le cose siano disposte in un certo ordine, impulsi aggressivi o terrifici, fantasie sessuali (Militeri, 2020). Queste immagini sono intrusive in quanto compaiono nella mente del soggetto in maniera scollegata dal contesto e dal suo stato mentale, inoltre esse vengono anche spesso esperite come in contrasto con il suo senso morale in quanto distanti dalla visione che il paziente ha della realtà (Mancini, 2016). Dovremo anche distinguere due diverse tipologie di ossessioni: quelle che vengono solitamente definite reattive e cioè includono pensieri, timori o dubbi che sono elicitati da stimoli esterni identificabili e reali, tanto da essere considerate come minacciose,

oppure potremmo avere quelle endogene che riguardano i così detti pensieri proibiti, blasfemi, percepiti come egodistonici e inaccettabili.

Il soggetto con DOC solitamente cerca di reprimere queste sensazioni e lo fa attraverso le compulsioni, che sono dei comportamenti ripetitivi (overt) o azioni mentali (covert) che hanno lo scopo di prevenire o di ridurre il senso di malessere che accompagna l'ossessione (Militeri, 2020). In alcuni casi però non è detto che esse siano precedute dalle ossessioni, in quanto potrebbero anche presentarsi come azioni rigide o stereotipate a cui il soggetto non riesce a dare significato. Infatti esse sono dei modi poco realistici o esagerati che il soggetto mette in atto per affrontare un problema posto dalle ossessioni. Inoltre esse vengono vissute non come atti liberi, ma come coatti e rientrano nelle akrasie, dove la persona agisce intenzionalmente in un certo modo anche se potrebbe agire diversamente (Mancini, 2016). Da questo deriva il fatto che le compulsioni invece di ridurre il distress lo aumentano, tanto che alcune di esse potrebbero addirittura essere estremamente dolorose e faticose per l'individuo.

Le compulsioni, però, non sono l'unico meccanismo che i soggetti con DOC adottano per risolvere quella che è l'ansia che insorge inseguito alla presentazione delle ossessioni: potrebbero infatti anche ricorrere all'evitamento, ai tentativi di distrarsi o di sopprimere i pensieri ossessivi, alle richieste di rassicurazioni, alle confessioni, alle ruminazioni (Ladouceur, Freeston, Rhéau et al., 2000). Questi tentativi naturalmente sono intenzionali e finalizzati a risolvere un problema che vien posto dalle ossessioni, così da escludere la possibilità che venga a verificarsi qualcosa di tanto temuto.

1.3 DIMENSIONI OSSESSIVO-COMPULSIVE

La sintomatologia ossessivo-compulsiva si articola su diverse tematiche, eterogenee tra loro, solitamente ben definibili all'interno del singolo individuo. Un approccio per comprendere e qualificare l'eterogeneità del disturbo ossessivo compulsivo è l'uso di un quadro multidimensionale basato sulle dimensioni dei sintomi articolate come segue: (1) simmetria: ossessioni di simmetria e compulsioni a ripetere, ordinare e contare; (2) controllo: ossessioni dubitative associate a compulsioni di controllo ed evitamento; (3) pensieri proibiti: aggressività, ossessioni sessuali, religiose e somatiche e compulsioni di controllo; (4) pulizia: ossessioni di contaminazione e compulsioni di pulizia; e (5) accumulo: accumulo di ossessioni e compulsioni (Cervin et al., 2021)

Queste dimensioni sono risultate abbastanza coerenti tra campioni di pazienti giovani e adulti, con alcuni studi individuali che mostrano una struttura parzialmente dipendente dall'età (Hojgaard et al., 2017).

Per quanto riguarda la prima categoria sopra citata, cioè quella delle ossessioni di simmetria con compulsioni di riordino, bisogna sottolineare come i soggetti appartenenti a questo gruppo tendono meno a cercare aiuto e vivono questa condizione come egosintonica (Sookman et al., 2005). Questi pazienti presentano una risposta abbastanza in linea con gli altri sottogruppi nell'ambito delle terapie ERP, CBT e farmacologica (Starcevic e Brakoulias, 2008).

La seconda categoria, e cioè quella associata a compulsioni di controllo, è caratterizzata dall'utilità per i soggetti che soffrono di DOC di riduzione dell'angoscia associata all'incertezza o al dubbio sulle conseguenze temute per sé o per gli altri. Inoltre, molto spesso questa necessità di controllo può essere scaturita da dei fattori tangibili,

visibili, mentre altre volte questi sono semplicemente generati da dei pensieri intrusivi che si verificano spontaneamente e vengono visti come pericolosi (Sookman et al., 2005). Queste compulsioni inoltre sembra che rispondano bene a terapie con ERP e CBT, anche se non ci sono molti studi su questo argomento (Starcevic e Brakoulias, 2008).

La terza categoria è quella delle ossessioni pure, la quale presenta una prevalenza del 25% nei pazienti con diagnosi DOC. Questo sottogruppo si caratterizza dall'evitamento passivo di situazioni che provocano le intrusioni temute, associato ad evitamento attivo tramite l'utilizzo di rituali nascosti e strategie di neutralizzazione. Tutto ciò è fondamentale in quanto tende a ridurre l'ansia e i sensi di colpa, legati a pensieri immorali mostrati dal paziente (Sookman et al., 2005). Questo sottogruppo era stato considerato inizialmente resistente al trattamento CBT e farmacologico, ma successivamente ulteriori studi hanno notato come presentano una risposta abbastanza buona a ERP e farmacoterapia, a differenza di altri sottogruppi (Starcevic e Brakoulias, 2008).

Per quanto riguarda la quarta dimensione citata, cioè quella relativa alle ossessioni da contaminazione con compulsioni di pulizia e lavaggio, dobbiamo sottolineare come essa sia caratterizzata principalmente da pensieri ossessivi circa la minaccia di contrarre malattie in seguito a contaminazione. Tutto ciò è associato alla paura di contaminare gli altri e quindi di essere la causa di diffusione di una grave malattia, tanto da portare il soggetto a mettere in atto dei rituali di lavaggio tesi alla prevenzione della diffusione (Sookman et al., 2005). Inoltre, questo tipo di compulsione è risultata essere associata ad una buona risposta all'ERP e alla CBT, con invece una scarsa risposta alla farmacoterapia con SRI (Starcevic e Brakoulias, 2008).

Infine, l'ultimo gruppo è quello riferito all'hoarding o ossessione da accumulo, il quale è particolarmente invalidante come DOC ed è stato poco trattato. È caratterizzato dall'acquisizione continua di oggetti senza valore con la successiva difficoltà nello scartarli. La sua diffusione si aggira intorno al 18 – 24% e solitamente gli accumulatori riferiscono anche maggiore ansia e depressione, oltre che disfunzioni psicosociali. Nell'ambito della terapia invece troviamo una risposta molto scarsa a ERP, CBT e SRI (Sookman et al., 2005; Starcevic e Brakoulias, 2008).

1.4 INSIGHT

L'egodistonia è classicamente considerata come una caratteristica peculiare del DOC (Janet, 1903), tuttavia esistono forme di questa condizione clinica in cui l'insight (definito come “consapevolezza di malattia”) risulta deficitario. In accordo con le specificazioni diagnostiche dei moderni sistemi di classificazione (DSM 5, APA 2013), i dati di letteratura più recenti tendono a considerare l'insight lungo un continuum: dalla piena consapevolezza dell'assurdità dei propri sintomi e conservazione dell'egodistonia, alla considerazione di questi come realistici e ragionevoli, e quindi egosintonici (Insel and Akiskal, 1986).

Pertanto, la collocazione nosografica delle forme a scarso insight, che peraltro si presentano con tassi di prevalenza elevati (21-36%) (Catapano et al., 2010; Foa et al., 1995; Matsunaga et al., 2002; Ravi et al., 2004; De Berardis et al., 2005; Alonso et al., 2007; Türksoy et al., 2002; Insel, 1986; Eisen e Rasmussen, 1993; Marazziti et al., 2002; Eisen et al., 2001; Jacob et al., 2014; Pelizza et al., 2013), risulta essere più complessa: nel DSM 5 è stata infatti introdotta la specificazione di DOC a scarso insight, considerato

da alcuni autori lungo un continuum con i disturbi dello spettro schizofrenico (Insel, 1986; Bogetto, 1999; Sevinock, 2006; Pelizza, 2013).

La perdita di insight, inoltre, è stata considerata da alcuni autori come indipendente rispetto agli aspetti clinici e di decorso del DOC (Eisen and Rasmussen, 1993; Eisen et al., 2001; Marazziti et al., 2002), mentre lavori più recenti hanno individuato peculiari caratteristiche cliniche e di decorso nelle forme a scarso insight. In particolare, una maggiore gravità dei sintomi ossessivo-compulsivi (Jacob et al., 2014; Jakubovski et al., 2011; Alonso et al., 2008; Türksoy et al., 2002; Catapano et al., 2010; Ravi et al., 2004), maggior presenza di compulsioni (in particolare di ordine, di lavaggio e di controllo) (Bellino et al., 2005) e di specifici contenuti ossessivi (ideazioni aggressive, religiose e somatiche) (Fontenelle et al., 2010), oltre a una minore età di esordio e una più lunga storia di malattia (Catapano et al., 2010; Matsunaga et al., 2002; Ravi et al., 2004).

Per quanto concerne la capacità di insight in età evolutiva, bisogna sottolineare come, a differenza degli adulti, nei bambini risulti più difficile definire questo elemento al momento della diagnosi. Di fatti, generalmente è stato osservato come l'insight evolva durante la crescita, assieme ai processi cognitivi che durante l'età infantile sono in fase di organizzazione, come per esempio il pensiero astratto. Nonostante questo, un DOC a scarso insight già in età evolutiva presenterà elevati livelli di gravità dei sintomi e maggiori difficoltà a livello cognitivo (Lewin et al., 2009) ed una maggiore tendenza alla cronicizzazione (Bellino, 2005), nel contesto di un costrutto sintomatologico complessivamente più stabile. Inoltre, i pazienti DOC a scarso insight hanno una maggior frequenza di disturbi psichiatrici durante l'infanzia rispetto a quelli con buon insight, sebbene non siano disponibili dati su specifiche patologie (Catapano et al., 2001).

1.5 DOC IN ETA' INFANTILE-ADOLESCENZIALE

Nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo si è notato come l'età d'esordio si distribuisca secondo due picchi: il primo è presente nell'infanzia a circa 10 anni, mentre il secondo è nella prima età adulta (20-29 anni) (Maia et al., 2008).

Di fatti, si stima che il DOC abbia esordio in età infantile-adolescenziale in circa il 50% dei casi (Pauls et al., 1995; Janowitz et al., 2009) e che il 30-50% degli adulti con DOC avrebbe avuto un esordio nell'infanzia, prima dei 10 anni (Pauls et al., 2014). Inoltre, è stato osservato come la distribuzione sia differente a seconda del genere: nei maschi l'insorgenza del DOC è maggiore in età comprese tra i 5 e i 15 anni, mentre nelle femmine tra i 26 e i 35 anni (Hanna et al., 1995; Noshirvani et al., 1991). Inoltre, esso andrà a presentarsi secondo diverse modalità: a seconda della fase dello sviluppo in cui ci si ritrova si potranno avere manifestazioni più o meno diverse dei sintomi ossessivo – compulsivi (Militeri, 2020).

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). I quadri ad esordio precoce tendono ad essere più prevalenti in soggetti di sesso maschile, presentando un elevato tasso di comorbidità, un più elevato carico genetico e una maggiore gravità globale della sintomatologia (Fontenelle et al., 2003).

In letteratura è stato evidenziato come il 40% di DOC insorti nell'infanzia prosegua anche in età adulta, salendo anche al 60% se si considera tutti quei quadri presenti in forma sottosoglia (Maia et al., 2008).

1.6 EREDITARIETA' GENETICA

Fin dal 1930 questa malattia era considerata un disturbo geneticamente trasmissibile e quindi ereditato direttamente dai propri familiari. Questa considerazione derivava dal fatto che si era osservato come nei parenti di pazienti con DOC ad esordio infantile, il rischio di insorgenza risultava essere molto più elevato, tanto da suggerire un'analisi dei sintomi in soggetti della famiglia che non avevano ancora attraversato la fase critica (7-12 anni) per cercare di intervenire in maniera tempestiva (Pauls et al., 2014).

Gli elementi genetici sono in grado di andare ad influenzare la manifestazione dei sintomi della malattia sulla base dell'età del bambino e il grado di parentela. Infatti si è osservato come il rischio per un DOC nei parenti di primo grado è risultato variare tra il 6% e il 55% (Mancini, 2016). Nello studio di Arumugham, Cherian, Baruah e collaboratori del 2014, si sottolinea come il rischio di sviluppare un DOC sub-sindromico è maggiore nei genitori dei soggetti con disturbo, rispetto invece ai controlli senza DOC, e che nel caso di analisi su soggetti con esordio precoce in età infantile, avremo una familiarità ancora maggiore. La familiarità del DOC viene definita dagli stessi Autori come associata a specifiche caratteristiche fenomenologiche ed è stato in seguito anche suggerito come ci potrebbe essere la presenza di 4 tipi diversi di DOC, di cui 3 in forma familiare con un esordio precoce o tardivo con la presenza o meno di tic, ed un altro in forma non familiare (Pauls et al., 2014). La limitazione di tali studi in ambito familiare è che essi non consentono di stabilire un confine tra trasmissione genetica e educazione/imitazione.

Per cercare di superare tale difficoltà, furono successivamente eseguiti vari studi sui gemelli, sia omozigoti che dizigoti. In uno studio recente è stato evidenziato un tasso di concordanza fra i gemelli monozigoti pari al 0,52 e nei dizigoti pari al 0,21, con una globale familiarità del DOC stimata intorno al 48%. Da questi dati, è stato suggerito come i fattori ambientali e genetici possano influenzare diversamente i sintomi ossessivo-compulsivi, pesando sulla loro espressione anticipata o meno (Browne, et al. 2014).

È prevedibile quindi come l'interazione ambiente – geni a rischio provochino un'alta probabilità di sviluppare il Disturbo Ossessivo – Compulsivo. Infatti, in termini statistici dobbiamo parlare di tasso di ereditabilità, dove un alto tasso di ereditabilità non corrisponde necessariamente a un'elevata influenza genetica, ma invece ad un alto livello di associazione tra le due variabili che, in questo caso, sono relative ai geni e all'ambiente.

1.7 FATTORI AMBIENTALI

1.7a IL RUOLO DEL TRAUMA

Il trauma infantile viene considerato un fattore di rischio comune a diversi disturbi psichiatrici: Disturbi dell'Umore (Weiss et al.,1999; Widom et al.,2007; Wingo et al., 2010), Disturbi da Uso di Sostanze (Conroy et al., 2009; Tucci et al., 2010), Disturbi Psicotici (Heins et al.,2011), Disturbi dell'Alimentazione (Kong & Bernstein, 2009) e Disturbi di Personalità (Afifi et al., 2011).

Il trauma è in grado di influenzare in maniera differente le persone che si trovano a subire un determinato danno, a seconda della loro vulnerabilità. Se ripetuto nel tempo, potrebbe eventualmente portare ad uno sviluppo alterato, dove condizioni stabili di

minaccia tenderanno a soverchiare il soggetto, rendendo impossibile il sottrarsi ad esse. Sono diverse le evidenze in letteratura di un'associazione tra diversi tipi di trauma infantile, in particolare emotional abuse e emotional neglect (Lochner et al., 2010; Hemmings et al., 2013), e sviluppo di OCS (Sasson et al., 2005; Gothelf et al., 2004, De Silva and Marks, 1999; Mathews et al., 2008; Briggs and Price, 2009; Miller and Brock, 2017). È stata ipotizzata anche una possibile relazione causale tra l'evento e l'esordio della sintomatologia (Lafleur et al., 2011, Cromer et al., 2007), con una probabilità 5 volte maggiore rispetto a chi non avesse subito traumi di sviluppare successivamente un DOC a decorso meno favorevole con maggiore gravità dei sintomi (Rasmussen e Eisen, 1991; Sounders et al., 1992; Tibi et al., 2020).

Rimane tuttavia ancora poco esplorato il meccanismo con il quale un trauma in età infantile-adolescenziale possa predisporre allo sviluppo di OCS. In un recente studio del 2017, Bey e colleghi (Bey et al., 2017) hanno ipotizzato una possibile relazione tra trauma infantile e specifici tratti temperamentali-personologici: in particolare alti livelli di *harm avoidance* possono essere considerati un fattore premorbo di vulnerabilità e, verosimilmente, un endofenotipo del disturbo stesso, frequentemente associato a storia di esperienze traumatiche (Richter et al., 1996; Fossey et al., 1989; Ettelt et al., 2008).

1.7b STILI DI ATTACCAMENTO

Quando parliamo di sistema di attaccamento, facciamo riferimento ad un sistema motivazionale biologicamente adattivo, che spinge i bambini a cercare e mantenere la vicinanza al loro caregiver primario (o figura di attaccamento) in caso di pericolo o bisogno (Bowlby, 1969). La qualità delle interazioni del bambino con il caregiver

primario, che dipende dalla sensibilità e dalla reattività della figura di attaccamento ai bisogni di prossimità del bambino e ai segnali emotivi, porta alla formazione di modelli operativi interni (MOI) di sé e degli altri, in grado di organizzare le manifestazioni del sistema di attaccamento nella direzione della sicurezza o delle diverse forme di insicurezza (come quelle evitanti, ambivalenti e disorganizzate) durante tutta la vita (Liotti e Farina, 2011; Bowlby, 1973; Bowlby, 1988). Il funzionamento e la tipologia dell'attaccamento, associato ai diversi MOI contenuti nella memoria del soggetto, portano ad influenzare il processo di adattamento, il funzionamento psicologico e la salute mentale.

Sopravvivere all'interno di un ambiente difficile, richiede l'utilizzo di un sistema motivazionale teso alla difesa per la propria incolumità (Liotti e Farina, 2011). Le insicurezze dell'attaccamento sono state collegate in vari studi a processi cognitivi non adattivi legati, per esempio, al Disturbo Ossessivo – Compulsivo, mostrando una forte influenza sugli OCS del paziente rendendoli più gravi (Mikulincer e Shaver, 2007; Nedelisky e Steele, 2009).

Esperienze di cura negligente, invadente, incoerente e spaventosa nell'infanzia sono legate allo sviluppo di un attaccamento insicuro, con delle strategie di coping estremamente rigide e non adattative, valutazioni esagerate delle minacce, difficoltà nel sopprimere i pensieri indesiderati, perfezionismo, intolleranza all'incertezza e all'ambiguità (Tibi et al., 2020). Chi sperimenta un modello di attaccamento compromesso durante l'infanzia, presenterà delle compromissioni a livello dell'autostima (Guidano e Liotti, 1983). In pazienti con DOC essa verrà minata dalla presenza di pensieri intrusivi egodistonici, che causeranno angoscia, soprattutto se si scontreranno con i rigidi

standard di perfezionismo morale dell'individuo, determinando l'insorgenza di compulsioni tese a ridurre l'ansia e il disagio, anche se in modo disadattivo (Ahern, Kyrios e Meyer, 2015).

1.8 DIFFICOLTA' DIAGNOSTICHE

Nonostante l'epidemiologia rilevante già in età infantile-adolescenziale, questo disturbo è frequentemente sotto diagnosticato e fino al 90% dei casi non viene trattato, soprattutto in casi lievi e moderati (Alvarenga et al., 2015). Infatti, 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 significative ripercussioni sullo sviluppo del bambino e sul funzionamento globale.

Questo dato è interessante in quanto, prendendo in considerazione tutte le ricerche eseguite nell'ambito di DOC infantile trattato precocemente, possiamo notare come si possa andare incontro ad un tasso di remissione molto più elevato (fino al 73%) rispetto invece a quanto si osservi in età adulta (Melin et al., 2018). Infatti, in uno studio eseguito in Svezia su un campione clinico adulto volto a dimostrare la necessità di un intervento terapeutico precoce, è stato possibile riscontrare come soltanto il 20% dei casi fosse andato incontro a remissione dopo 40 anni di decorso della patologia, mentre oltre la metà dei casi (52%) presentava ancora sintomi DOC clinicamente significativi (Skoog e Skoog, 1999).

Oltre a questo, è ancora invece discusso se la presenza di sintomi dello spettro ossessivo-compulsivo in età infantile-adolescenziale 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.

Bisogna tenere in considerazione anche il fatto che le 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. Gessel descriveva questo tipo di comportamento come un'insistenza su un determinato modo di eseguire le azioni e di percepire le cose che li circondano, risultando particolarmente sensibili ai dettagli (Gessel, 1974). Questi comportamenti possono essere funzionali e aumentare la percezione di sicurezza e di prevedibilità dell'ambiente assumendo anche una valenza comunicativa tra pari, così da non percepirli come avversi. Hanno inoltre un ruolo per lo sviluppo del controllo cognitivo e sono coinvolti nei processi di separazione/individuazione (Leonard, 1989). I bambini quindi attraverso i rituali cercano di rendere stabili gli altri e gli oggetti che li circondano. Tuttavia, con il passare del tempo e lo sviluppo iniziano ad affidarsi molto meno a tali meccanismi che, se dovessero persistere, potrebbero assumere un significato patologico (Zohar e Felz, 2001). Nonostante questo, bisogna ricordare come tale componente ritualistica possa favorire la socializzazione, a differenza di ossessioni e compulsioni che risultano essere dannose per il sé e per la socialità (Zohar e Felz, 2001).

Inoltre, bisogna anche sottolineare come non è detto che questi sintomi che insorgono in età infantile possano rimanere costanti anche in età adulta: nella maggior parte dei casi si è infatti notato come essi tendano a modificarsi e a fluttuare man mano che il soggetto cresce, non per forza configurandosi in termini di Disturbo in età adulta (Stewart et al., 2007).

1.9 PROFILO DI COMORBIDITA'

Accanto alle difficoltà nel riconoscere la sintomatologia ossessivo-compulsiva, vi è inoltre da sottolineare come il DOC presenti un tasso elevato di disturbi psichiatrici in comorbidità, differenti a seconda dell'età di esordio. Basti pensare che il 90% dei soggetti affetti da DOC in età evolutiva abitualmente presenta almeno una comorbidità ed il 50% anche più di una (Tanidir et al., 2015).

Di fatti, accanto alla diagnosi di DOC frequentemente si assiste alla presenza di tali disturbi, che possono in qualche modo nascondere la compresente sintomatologia ossessivo-compulsiva: 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 DA et al., 2012; Huang et al., 2014).

Come già accennato, l'età di esordio sembra essere fondamentale, tanto che, in età infantile si assiste a più frequenti comorbidità con disturbi esternalizzanti e disturbi d'ansia, mentre negli adolescenti appare maggiore la comorbidità con disturbi internalizzanti e, frequentemente, con sintomi psicotici (Masi et al., 2010).

Un fattore che sicuramente caratterizza un DOC ad esordio precoce è la presenza di comorbidità con ADHD e disturbi da tic. Di fatti, nei bambini è molto frequente riscontrare un'associazione con disturbi del comportamento (51%) e disturbi da tic (27%),

mentre già negli adolescenti, come poi negli adulti, tali comorbidità subiscono una sensibile riduzione a livello di incidenza (Peris et al., 2017; Geller et al., 2001).

I soggetti affetti da DOC inoltre frequentemente presentano in comorbidità Disturbi dell'Umore (tasso di incidenza che si aggira tra il 13% e il 70%, con una probabilità pari a 6 volte maggiore di presentare tale comorbidità in adolescenza e non in infanzia) e Disturbi d'Ansia non DOC correlati (tasso di incidenza pari al 35%; Peris et al., 2017). Infatti, in letteratura ci sono diversi dati a sostegno del fatto che una storia prolungata di OCS possa associarsi a tassi molto più elevati di depressione (Peris et al., 2017). Inoltre, la presenza di sintomi depressivi e di ansia in comorbidità è stata visto comportare una maggiore gravità della sintomatologia ossessivo – compulsiva, con più elevata compromissione funzionale e ridotti livelli di insight (Peris et al., 2017).

Infine, una comorbidità altrettanto importante che è stata riscontrata è quella con i Disturbi della Condotta Alimentare (DCA). Di fatti, i due disturbi presentano una grande somiglianza a livello psicopatologico tanto che Holden e Rothenberg (1990; 1986) avevano suggerito come l'anoressia nervosa potesse rientrare in una forma di DOC. Questa associazione è anche rafforzata dal fatto che entrambi presentano una base neurobiologica comune, legata al sistema serotoninergico (Milos et al., 2002). Se consideriamo i DCA in generale, questi hanno una prevalenza in popolazione che va dal 0.5% al 1%, con una distribuzione maggiore nel sesso femminile. Di questi, circa un quinto ha un Disturbo Ossessivo – Compulsivo in comorbidità, con stime che potrebbero salire anche al 40% (Mandelli et al., 2020). Questi risultati hanno suggerito come il DOC possa indicare un fattore di rischio di sviluppo di DCA, influenzando anche la durata del disturbo e l'età di insorgenza anticipata.

1.10 DIMENSIONE OSSESSIVA E SCHIZOFRENIA

Bleuler (1911) fu uno dei primi ad affermare come la sintomatologia ossessiva potesse essere considerata un fattore prodromico all'insorgenza di schizofrenia; nonostante questo, il legame tra DOC e schizofrenia è stato analizzato solo negli ultimi 15 anni.

Di fatti, diversi studi epidemiologici hanno evidenziato come il 30% dei pazienti affetti da schizofrenia potesse manifestare sintomatologia ossessivo-compulsiva, mentre invece solo il 12% raggiungerebbe i criteri per diagnosi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo (Frias et al., 2014). È stato invece riscontrato che fino al 14% i pazienti affetti da DOC possano presentare sintomatologia psicotica; accanto a questo dato, il tasso di comorbidità con la Schizofrenia è stimabile tra il 4-12% (Attademo et al., 2012).

È stato dimostrato, invece, che i soggetti DOC con sintomatologia psicotica tipicamente presenterebbero un'età di esordio più precoce, anamnesi familiare positiva per il Disturbo, scarsa risposta al trattamento psicofarmacologico e un decorso tendenzialmente cronico (Poyurovsky et al., 2012). Solitamente i soggetti con DOC che tendono maggiormente a sviluppare sintomatologia psicotica sarebbero quelli con dimensioni sintomatologiche specifiche (es. accumulo, ossessioni somatiche e compulsioni di controllo) e con un complessivo scarso insight (Poyurovsky et al., 2012; Tonna et al., 2016). Oltre a questo, sono state riscontrate associazioni significative con Disturbi di Personalità appartenenti al Cluster A, in particolar modo Schizotipico (Bellino et al., 2005; Alonso et al., 2007, 2008; Insel e Akiskal, 1986; Pigott et al, 1994; Matsunaga et al., 2002) e Schizoide (Pelizza et al, 2013).

Solitamente, pazienti con la compresenza di sintomatologia ossessiva e psicotica mostrano un diverso modello di comorbidità, con un'aggregazione preferenziale di disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo (es. disturbo di dismorfismo corporeo), disturbi dell'alimentazione e disturbi da tic; sarebbe invece minore l'associazione con disturbi dell'umore, abuso di sostanze e disturbi d'ansia (Poyurovsky et al., 2012). Nell'ambito di pazienti con diagnosi di Schizofrenia, è stato dimostrato come la compresente sintomatologia ossessivo-compulsiva influenzi livelli di disorganizzazione tipici di questo disturbo: di fatti, nei pazienti con bassi livelli di disorganizzazione, le manifestazioni ossessive sembrano sostenere un migliore funzionamento globale dell'individuo. Verosimilmente, tale mediazione sembra dettata da una “*organizzazione ossessiva*”, caratterizzata da rigidi rituali e compulsioni (Tonna et al., 2016).

1.11 DOC AD ESORDIO INFANTILE: TRAIETTORIE EVOLUTIVE

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. 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).

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., 2014). La maggior parte dei lavori 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 rappresentano fattori in grado di predisporre ad un andamento sfavorevole del disturbo, mentre la presenza di uno stile di attaccamento sicuro rappresenta un elemento prognosticamente favorevole (Tibi et al., 2020).

I pazienti con disturbo ossessivo compulsivo sperimentano una qualità di vita complessivamente inferiore. Il DOC è spesso caratterizzato da un decorso fluttuante, con generalmente bassi tassi di remissione. Il DOC infantile solitamente è sottodiagnosticato e fino al 90% dei bambini non viene trattato correttamente (Alvarenga e Cesar, 2015). Questo dato è interessante in quanto si può notare come si può andare incontro ad un tasso di remissione molto più elevato (fino al 73%) quando viene diagnosticato precocemente, rispetto invece a quanto avviene in età adulta (Melin et al., 2018). Infatti in uno studio eseguito in Svezia (1999) su una popolazione adulta, è stato possibile riscontrare come su 144 pazienti trattati per il disturbo ossessivo compulsivo, solo il 20% aveva sperimentato la remissione dopo ben 40 anni di patologia. Sebbene una percentuale sostanziale (83%) abbia sperimentato un calo della gravità dei sintomi rispetto all'inizio, oltre la metà (52%) presentava ancora sintomi DOC clinicamente significativi anche 40 anni dopo (Skoog e Skoog, 1999), indice del fatto che vi è bisogno di un intervento più tempestivo possibile.

È emerso inoltre come ci sia una buona risposta ai trattamenti cognitivo-comportamentali, soprattutto se attuati precocemente (Melin et al., 2018). Un trattamento

comportamentale efficace è sicuramente la terapia cognitivo-comportamentale (CBT). Tra le varie terapie che rientrano in questa grande famiglia, la più efficace è risultata essere quella con l'esposizione con prevenzione della risposta (ERP), la quale consiste nell' esporre in maniera graduale il paziente al pensiero, immagine o evento temuto per un tempo superiore rispetto a quello normalmente tollerato e nel fare in modo che riesca a resistere all' impulso di compiere il cerimoniale. Essa è stata una tecnica molto utilizzata negli ultimi 30 anni, tanto che si sono registrati dei grandi miglioramenti, soprattutto a breve termine. Oltre che a questa tecnica, si è visto anche come la mindfulness è in grado di portare dei grandi miglioramenti nell' ambito del DOC. Essa è un valido strumento utile per aiutare a gestire le proprie esperienze interne e ad imparare a rispondere nella maniera più adeguata e funzionale possibile, invece che reagire automaticamente ai pensieri intrusivi (Mancini, 2016). Chi viene sottoposto a questo trattamento mostra solitamente un livello di remissione molto ridotto dovuto alla loro incapacità di proseguire con la pratica in autonomia.

Quindi per avere una traiettoria di remissione più duratura possibile, si è visto come la terapia cognitivo – comportamentale ERP è quella più efficace, associata anche eventualmente ai trattamenti farmacologici con SSRI. Il 31% dei rispondenti allo studio sostenuto da Bloch e colleghi (2013), ha mostrato in seguito ad assunzione di SSRI una remissione completa al follow-up.

Per quanto riguarda invece i dati sul decorso longitudinale del disturbo, essi sono estremamente scarsi in letteratura, soprattutto delle forme cliniche di interesse neuropsichiatrico, con tassi di remissione variabili dal 17% al 65% (Bloch et al., 2013). La maggior parte dei lavori è stata condotta su pazienti adulti, infatti si dovrebbe mostrare

una maggiore attenzione alla prevenzione e all'eventuale individuazione di fattori di rischio nell'età infantile.

2. OBIETTIVO DELLO STUDIO

Lo studio si pone l'obiettivo preliminare di indagare su un piano trasversale i sintomi dello spettro ossessivo ad esordio infantile-adolescenziale, evidenziando eventuali legami con la presenza di una soggiacente vulnerabilità psicotica o di sintomatologia depressiva. Accanto a questo, si è interessati ad analizzare l'impatto sul funzionamento globale dell'individuo ed il possibile ruolo eziopatogenetico o patoplastico da parte di eventi traumatici e stili di attaccamento insicuri.

3. MATERIALI E METODI

3.1 RECLUTAMENTO

Per lo studio in questione, il reclutamento dei partecipanti ha fatto affidamento a pazienti che facevano accesso presso il Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza dell'AUSL di Parma e provincia, con diagnosi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) o che manifestavano sintomatologia dello spettro ossessivo-compulsivo durante la fase di screening, di età compresa tra 6 e 18 anni. I pazienti potenzialmente eleggibili venivano contattati, previa segnalazione da parte degli Specialisti Neuropsichiatri Infantili curanti, ed inclusi nello studio, dopo la conferma dei criteri di inclusione, e dopo aver ottenuto il consenso informato per la partecipazione allo studio da parte dei loro tutori legali e l'assenso alla partecipazione da parte del minore.

Essi dovevano rispettare dei criteri specifici di inclusione:

- Presenza di sintomatologia ossessivo – compulsiva riscontrata tramite il questionario di screening Obsessive – Compulsive Inventory – Child Version (OCI-CV);
- Età tra 6 e 21 anni;
- Sufficiente stabilità clinica da consentire idonea partecipazione allo studio ed adeguata valutazione psicopatologica;
- Accordo dei pazienti a partecipare allo studio

Ma anche non presentare delle corrispondenze con i 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).

3.2 PROCEDURA

Lo studio è stato svolto nel periodo compreso tra Gennaio 2021 e Agosto 2021. I soggetti che sono stati reclutati per esso, in quanto rappresentavano le caratteristiche di inclusione, dopo aver firmato il consenso informato, sono stati tutti sottoposti ai questionari indicati di seguito, i quali venivano suddivisi per caratteristiche da indagare. Tra essi c'erano: variabili cliniche – demografiche; dimensione ossessiva, indagata tramite OCI-CV, CY-BOCS e OBQ (Foa et al. 2010, versione italiana Pozza et al. 2017; Scahill et al. 1997, versione italiana Novara et al. 2020; OCCWG, 1997, versione Italian Dorz et al. 2009); eventi traumatici infantili – adolescenziali tramite l'uso del CTQ (Bernstein et al., 2003, versione italiana Innamorati et al. 2016); funzionamento globale che è analizzato da CGAS (Shaffer, 1983, versione italiana Mugno et al. 2014); stile di attaccamento familiare con IPPA (Armsden e Greenberg, 1987, versione italiana Baiocco et al. 2009); dimensione affettiva indagata con il CDI (Kovacs 1985, versione italiana Camuffo et al. 1988); infine i sintomi di base con la SPI-CY (Schultze-Lutter et al., 2012, versione italiana Fiori Nastro et al. 2012).

3.3 STRUMENTI DI MISURA

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.

Dimensione ossessiva

- 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).

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

La CY-BOCS è una scala di valutazione etero-somministrata 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.

- Obsessive beliefs questionnaire-20 (OBQ-20; OCCWG, 1997, versione Italian Dorz et al. 2009)

L'OBQ è un questionario costituito da 20 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 1 (sono molto in disaccordo) a 7 (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.

Eventi traumatici infantile – 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.

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).

Stili di attaccamento familiari

- Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA; Armsden e Greenberg, 1987, versione italiana Baiocco 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.

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.

Sintomi di base

- Strumento di Valutazione per la propensione alla Schizofrenia (SPI-CY; Schultze-Lutter et al., 2012, versione italiana Fiori Nastro 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. Esse sono: adinamia e cioè 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.

3.4 ANALISI STATISTICA

Per indagare le ipotesi di studio, è stata eseguita un'analisi statistica tramite la correlazione di Spearman con il supporto del software SPSS, volta a valutare eventuali

associazioni tra le variabili cliniche del DOC, presenza di sintomi dello spettro ossessivo-compulsivo (OCI-CV), gravità della sintomatologia ossessivo-compulsiva (CY-BOCS) e stili cognitivi (OBQ), variabili con un possibile ruolo eziopatogenetico o patoplastico sulla presenza del DOC, eventuali esperienze traumatiche infantili-adolescenziali (CTQ), affettività (CDI), sintomi di base prepsicotici (SPI-CY), stili di attaccamento familiare (IPPA) e funzionamento globale (CGAS).

4. RISULTATI

4.1 DIMENSIONE OSSESSIVA

Come primo passaggio, abbiamo visionato le correlazioni presenti tra le tre scale deputate alla identificazione e quantificazione di sintomatologia ossessivo-compulsiva (CY-BOCS, OBQ, OCI-CV). In seguito, abbiamo analizzato l'eventuale presenza di correlazioni con le altre dimensioni indagate.

In particolare, abbiamo indagato come la CY-BOCS (espressione della gravità dei sintomi indipendentemente dal numero e dal contenuto degli OCS), risultasse correlata complessivamente e nelle sue subcategorie con la OBQ (espressione di diversi stili cognitivi ascrivibili alla dimensione ossessiva) e la OCI-CV (espressione della presenza di OCS raggruppati per contenuti).

All'analisi dei dati, il totale della CY-BOCS risultava significativamente correlato con il totale dell'OBQ ($r = .583$, $p = .02$). Indagando invece il legame con gli specifici stili cognitivi, emergeva una correlazione positiva con "stile cognitivo minaccia" ($r = .556$, $p = .03$).

Per quanto concerne le correlazioni di OCI-CV, anche in questo caso il totale risultava significativamente correlato con il punteggio totale della CY-BOCS ($r = .566$, $p = .03$). Indagando le correlazioni con l'OBQ, oltre ad una significatività con i totali ($r = .801$, $p < .001$), si era riscontrato un legame con alcuni stili cognitivi come quello "minaccia" ($r = .884$, $p < .001$) e quello "responsabilità" ($r = .744$, $p = .002$), abbastanza in linea con quanto visto prima.

Per l'OBQ, invece, risultava un'unica significatività con una delle sottocategorie sintomatologiche dell'OCI-CV, ovvero quella che valutava la “presenza del dubbio ossessivo” ($r = .543, p = .04$).

Variables	1	1a	1b	2	2a	2b	2c	2d	2e	2f	3	3a	3b	3c	3d
1 CY-BOCS TOTALE	-														
<i>1a. Sottotale ossessioni</i>	.839 <.001	-													
<i>1b. Sottotale compulsioni</i>	.889 <.001	.610 .02	-												
2. OCI-CV TOTALE	.566 .03	.530 .05	.629 .01	-											
<i>2a. Pulizia</i>	.518 .05	.375 .18	.571 .03	.467 .09	-										
<i>2b. Checking/controllo</i>	.398 .25	.284 .32	.489 .07	.821 <.001	.216 .4	-									
<i>2c. Neutralizzazione</i>	-.162 .57	-.05 .08	-.09 .7	.378 .18	.217 .4	.276 .3	-								
<i>2d. Ossessioni</i>	.543 .04	.541 .04	.633 .01	.716 <.001	.168 .5	.410 .1	.190 .5	-							
<i>2e. Accumulo</i>	.116 .69	.207 .4	.217 .4	.569 .03	-.07 .8	.348 .2	.433 .1	.671 <.001	-						
<i>2f. Ordine</i>	.343 .23	.282 .3	.294 .3	.555 .03	.383 .17	.482 .08	-.01 .9	.205 .4	-.22 .4	-					
3. OBQ TOTALE	.583 .02	.530 .05	.618 .01	.801 <.001	.332 .2	.629 .01	-.05 .8	.619 .01	.267 .35	.617 .01	-				
<i>3a. Minaccia</i>	.556 .03	.534 .04	.664 .01	.884 <.001	.395 .1	.638 .01	.055 .8	.764 <.001	.464 .09	.556 .03	.938 <.001	-			
<i>3b. Perfezionismo</i>	.515 .05	.555 .03	.457 .1	.517 .05	.218 .4	.290 .3	-.22 .4	.402 .1	.094 .7	.485 .07	.878 <.001	.746 <.001	-		
<i>3c. Responsabilità</i>	.479 .08	.499 .06	.533 .05	.744 <.001	.216 .4	.651 .01	.078 .7	.698 <.001	.196 .5	.613 .02	.876 <.001	.852 <.001	.676 .001	-	
<i>3d. Controllo</i>	.550 .04	.480 .08	.442 .01	.622 .01	.103 .72	.606 .02	-.12 .6	.305 .2	.222 .4	.460 .09	.787 <.001	.622 <.001	.769 .001	.524 .05	-

Tabella 1 - Correlazione di Spearman tra CY-BOCS, OCI-CV e OBQ nel campione dello studio (n =14)

4.2 DIMENSIONE OSSESSIVA E FUNZIONAMENTO

Dopo aver analizzato quelle che sono le correlazioni tra le scale che valutano la dimensione ossessiva, si è passati ad analizzare eventuali associazioni con il valore di funzionamento dell'individuo (CGAS).

Il totale della CY-BOCS è risultato significativamente correlato con CGAS ($r = -.660$, $p = .01$); indagando nello specifico i punteggi totali di ossessioni e compulsioni, soltanto quest'ultimi (*gravità compulsioni totali*) sono risultati correlati significativamente ($r = -.694$, $p = .006$). Anche le altre sottodimensioni relative alle compulsioni risultavano significative, soprattutto quella legata al distress provocato da esse ($r = -.820$, $p < .001$).

Anche il totale di OCI-CV è risultato significativamente correlato con il funzionamento ($r = -.558$, $p = .03$). Tra le dimensioni sintomatologiche indagate dall'OCI-CV, soltanto "dubbio ossessivo" risultava significativamente correlato ($r = -.700$, $p = .005$).

Rispetto alle altre due scale, il totale di OBQ non è risultato significativamente correlato ($r = -.502$, $p = .06$), mentre le sottocategorie "stile cognitivo minaccia" ($r = -.557$, $p = .03$) e "stile cognitivo responsabilità" ($r = -.584$, $p = .02$) lo sono risultate.

Variables	4 CGAS
1 CY-BOCS TOTALE	-.660
	.01
<i>1a. Subtotale ossessioni</i>	-.494
	.07
<i>1b. Subtotale compulsioni</i>	.694
	<.001
2. OCI-CV TOTALE	-.558
	.03
<i>2a. Pulizia</i>	-.500
	.06
<i>2b. Checking/ controllo</i>	-.313
	.27
<i>2c. Neutralizzazione</i>	-.182
	.53
<i>2d. Ossessioni</i>	-.700
	<.001
<i>2e. Accumulo</i>	-.209
	.47
<i>2f. Ordine</i>	-.419
	.13
3. OBQ TOTALE	-.502
	.06
<i>3a. Minaccia</i>	-.557
	.03
<i>3b. Perfezionismo</i>	-.273
	.34
<i>3c. Responsabilità</i>	-.584
	.02
<i>3d. Controllo</i>	-.195

Tabella 2 - Correlazione di Spearman tra le scale ossessive (CY-BOCS, OCI-CV e OBQ) e CGAS nel campione dello studio (n =14)

4.3 DIMENSIONE OSSESSIVA E SINTOMI DI BASE

Per quanto riguarda la propensione alla schizofrenia, si è analizzata la relazione tra le tre scale ossessive e il totale delle quattro dimensioni esplorate dalla SPI-CY (adinamia = A, percezione = P, nevroticismo = N, disturbi del pensiero e delle azioni = PA).

Il totale della CY-BOCS è risultato significativamente correlato con tutte e quattro le dimensioni (A, $r = .602$, $p = .02$; P, $r = .651$, $p = .01$; N, $r = .918$, $p < .001$; PA, $r = .609$, $p = .02$); analogamente, “totale gravità compulsioni” è emerso significativamente correlato con tutte e quattro (A, $r = .686$, $p < .001$; P, $r = .773$, $p < .001$; N, $r = .914$, $p < .001$; PA, $r = .667$, $p < .001$), mentre invece “totale gravità ossessioni” è risultato soltanto correlato con la dimensione “nevroticismo” (N, $r = .689$, $p < .001$).

Il totale di OCI-CV è risultato significativamente correlato con “adinamia” ($r = .643$, $p = .01$), “nevroticismo” ($r = .597$, $p = .02$) e “disturbi del pensiero e delle azioni” ($r = .629$, $p = .01$). Tra le sue dimensioni sintomatologiche, “dubbio ossessivo” è risultata l’unica a correlare con tutte le dimensioni dei sintomi di base (A, $r = .824$, $p < .001$; P, $r = .757$, $p < .001$; N, $r = .657$, $p = .01$; PA, $r = .821$, $p < .001$), mentre invece “ossessioni di controllo” è risultata correlata con solo “adinamia” ($r = .558$, $p = .03$).

Il totale della OBQ non è risultato significativamente correlato con nessuna delle quattro dimensioni dei sintomi di base. Indagando invece le sottocategorie, emergevano significative correlazioni da parte di “stile cognitivo minaccia” con “adinamia” ($r = .603$,

p = .02), “nevroticismo” (r = .539, p = .04) e disturbi del pensiero e delle azioni (r = .601, p = .02) e da parte di “stile cognitivo responsabilità” con “adinamia” (r = .687, p < .001), “percezione” (r = .620, p = .01) e “disturbi del pensiero e delle azioni” (r = .681, p < .001).

Variables	5 SPICY	<i>5a. Adinamia</i>	<i>5b. Percezione</i>	<i>5c. Nevroticismo</i>	<i>5d. Disturbo p/a</i>
1 CY-BOCS TOTALE		.602	.651	.918	.609
		.02	.01	<.001	.02
<i>1a. Subtotale ossessioni</i>		.503	.403	.689	.453
		.06	.15	<.001	.10
<i>1b. Subtotale compulsioni</i>		.686	.773	.914	.667
		<.001	<.001	<.001	<.001
2. OCI-CV TOTALE		.643	.447	.597	.629
		.01	.10	.02	.01
<i>2a. Pulizia</i>		.237	.223	.500	.253
		.41	.44	.06	.38
<i>2b. Checking/controllo</i>		.558	.363	.471	.524
		.03	.2	.08	.05
<i>2c. Neutralizzazione</i>		.177	-.095	-.082	.037
		.5	.74	.78	.9
<i>2d. Ossessioni</i>		.824	.757	.657	.821
		<.001	.002	.01	<.001
<i>2e. Accumulo</i>		.402	.179	.212	.339
		.15	.54	.46	.23
<i>2f. Ordine</i>		.309	.234	.334	.345
		.28	.42	.24	.22
3. OBQ TOTALE		.480	.452	.486	.511
		.08	.10	.07	.06
<i>3a. Minaccia</i>		.603	.521	.539	.601
		.02	.05	.04	.02

3b.		.153	.199	.288	.186
Perfezionismo		.60	.49	.31	.52
3c.		.687	.620	.472	.681
Responsabilità		<.001	.01	.08	<.001
3d. Controllo		.169	.118	.394	.208
		.5	.68	.16	.47

Tabella 3 - Correlazione di Spearman tra le scale ossessive (CY-BOCS, OCI-CV e OBQ) e SPICY nel campione dello studio (n =14)

4.4 DIMENSIONE OSSESSIVO E TRAUMA

Per quanto riguarda il possibile ruolo delle esperienze traumatiche, si è analizzata la relazione tra le tre scale ossessive, il totale della CTQ e il totale delle rispettive sottocategorie (emotional abuse (EA), emotional neglect (EN), physical abuse (PA), physical neglect (PN) e sexual abuse (SA)).

Il totale della CY-BOCS non è emerso significativamente correlato con il totale della CTQ e con nessuna delle sue categorie, mentre invece “totale gravità compulsioni” risultava significativamente correlato con SA ($r = .543$, $p = .04$). Analizzando le altre categorie legate alle compulsioni, abbiamo riscontrato che “grado di controllo compulsioni” risultava significativamente correlato ad EA ($r = .785$, $p < .001$) e PA ($r = .672$, $p < .001$).

Il totale della OCI-CV non è emerso significativamente correlato con il totale della CTQ, né con il totale di nessuna delle sue categorie, mentre “ossessioni di pulizia” è risultata significativamente correlata con EA ($r = .664$, $p < .001$) e “ossessioni di accumulo” con PN ($r = -.594$, $p = .020$).

Analogamente alle altre due scale, il totale di OBQ non è emerso significativamente correlato con il totale della CTQ, né con il totale di ciascuna delle sue categorie; anche a livello sub-dimensionale non è emersa alcuna correlazione significativa.

Variables	6 CTQ TOTALE	6a. EA	6b. PA	6c. SA	6d. EN	6e. PN
1 CY-BOCS TOTALE	.010	.300	.185	.326	-.217	-.191
	.97	.297	.52	.25	.34	.51
<i>1a. Subtotale ossessioni</i>	-.268	.247	.068	.000	-.187	-.488
	.35	.39	.81	.1	.52	.07
<i>1b. Subtotale compulsioni</i>	.094	.376	.232	.543	-.330	-.033
	.75	.18	.42	.04	.25	.91
2. OCI-CV TOTALE	-.034	.332	.375	.233	-.330	-.234
	.90	.24	.18	.42	.25	.42
<i>2a. Pulizia</i>	.020	.664	.498	.242	-.493	.189
	.94	<.001	.07	.40	.07	.51
<i>2b. Checking/ controllo</i>	-.119	.284	.329	.371	-.391	-.184
	.68	.32	.25	.19	.16	.52
<i>2c. Neutralizzazione</i>	.114	.290	.502	.157	-.006	-.225
	.69	.31	.06	.59	.98	.44
<i>2d. Ossessioni</i>	.079	.147	.166	.325	.019	-.358
	.78	.61	.57	.25	.95	.20
<i>2e. Accumulo</i>	-.036	-.193	-.091	.262	.178	-.594
	.9	.50	.75	.36	.54	.02
<i>2f. Ordine</i>	.003	.226	.253	-.237	-.229	.316
	.9	.43	.38	.41	.43	.27
3. OBQ TOTALE	-.003	.250	.205	.058	-.250	-.026
	.99	.38	.48	.84	.38	.92
<i>3a. Minaccia</i>	-.084	.282	.193	.145	-.276	-.133

	.77	.32	.50	.62	.34	.65
3b. Perfezionismo	.602	.096	.010	-.246	-.015	.054
	.83	.74	.97	.39	.96	.85
3c. Responsabilità	-.049	.415	.348	.152	-.312	-.097
	.86	.14	.22	.60	.27	.74
3d. Controllo	.024	-.142	-.026	-.107	.016	-.087
	.93	.62	.93	.71	.95	.76

Tabella 4 - Correlazione di Spearman tra le scale ossessive (CY-BOCS, OCI-CV e OBQ) e CTQ nel campione dello studio (n =14)

4.5 DIMENSIONE OSSESSIVA E SINTOMI DEPRESSIVI

Per quanto riguarda il possibile legame con la copresenza di sintomatologia ossessiva, si è analizzata la relazione tra le tre scale ossessive e il totale della CDI e il totale delle rispettive sottocategorie (rispettivamente “anedonia”, “umore depresso”, “bassa autostima”, “inadeguatezza”, “difficoltà interpersonali”).

Dalla analisi della CY-BOCS, prendendo in considerazione sia i punteggi totali sia le sottodimensioni, non emergeva alcuna correlazione significativa, né con CDI totale, né con le sue cinque sottocategorie.

Nel caso di OCI-CV, invece, il totale risultava significativamente correlato solo con la sottocategoria “umore depresso” ($r = .556$, $p = .03$).

Analogamente, dalla scala OBQ emergevano soltanto due correlazioni significative a livello del punteggio totale con le due sottocategorie “anedonia” ($r = .607$, $p = .02$) e “umore depresso” ($r = .573$, $p = .03$).

Variables	7 CDI TOTALE	<i>7a. Anedonia</i>	<i>7b. Umore Depresso</i>	<i>7c. Negativa stima di sé</i>	<i>7d. Inutilità</i>	<i>7e. Problemi personali</i>
1 CY-BOCS TOTALE	.175	.234	.265	.350	-.180	.252
	.54	.42	.35	.21	.53	.38
<i>1a. Subtotale ossessioni</i>	.290	.253	.487	.305	.014	.104
	.31	.38	.07	.28	.96	.72
<i>1b. Subtotale compulsioni</i>	.014	.149	.250	.322	-.287	.110
	.96	.61	.38	.26	.31	.70
2. OCI-CV TOTALE	.197	.322	.556	-.163	-.091	.149
	.49	.26	.03	.57	.75	.61
<i>2a. Pulizia</i>	.406	-.186	.494	.303	.217	.518
	.09	.52	.07	.29	.45	.05
<i>2b. Checking/ controllo</i>	-.213	.343	.074	-.469	-.390	-.077
	.46	.22	.8	.09	.16	.79
<i>2c. Neutralizzazione</i>	.416	-.061	.361	-.091	.332	.396
	.13	.83	.20	.75	.24	.16
<i>2d. Ossessioni</i>	.129	.260	.535	.132	-.051	-.062
	.66	.37	.04	.65	.86	.83
<i>2e. Accumulo</i>	-.072	-.060	.277	.055	-.167	.117
	.80	.83	.33	.85	.56	.69
<i>2f. Ordine</i>	.278	.424	.405	-.378	.137	.025
	.33	.13	.15	.18	.64	.93
3. OBQ TOTALE	.208	.607	.573	-.251	-.063	-.170
	.47	.02	.03	.38	.83	.56
<i>3a. Minaccia</i>	.153	.455	.653	-.143	-.115	-.149
	.60	.10	.01	.62	.69	.61
<i>3b. Perfezionismo</i>	.315	.554	.575	-.073	.110	-.203
	.27	.04	.03	.80	.70	.48
<i>3c. Responsabilità</i>	.154	.659	.559	-.350	-.061	-.351
	.59	.01	.03	.22	.83	.21
<i>3d. Controllo</i>	.086	.473	.189	-.258	-.061	-.012

.76	.08	.51	.37	.83	.96
-----	-----	-----	-----	-----	-----

Tabella 5 - Correlazione di Spearman tra le scale ossessive (CY-BOCS, OCI-CV e OBQ) e CDI nel campione dello studio (n =14)

4.6 DIMENSIONE OSSESSIVA E STILI DI ATTACCAMENTO

Per quanto riguarda il possibile ruolo da parte degli stili di attaccamento, si è analizzata la relazione tra scale ossessive (prese in considerazione soltanto a livello di totali) e i due totali della scala IPPA (indicativi del livello di sicurezza percepita a livello genitoriale e tra i pari) con le rispettive sottocategorie (livello di fiducia, comunicazione e disaffezione a livello genitoriale e tra i pari).

Il totale della CY-BOCS non era correlato con i due totali di IPPA, bensì soltanto con la categoria “fiducia con i pari” ($r = -.614, p = .02$). Invece “totale gravità ossessioni” correlava significativamente con il totale di IPPA-pari (espressione del livello di sicurezza con i pari) ($r = -.543, p = .04$), così come con la categoria “fiducia con i pari” ($r = -.612, p = .02$).

Il totale di OCI-CV non risultava correlato con i due totali, bensì esclusivamente emergeva una correlazione negativa con “fiducia con i pari” ($r = -.544, p = .04$) ed una positiva con “disaffezione dai pari” ($r = .779, p < .001$).

Infine, il totale di OBQ presentava una significativa correlazione negativa con il totale di IPPA-pari ($r = -.617, p = .01$). Tale relazione veniva confermata anche a livello delle tre categorie che valutano il rapporto con i pari: di fatti, risultava significativamente correlata a “fiducia con i pari” ($r = -.786, p < .001$), “comunicazione con i pari” ($r = -.708, p < .001$) e “disaffezione con i pari” ($r = .918, p < .001$).

Variables	8 IPPA TOTALE GENITORI	<i>8a. Fiducia genitori</i>	<i>8b. Comunicazione genitori</i>	<i>8c. Disaffezione genitori</i>
1 CY-BOCS TOTALE	.115	-.020	-.082	.122
	.69	.94	.78	.67
<i>1a. Subtotale ossessioni</i>	.072	-.208	-.111	.241
	.80	.47	.70	.40
<i>1b. Subtotale compulsioni</i>	-.048	-.300	-.022	.258
	.87	.29	.94	.37
2. OCI-CV TOTALE	.140	-.219	-.020	.315
	.63	.45	.94	.27
<i>2a. Pulizia</i>	.092	.047	.346	-.002
	.75	.87	.225	.99
<i>2b. Checking/ controllo</i>	-.003	-.273	.020	.233
	.91	.34	.94	.42
<i>2c. Neutralizzazione</i>	.423	.034	.145	-.174
	.13	.90	.62	.55
<i>2d. Ossessioni</i>	.097	-.151	.088	.163
	.74	.60	.76	.57
<i>2e. Accumulo</i>	.155	-.476	-.207	.385
	.59	.08	.47	.17
<i>2f. Ordine</i>	.160	-.603	-.162	.174
	.58	.82	.58	.55
3. OBQ TOTALE	-.103	-.354	-.215	.329
	.72	.21	.46	.25
<i>3a. Minaccia</i>	-.151	.066	-.025	-.002
	.60	.82	.93	.99
<i>3b. Perfezionismo</i>	-.083	.003	-.023	.009
	.77	.99	.93	.97
<i>3c. Responsabilità</i>	-.145	.155	.041	-.070
	.62	.59	.89	.81

<i>3d. Controllo</i>	.166	-.252	-.219	.287
	.57	.38	.45	.32

Tabella 6 - Correlazione di Spearman tra le scale ossessive (CY-BOCS, OCI-CV e OBQ) e IPPA genitori nel campione dello studio (n =14)

Variables	9 IPPA TOTALE PARI	<i>9a. Fiducia pari</i>	<i>9b. Comunicazione pari</i>	<i>9c. Disaffezione pari</i>
1 CY-BOCS TOTALE	-.509	-.614	-.453	.468
	.06	.02	.10	.09
<i>1a. Subtotale ossessioni</i>	-.543	-.612	-.492	.390
	.04	.02	.07	.16
<i>1b. Subtotale compulsioni</i>	-.296	-.461	-.286	.532
	.30	.09	.32	.05
2. OCI-CV TOTALE	-.290	-.544	-.424	.779
	.31	.04	.13	<.001
<i>2a. Pulizia</i>	-.030	-.147	-.015	.335
	.91	.61	.96	.24
<i>2b. Checking/ controllo</i>	-.292	-.539	-.351	.650
	.3	.04	.21	.01
<i>2c. Neutralizzazione</i>	.397	.286	.288	-.091
	.15	.32	.31	.75
<i>2d. Ossessioni</i>	-.077	-.313	-.204	.573
	.79	.27	.48	.03
<i>2e. Accumulo</i>	.114	-.107	-.076	.291
	.69	.71	.79	.31
<i>2f. Ordine</i>	-.278	-.341	-.324	.530
	.33	.23	.25	.05
3. OBQ TOTALE	-.617	-.786	-.708	.918
	.01	<.001	<.001	<.001

3a. Minaccia	-.405	-.621	-.531	.890
	.15	.01	.05	<.001
3b. Perfezionismo	-.751	-.778	-.806	.721
	<.001	<.001	<.001	<.001
3c. Responsabilità	-.415	-.612	-.467	.808
	.14	.02	.09	<.001
3d. Controllo	-.766	-.847	-.838	.666
	<.001	<.001	<.001	<.001

Tabella 7 - Correlazione di Spearman tra le scale ossessive (CY-BOCS, OCI-CV e OBQ) e IPPA pari nel campione dello studio (n =14)

5. DISCUSSIONE

L'obiettivo dello studio era quello di indagare su un piano trasversale i sintomi dello spettro ossessivo ad esordio infantile-adolescenziale, evidenziando eventuali legami con la presenza di una soggiacente vulnerabilità psicotica o di sintomatologia depressiva. Accanto a questo, si è voluto analizzare l'impatto sul funzionamento globale dell'individuo ed il possibile ruolo eziopatogenetico o patoplastico da parte di eventi traumatici e stili di attaccamento insicuri.

All'analisi delle correlazioni, i test che valutano la dimensione ossessiva (CY-BOCS, OCI-CV, OBQ), come atteso, presentavano una significativa correlazione reciproca. Focalizzandosi invece sulle sottodimensioni, si è notato come sia la CY-BOCS che OCI-CV presentavano valori di significatività maggiori, per esempio, con lo "*stile cognitivo minaccia*" o di "*stile cognitivo responsabilità*", sottodimensione dell'OBQ. Tale condizione è nota in letteratura (Cervin,2020), proprio perché chi soffre di DOC presenta una disposizione verso un senso di responsabilità esagerato e una tendenza alla sopravvalutazione delle minacce ambientali e conseguenti a possibili proprie negligenze. Di fatti, i pazienti DOC abitualmente possono credere che sia loro responsabilità prevenire eventi temuti, motivo per cui possono servirsi di una strutturata componente ritualistica volta a ridurre le possibilità di questa evenienza (seppur venga giudicata impossibile ed irrazionale) (Cervin et al., 2020). Nei bambini questa condizione è associata ad una sintomatologia più grave, con un punteggio di responsabilità molto elevato (Cervin et al., 2020). Infine, anche la categoria "*dubbio ossessivo*", analizzata dall'OCI-CV, rappresenta verosimilmente un tratto costitutivo dei pazienti DOC; di fatti, nel nostro studio è risultata significativamente associata al totale della scala OBQ, a

testimonianza dello stretto rapporto tra credenze cognitive e sintomi ossessivo-compulsivi, già in età infantile-adolescenziale o comunque all'esordio precoce del disturbo (Rizvi et al., 2020).

In seguito, si è andata ad indagare l'eventuale associazione tra il funzionamento globale, valutato dalla CGAS, e le scale che valutano la dimensione O-C. Soltanto CY-BOCS e OCI-CV sono risultate significativamente correlate con CGAS, evidenziando come, ad alti valori di sintomatologia ossessivo – compulsiva, corrispondesse un basso livello di funzionamento dell'individuo. Anche questo argomento è stato analizzato molto in letteratura, proprio perché si è visto come gli OCS siano in grado di compromettere il normale funzionamento dell'individuo; di fatti, il DOC conclamato è riportato come una delle 10 condizioni maggiormente debilitanti tra le patologie fisiche e mentali (Adam et al., 2012). È facile comprendere come bisogna necessariamente considerare sia la sintomatologia che il modo di agire di essa sul funzionamento del soggetto nella vita quotidiana (Coluccia et al., 2017).

Il totale di CGAS non è risultato significativamente correlato ad OBQ, se non nelle sottocategorie “*stile cognitivo minaccia*” e “*stile cognitivo responsabilità*”: è verosimile che questi due stili cognitivi, comportando un diverso approccio al reale, molto più rigido, medino in maniera incisiva a livello della fusione tra pensiero e azione (Cervin et al., 2020). Entrambi, quindi, fanno in modo che la sintomatologia ossessiva venga rafforzata e che la fusione tra pensiero e azione (TAF) sia alterata: una scorretta percezione del reale comporta un'alterata integrazione a livello mentale con successiva dispercezione del mondo (Cervin et al., 2021; Shafran et al., 1996). L'evento in questione verrà percepito come molto minaccioso e il soggetto si vedrà responsabile di esso: per tale motivo attuerà

processi di soppressione dei pensieri e di evitamento che, però, scaturiranno uno stato di tensione, ansia, disagio e umore negativo molto alto (Cervin et al., 2021). Inevitabilmente tale meccanismo comporta una modificazione a livello della percezione globale e del funzionamento del singolo, che potrà essere smantellato solo attraverso un intervento clinico adatto (Cervin et al., 2021).

Per quanto riguarda la valutazione della propensione alla schizofrenia (SPI-CY), sono emerse significative correlazioni da parte di tutte e tre le scale ossessive (CY-BOCS, OCI-CV, OBQ) con tutte le dimensioni dei sintomi di base (es. adinamia, disturbi della percezione, nevroticismo, disturbi del pensiero e dell'azione). Questo dato è estremamente importante, specie se contestualizzato all'ambito della più recente discussione riguardo al legame tra queste due dimensioni psicopatologiche. Di fatti, è oramai un dato consolidato il fatto che OCS e DOC si verificano in una percentuale sostanziale di pazienti affetti da Schizofrenia a tassi che vanno rispettivamente dal 10% al 64% e dal 7,8% al 31,7% (de Haan et al., 2013).

Curiosamente, in contrasto rispetto altri studi, in termini di contenuti ossessivi non sono emerse correlazioni significative tra ossessioni di accumulo e di pulizia e la dimensione psicotica (Frias et al., 2014). Questo dato sembra compatibile col fatto che, diversamente da altri studi in cui la sintomatologia ossessiva è stata confrontata con la sintomatologia produttiva (nell'ottica che i contenuti ossessivo-compulsivi, sebbene egodistonici, possano aggregarsi con temi deliranti, in un costrutto unico e significativo), il nostro studio si è limitato ad un'analisi rispetto ad una soggiacente vulnerabilità psicotica, confinata alla sfera delle esperienze soggettive (Poyurovsky et al., 2012).

A partire dalle correlazioni ottenute, è possibile supporre come in un soggetto con un alto punteggio nella dimensione dell' "adinamia", indice di come il calo di interesse verso il mondo ed il contemporaneo impoverimento dell'attività cognitiva possano portare ad una riduzione del controllo sulla realtà, una delle strategie adottate per riacquisirne il controllo possa coincidere con l'espressione di comportamenti ossessivo – compulsivi (significativo, in tal senso, il legame emerso tra "ossessioni di controllo" e "adinamia").

Lo stesso discorso vale anche per le altre sottodimensioni come la percezione, che attiva dei meccanismi sostitutivi per reprimere l'incertezza fornita dalla derealizzazione, o il nevroticismo che indaga proprio i fenomeni ossessivi e il ritiro sociale tipico della patologia DOC e psicotica, o infine i disturbi del pensiero e delle azioni che indicano la presenza di una riduzione della sicurezza per l'esecuzione delle proprie azioni e per i propri pensieri, molto diffuso in queste patologie (Schultze – Lutter et al., 2012; Hermans et al. 2007). Tutto ciò viene confermato all'interno delle correlazioni ottenute dove, per esempio, spicca il legame tra il "dubbio ossessivo", sottocategoria della scala OCI-CV, e le tre sottocategorie "percezione", "nevroticismo" e "disturbi P/A".

Analizzando invece quanto ottenuto dall'analisi delle scale ossessive in associazione con la CTQ, è stato possibile notare la mancanza di significatività a livello dei totali ottenuti in tutte e tre le scale O-C. Le uniche correlazioni che è stato possibile individuare sono state a livello subdimensionale, associate soprattutto con le aree riferite all'"emotional abuse" (EA) e "physical neglect" (PN), a livello di CY-BOCS, OCI-CV e OBQ. In letteratura è riportato come frequentemente pazienti affetti da DOC (quasi il 54%) abbiano riportato retrospettivamente storia di eventi traumatici durante l'età infantile-adolescenziale (Cromer et al., 2007). Queste esperienze sono state spesso documentate

come associate a punteggi maggiori di gravità nella CY-BOCS (Wadsworth et al., 2021), cosa che in questo studio avviene solo a livello subdimensionale. Nonostante questo, Mathews e collaboratori (2008) hanno riportato nel loro studio come chi era stato vittima di EA e PN presentava alti livelli di OCS, sottolineando come potrebbero esserci condizioni ambientali predisponenti allo sviluppo del DOC. Non è detto, infatti, che solo la componente genetica ereditata dai genitori possa portare allo sviluppo del disturbo, ma anche le dinamiche esterne potrebbero compromettere il normale funzionamento dell'individuo (Mancini, 2016). In questo caso l'aver subito ripetuti traumi potrebbe portare i bambini a mettere in atto delle strategie di coping scorrette (Dykshoorn et al., 2014). Briggs e Price (2009) notarono anche come chi aveva dei livelli di ansia molto alti, prima dell'esperienza traumatica, aveva più probabilità di sviluppare strategie di coping alterate. Quindi sia i geni che l'ambiente collaborano allo sviluppo di queste patologie, come anche la vulnerabilità del soggetto contribuisce in maniera incisiva a questo sviluppo patologico (Mancini, 2016).

Oltre alla CTQ, si è voluto indagare altre due dimensioni associate all'area del trauma: l'eventuale predisposizione allo sviluppo di sintomi depressivi e la qualità della dimensione affettiva legata ai contesti sociali del partecipante. Per quanto riguarda la prima si è usata la CDI, la quale è risultata essere correlata poco con le scale della dimensione ossessivo – compulsiva. Questa condizione è nota in letteratura proprio perché, prima di intraprendere dei percorsi più specifici di ricerca, si pensava come la depressione e l'ansia potessero correlare significativamente con il DOC. Infatti in uno studio di Visser e collaboratori (2014) veniva riportata la presenza di una significatività più che con livelli di ansia, con alti livelli di disturbi appartenenti alla sfera affettiva (come

la depressione). In realtà studi recenti hanno osservato come pazienti con questa patologia presentino dei livelli non patologici di ansia e sintomi depressivi (Ay e Erbay, 2018).

Infine, bisogna citare l'ultima variabile indagata in questo studio e cioè la scala IPPA. Si è voluto cercare di individuare una correlazione tra le scale O-C e la IPPA che indaga la dimensione affettiva relativa all'affetto, comunicazione e disaffezione verso i propri familiari e pari. In questo caso si è notato come vi era la mancanza di correlazione tra i totali delle scale, ma non con le sottodimensioni della IPPA. In particolar modo, le scale O-C correlavano significativamente con le aree riferite al legame con i pari, sottolineando come alti punteggi di sintomatologia ossessivo – compulsiva fossero legati a bassi punteggi a livello di comunicazione, fiducia e affettività nei confronti del gruppo di pari. Solitamente chi soffre di DOC tende a temere le relazioni e ad avere uno schema estremamente rigido, determinando grande difficoltà nel riuscire a mantenere le relazioni sociali in maniera sana e preferendo l'isolamento o alienazione durante lo sviluppo sociale (Kim et al., 2014). Questo potrebbe trovare eventualmente le proprie radici anche nell'attaccamento sviluppato con il proprio caregiver, il quale, se abusante o deprimente, porterà a delle ripercussioni anche in altri contesti (Liotti e Farina, 2011).

Questa indagine preliminare avrà sicuramente bisogno di ulteriori approfondimenti. Infatti è necessario considerare un campione più ampio con il quale indagare, su una scala maggiore, quanto visto in questo piccolo gruppo così da poter verificare se effettivamente queste correlazioni continuano ad essere presenti in popolazione. Inoltre vi è bisogno di non focalizzarsi solo su un'analisi prettamente trasversale, ma anche longitudinale così da analizzare come si evolvono queste correlazioni ma anche il costrutto sintomatologico dei pazienti. Cercare di seguire un monitoraggio costante degli sviluppi psicopatologici

in età evolutiva deve essere considerato fondamentale nella pratica clinica in quanto, solo in questo modo, si potrebbe riuscire ad individuare agli esordi la presenza di una vulnerabilità. Inoltre, anche la sfera delle esperienze traumatiche e degli stili di attaccamento insicuri dovrebbe essere maggiormente approfondita così da individuare, eventualmente, la presenza di connessioni con l'insorgenza del DOC e quali, nello specifico, sono da considerarsi cause di esso.

6. CONCLUSIONE

Lo studio conferma come la sintomatologia ossessivo-compulsiva sembri avere un legame significativo con il funzionamento globale del soggetto in età infantile-adolescenziale. Inoltre, la forte associazione tra OCS e sintomi di base evidenzia come risulti necessario un attento monitoraggio delle traiettorie psicopatologiche in età evolutiva, specie quando la sintomatologia ossessivo-compulsiva risulta grave già all'esordio e associata a bassi livelli di funzionamento. Ancora una volta, quindi, viene evidenziata la necessità di approfondimento della presenza di un'eventuale vulnerabilità dei pazienti con DOC allo sviluppo di disturbi psicotici.

Infine i dati suggeriscono anche come la dimensione ossessiva si muova autonomamente rispetto alla sintomatologia depressiva e come invece meriti un'approfondita analisi il possibile legame con esperienze traumatiche precoci e stili di attaccamento insicuri. Soprattutto è necessario indagare la correlazione tra le singole tipologie di esperienze traumatiche (come EA e PN) che potrebbero, oltre ad indirizzare talune dimensioni psicopatologiche, portare in primis alla costituzione di un attaccamento alterato.

Avremo quindi una conferma degli obiettivi iniziali dello studio e, allo stesso tempo, la necessità di andare verso la formazione di un qualcosa di molto più grande, che dovrà portare all'ampiamiento del campione e ad un'analisi anche su scala longitudinale.

BIBLIOGRAFIA

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: child behavior checklist for ages 6-18, teacher's report form, youth self-report: an integrated system of multi-informant assessment*. University of Vermont, research center for children youth & families.

Adam, Y., Meinschmidt, G., Gloster, A. T., & Lieb, R. (2012). Obsessive–compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *47*(3), 339-349.

Afifi, T. O., Mather, A., Boman, J., Fleisher, W., Enns, M. W., MacMillan, H., & Sareen, J. (2011). Childhood adversity and personality disorders: results from a nationally representative population-based study. *Journal of psychiatric research*, *45*(6), 814-822.

Ahern, C., Kyrios, M., & Meyer, D. (2015). Exposure to unwanted intrusions, neutralizing and their effects on self-worth and obsessive-compulsive phenomena. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *49*, 216-222.

Alonso, P., Menchón, J. M., Segalàs, C., Jaurrieta, N., Jiménez-Murcia, S., Cardoner, N., ... & Vallejo, J. (2008). Clinical implications of insight assessment in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *49*(3), 305-312.

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.

APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM–5. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.

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.

Arumugham, S. S., Cherian, A. V., Baruah, U., Viswanath, B., Narayanaswamy, J. C., Math, S. B., & Reddy, Y. J. (2014). Comparison of clinical characteristics of familial and sporadic obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 55(7), 1520-1525.

Attademo, L., De Giorgio, G., Quartesan, R., & Moretti, P. (2012). Schizophrenia and obsessive-compulsive disorder: from comorbidity to schizo-obsessive disorder. *Rivista di psichiatria*, 47(2), 106-115.

Rukiye, A. Y., & Erbay, L. G. (2018). Relationship between childhood trauma and suicide probability in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*, 261, 132-136.

Baiocco R., Laghi F., Paola, R. (2009) The Inventory of Parent and Peer Attachment in an adolescence sample: A contribution to the Italian validation. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 13. 355-383. 10.1449/30135.

Bellino, S., Patria, L., Ziero, S., & Bogetto, F. (2005). Clinical picture of obsessive-compulsive disorder with poor insight: a regression model. *Psychiatry research*, 136(2-3), 223-231.

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.

Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien* (Vol. 4). Deuticke.

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.

Bogetto F., Bellino S., Vaschetto P., Ziero S., Ravizza L. (1999). Obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder: study with the Bonn Schedule for the Assessment of Basic Symptoms. *Journal of Psychopathology* Vol. 5, n.3

Bowlby, J. (1969). *Attachment (Vol. 1)*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1988). *Secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Tavistock/Routledge.

Briggs, E. S., & Price, I. R. (2009). The relationship between adverse childhood experience and obsessive-compulsive symptoms and beliefs: the role of anxiety, depression, and experiential avoidance. *Journal of anxiety disorders*, 23(8), 1037-1046.

Browne, H.A., Gair, S.L., Scharf, J.M., Grice, D.E. (2014). Genetics of obsessive-compulsive disorder and related disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 37, 3, pp. 319-335.

Camuffo, M., Cerutti, R., Lucarelli, L., and Mayer, R. *Children's Depression Inventory (Italian Manual)*. Florence: Organizzazioni Speciali. 1988.

Catapano F., Perris, F., Fabrazzo M., Cioffi V., Giacco, D., De Santis V., Maj M., (2010). Obsessive-compulsive disorder with poor insight: a three-year prospective study. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 34, 323–330

Catapano, F., Sperandeo, R., Perris, F., Lanzaro, M., & Maj, M. (2001). Insight and resistance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*, 34(2), 62-68.

Cervin, M., Perrin, S., Olsson, E., Aspvall, K., Geller, D. A., Wilhelm, S., ... & Mataix-Cols, D. (2020). The centrality of doubting and checking in the network structure of obsessive-compulsive symptom dimensions in youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(7), 880-889.

Cervin, M., Lázaro, L., Martínez-González, A. E., Piqueras, J. A., Rodríguez-Jiménez, T., Godoy, A., Aspvall, K., Barcaccia, B., Pozza, A., & Storch, E. A. (2020). Obsessive-compulsive symptoms and their links to depression and anxiety in clinic- and

community-based pediatric samples: A network analysis. *Journal of Affective Disorders*, 271, 9–18.

Cervin, M., McNeel, M. M., Wilhelm, S., McGuire, J. F., Murphy, T. K., Small, B. J., Geller, D. A., & Storch, E. A. (2021). Cognitive Beliefs Across the Symptom Dimensions of Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: Type of Symptom Matters. *Behavior Therapy*.

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*, Volume 13, 597–608.

Conroy, E., Degenhardt, L., Mattick, R. P., & Nelson, E. C. (2009). Child maltreatment as a risk factor for opioid dependence: Comparison of family characteristics and type and severity of child maltreatment with a matched control group. *Child abuse & neglect*, 33(6), 343-352.

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.

De Berardis, D., Campanella, D., Gambi, F., Sepede, G., Salini, G., Carano, A., ... & Ferro, F. M. (2005). Insight and alexithymia in adult outpatients with obsessive–compulsive disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 255(5), 350-358.

de Haan, L., Sterk, B., Wouters, L., & Linszen, D. H. (2013). The 5-year course of obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder in first-episode schizophrenia and related disorders. *Schizophrenia Bulletin*, *39*(1), 151-160.

de Silva, P., & Marks, M. (1999). The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *37*(10), 941-951.

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.

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.

Eisen, J. L., Rasmussen, S. A., Phillips, K. A., Price, L. H., Davidson, J., Lydiard, R. B., ... & Piggott, T. (2001). Insight and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*.

Eisen, J. L., & Rasmussen, S. A. (1993). Obsessive compulsive disorder with psychotic features. *The Journal of clinical psychiatry*.

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.

Fiori Nastro P., 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.

Foa E.B., Kozak, M.J., Goodman, W.K., Hollander, E., Jenike, M.A., Rasmussen, S.A., (1995). DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *Am. J. Psychiatry* *152*, 90–96

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.

Fossey, M. (1989). Personality assessment using the Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ) in patients with panic disorder and generalized anxiety disorder. *Biol. Psychiatry*, *25*, 10A-13A.

Frías, Á., Palma, C., Farriols, N., Salvador, A., Bonet, J., & Bernáldez, I. (2014). Psychopathology and quality of life among patients with comorbidity between schizophrenia spectrum disorder and obsessive-compulsive disorder: no evidence for a “schizo-obsessive” subtype. *Comprehensive psychiatry*, *55*(5), 1165-1173.

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., & 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.

Gesell, A., Ames, L. B., & Ilg, F. L. (1974). *Infant and the child in culture today*. New York: Harper and Row.

Gothelf, D., Aharonovsky, O., Horesh, N., Carty, T., & Apter, A. (2004). Life events and personality factors in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 45(3), 192-198.

Guidano, V. F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. NY: The Guilford Press.

Hanna, G. L. (1995). Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(1), 19-27.

Heins, M., Simons, C., Lataster, T., Pfeifer, S., Versmissen, D., Lardinois, M., ... & GROUP project. (2011). Childhood trauma and psychosis: a case-control and case-sibling comparison across different levels of genetic liability, psychopathology, and type of trauma. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1286-1294.

Hemmings, S. M. J., Lochner, C., van der Merwe, L., Cath, D. C., Seedat, S., & Stein, D. J. (2013). BDNF Val66Met modifies the risk of childhood trauma on obsessive-compulsive disorder. *Journal of psychiatric research*, *47*(12), 1857-1863.

Hermans, D., Engelen, U., Grouwels, L., Joos, E., Lemmens, J., Pieters, G. (2008). Cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder: Distrusting perception, attention and memory. *46*(1), 0–113.

Højgaard, D. R. M. A., Mortensen, E. L., Ivarsson, T., Hybel, K., Skarphedinsson, G., Nissen, J. B., Valderhaug, R., Dahl, K., Weidle, B., Torp, N. C., Grados, M., Lewin, A. B., Melin, K. H., Storch, E. A., Wolters, L. H., Murphy, T. K., Sonuga-Barke, E. J. S., & Thomsen, P. H. (2016). Structure and clinical correlates of obsessive-compulsive symptoms in a large sample of children and adolescents: a factor analytic study across five nations. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *26*(3), 281–291.

Holden, N.L. (1990). Is anorexia nervosa an obsessive-compulsive disorder? *British Journal of Psychiatry*, *157*, 1-5.

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.

Innamorati M, Erbuto D, Venturini P, et al. (2016) Factorial validity of the Childhood Trauma Questionnaire in Italian psychiatric patients. *Psychiatry Res.*, *245*:297-302.

Insel, T. R., & Akiskal, H. S. (1986). Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis. *The American journal of psychiatry*.

Jacob, M. L., Larson, M. J., & Storch, E. A. (2014). Insight in adults with obsessive–compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, *55*(4), 896-903.

Jakubovski, E., Pittenger, C., Torres, A. R., Fontenelle, L. F., do Rosario, M. C., Ferrão, Y. A., ... & Bloch, M. H. (2011). Dimensional correlates of poor insight in obsessive–compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *35*(7), 1677-1681.

Janet P. *Les obsessions et la psychasthenie*. Paris: Baillière; 1903

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.

Kim, J. E., Lee, S. W., & Lee, S. J. (2014). Relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, *215*(1), 134–140.

Kong, S., & Bernstein, K. (2009). Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *Journal of Clinical Nursing*, *18*(13), 1897-1907.

Kovacs M. (1985). The Children's Depression, Inventory (CDI). *Psychopharmacol Bull.*, *21*(4):995-998.

Lafleur, D. L., Petty, C., Mancuso, E., McCarthy, K., Biederman, J., Faro, A., ... & Geller, D. A. (2011). Traumatic events and obsessive compulsive disorder in children and adolescents: is there a link?. *Journal of anxiety disorders*, *25*(4), 513-519.

Leonard, H. L., Swedo, S. E., Rapoport, J. L., Koby, E. V., Lenane, M. C., Cheslow, D. L., & Hamburger, S. D. (1989). Treatment of obsessive-compulsive disorder with clomipramine and desipramine in children and adolescents: a double-blind crossover comparison. *Archives of General Psychiatry*, *46*(12), 1088-1092.

Lewin, A. B., Bergman, R. L., Peris, T. S., Chang, S., McCracken, J. T., & Piacentini, J. (2009). Correlates of insight among youth with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *51*(5), 603–611.

Liotti, G. e Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

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).

Maia, T. V., Cooney, R. E., & Peterson, B. S. (2008). The neural bases of obsessive-compulsive disorder in children and adults. *Development and psychopathology*, *20*(4), 1251-1283.

Mancini, F., (2016). *La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo-compulsivo*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Mandelli, L., Draghetti, S., Albert, U., De Ronchi, D., & Atti, A.-R. (2020). Rates of comorbid obsessive-compulsive disorder in eating disorders: A meta-analysis of the literature. *Journal of Affective Disorders*, *277*, 927–939.

Marazziti, D., Dell’Osso, L., Di Nasso, E., Pfanner, C., Presta, S., Mungai, F., & Cassano, G. B. (2002). Insight in obsessive–compulsive disorder: a study of an Italian sample. *European Psychiatry, 17*(7), 407-410.

Masi, G., Millepiedi, S., Perugi, G., Pfanner, C., Berloffia, 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.

Mathews, C. A., Kaur, N., & Stein, M. B. (2008). Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depression and anxiety, 25*(9), 742-751.

Matsunaga, H., Kiriike, N., Matsui, T., Oya, K., Iwasaki, Y., Koshimune, K., ... & Stein, D. J. (2002). Obsessive-compulsive disorder with poor insight. *Comprehensive Psychiatry, 43*(2), 150-157.

Meier, S. M., Petersen, L., Pedersen, M. G., Arendt, M. C. B., Nielsen, P. R., Mattheisen, M., Mors, O., & Mortensen, P. B. (2014). Obsessive-Compulsive Disorder as a Risk Factor for Schizophrenia. *JAMA Psychiatry, 71*(11), 1215.

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.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.

- Militerni, R. (2020). *Neuropsichiatria infantile*. Napoli: Idelson-Gnocchi
- Miller ML, Brock RL (2017). The effect of trauma on the severity of obsessive-compulsive spectrum symptoms: A meta-analysis. *2J Anxiety Disord.*,47:29-44
- Milos, G., Spindler, A., Ruggiero, G., Klaghofer, R., & Schnyder, U. (2002). Comorbidity of obsessive-compulsive disorders and duration of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 284–289.
- 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*, 04. 218-227.
- Nedelisky, A., & Steele, M. (2009). Attachment to people and to objects in obsessive-compulsive disorder: An exploratory comparison of hoarders and non-hoarders. *Attachment & human development*, 11(4), 365-383.
- Noshirvani, H. F., Kasvikis, Y., Marks, I. M., Tsakiris, F. I. V. O. S., & Monteiro, W. O. (1991). Gender-divergent aetiological factors in obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 158(2), 260-263.
- 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 (OCCWG). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 1997;35(7):667-681.

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*.

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.

Pelizza, L., & Pupo, S. (2013). Disturbo ossessivo-compulsivo con fenomenica psicotica: aspetti psicopatologici e di personalità. *Rivista di Psichiatria*, *48*(3), 224-233.

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.

Perugi, G., Akiskal, H. S., Pfanner, C., Presta, S., Gemignani, A., Milanfranchi, A., Lensi, P., Ravagli, S., & Cassano, G. B. (1997). The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, *46*(1), 15-23.

Perugi, G., Akiskal, H. S., Ramacciotti, S., Nassini, S., Toni, C., Milanfranchi, A., & Musetti, L. (1999). Depressive comorbidity of panic, social phobic, and obsessive-compulsive disorders re-examined: is there a bipolar ii connection? *Journal of Psychiatric Research*, *33*(1), 53-61.

Pigott, T. A., L'Heureux, F., Dubbert, B., Bernstein, S., & Murphy, D. L. (1994). Obsessive compulsive disorder: comorbid conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, *55*, 15-27.

Poyurovsky, M., Zohar, J., Glick, I., Koran, L. M., Weizman, R., Tandon, R., & Weizman, A. (2012). Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: implications for future psychiatric classifications. *Comprehensive Psychiatry*, *53*(5), 480–483.

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).

Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1991). Phenomenology of OCD: Clinical subtypes, heterogeneity and coexistence. *In J. Zohar, T. R.*

Ravi, K.V., Samar, R., Janardhan, R.Y., Chandrasekhar, C.R., Thennarasu, K., (2004). Clinical characteristics and treatment response in poor and good insight obsessive compulsive disorder. *Eur. Psychiatry* *19*, 202–208

Rhéaume, J., Ladouceur, R., & Freston, M. H. (2000) The prediction of obsessive–compulsive tendencies: does perfectionism play a significant role? *Personality and Individual Differences*, *28*(3), 583–592.

Richter, M. A., Summerfeldt, L. J., Joffe, R. T., & Swinson, R. P. (1996). The Tridimensional Personality Questionnaire in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, *65*(3), 185-188.

Rizvi, M., Smilansky, H., Porth, R., Myers, N., Geller, D., Small, B. J., . . . Storch, E. A. (2020). The moderating effect of age on the associations of cognitive and metacognitive beliefs with pediatric OCD symptoms. *Under Review*.

Rothenberg, A. (1986). Eating disorders as a modern obsessive-compulsive syndrome. *Psychiatry*, 49, 45-53

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*.

Sasson, Y., Dekel, S., Nacasch, N., Chopra, M., Zinger, Y., Amital, D., & Zohar, J. (2005). Posttraumatic obsessive-compulsive disorder: A case series. *Psychiatry Research*, 135(2), 145-152.

Saunders, B. E., Villeponteaux, L. A., Lipovsky, J. A., Kilpatrick, D. G., & Veronen, L. J. (1992). Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women. *Journal of Interpersonal Violence*, 7(2), 189-204.

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.

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.

Sevincok, L., Akoglu, A., & Arslantas, H. (2006). Schizo-obsessive and obsessive-compulsive disorder: comparison of clinical characteristics and neurological soft signs. *Psychiatry Research*, 145(2-3), 241-248.

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.

Shafran, R., Thordarson, D. S., Rachman, S. (1996). *Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder*, *10*(5), 0–391.

Skoog, G., & Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*, *56*(2), 121-127.

Sookman, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Wilhelm, S., & McKay, D. (2005). Subtypes of obsessive-compulsive disorder: Implications for specialized cognitive behavior therapy. *Behavior Therapy*, *36*(4), 393–400.

Spitzer M. (1990). On defining delusions. *Compr Psychiatry*, *31*:377-97.

Starcevic, V., & Brakoulias, V. (2008). Symptom Subtypes of Obsessive–Compulsive Disorder: Are they Relevant for Treatment? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *42*(8), 651–661.

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.

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.

Tonna, M., Ottoni, R., Paglia, F., Monici, A., Ossola, P., De Panfilis, C., & Marchesi, C. (2016). Obsessive-Compulsive Symptoms in Schizophrenia and in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 22(2), 111–116.

Tucci, A. M., Kerr-Corrêa, F., & Souza-Formigoni, M. L. O. (2010). Childhood trauma in substance use disorder and depression: an analysis by gender among a Brazilian clinical sample. *Child Abuse & Neglect*, 34(2), 95-104.

Türksoy, N., Tükel, R., Özdemir, Ö., & Karali, A. (2002). Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive–compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(4), 413-423.

Visser, H. A., van Minnen, A., van Megen, H., Eikelenboom, M., Hoogendoorn, A. W., Kaarsemaker, M., ... & van Oppen, P. (2014). The relationship between adverse childhood experiences and symptom severity, chronicity, and comorbidity in patients with obsessive-compulsive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(10), 0-0.

Wadsworth, L. P., Van Kirk, N., August, M., Kelly, J. M., Jackson, F., Nelson, J., & Luehrs, R. (2021). Understanding the overlap between OCD and trauma: development of the OCD trauma timeline interview (OTTI) for clinical settings. *Current Psychology*.

Weiss, E. L., Longhurst, J. G., & Mazure, C. M. (1999). Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *American journal of psychiatry*, 156(6), 816-828.

Widom, C. S., DuMont, K., & Czaja, S. J. (2007). A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of general psychiatry*, *64*(1), 49-56.

Wingo, A. P., Wrenn, G., Pelletier, T., Gutman, A. R., Bradley, B., & Ressler, K. J. (2010). Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. *Journal of affective disorders*, *126*(3), 411-414.

Zohar, A. H., & Felz, L. (2001). Ritualistic behavior in young children. *Journal of abnormal child psychology*, *29*(2), 121-128.