



**UNIVERSITÀ  
DI PARMA**

**DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA**

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

**IL BENESSERE PSICOLOGICO DEGLI STUDENTI  
UNIVERSITARI  
IMPATTO DELLE NOT JUST RIGHT EXPERIENCES,  
DELLA FEAR OF GUILT, DELL'HARM AVOIDANCE E  
DELLA SINTOMATOLOGIA DEL DISTURBO OSSESSIVO  
COMPULSIVO DI PERSONALITÀ**

*Relatrice:*

Chiar.ma Prof.ssa ANNALISA PELOSI

*Controrelatrice:*

Chiar.ma Prof.ssa DOLORES ROLLO

*Laureanda:*

LAURA CARDILE

**ANNO ACCADEMICO 2022 - 2023**



# SOMMARIO

Abstract italiano .....	5
Abstract inglese .....	6
Introduzione .....	7
Capitolo 1 .....	8
Il Disturbo Ossessivo Compulsivo di Personalità .....	8
1.1 Criteri diagnostici .....	8
1.1.2 Diagnosi .....	9
1.1.3 Comorbilità .....	10
1.2 Sintomatologia .....	10
1.3 Disturbo Ossessivo – Compulsivo (DOC) e Disturbo Ossessivo – Compulsivo di Personalità .....	12
1.4 Ossessioni e compulsioni .....	14
1.5 Ipotesi eziologiche del DOCP .....	17
1.5.1 Teoria psicoanalitica e teoria dell’attaccamento .....	17
1.5.2 Ereditarietà .....	18
Capitolo 2 .....	23
Paura del senso di colpa, Not Just Right Experience e Harm Avoidance nel DOCP .....	23
2.1 La paura del senso di colpa nel DOCP .....	23
2.2 Evitamento del Pericolo (Harm Avoidance) nel DOCP .....	28
2.3 Senso di incompletezza (Not Just Right Experience) nel DOCP .....	32
Capitolo 3 .....	37
Sintomi depressivi e DOCP .....	37
Capitolo 4 .....	40
Il disagio psicologico degli studenti universitari .....	40
4.1 Perfezionismo e tratti DOCP negli studenti universitari .....	40
4.2 Sintomi psicopatologici negli studenti universitari .....	41
4.2.1 Sintomi psicopatologici negli studenti universitari in Italia .....	42
Capitolo 5 .....	45
La ricerca .....	45
5.1 Obiettivi ed ipotesi .....	45
5.2 Campione .....	47
5.3 Strumenti .....	49
5.4 Procedura .....	55
5.5 Analisi .....	56
5.6 Risultati .....	58
5.6.1 Primo obiettivo .....	58
5.6.2 Secondo obiettivo .....	66
6 Discussione .....	75

7. Conclusione.....	87
Bibliografia.....	91

## **ABSTRACT ITALIANO**

Nonostante la stima della prevalenza del Disturbo Ossessivo Compulsivo di Personalità (DOCP) tra la popolazione generale non sia trascurabile, la ricerca su tale disturbo risulta essere non particolarmente sviluppata e contrastante. Secondo la letteratura esistente, il DOCP risulta un disturbo collegato ad alcune sensazioni, sentimenti e tratti temperamentali, come il fenomeno della Not Just Right Experience, la paura del Senso di Colpa e l'Harm Avoidance; inoltre, il DOCP risulta un disturbo che può presentarsi in comorbidità con sintomi depressivi. Sulla base di tali evidenze, il presente lavoro di tesi si pone l'obiettivo di analizzare tali fattori e i collegamenti tra loro. I dati sono stati raccolti in un campione non clinico di studenti universitari tramite una batteria di questionari composta da vari test: la presenza dei criteri del DOCP, la Fear of Guilt Scale, il Not Just Right Experiences Questionnaire-Revised, il Temperament and Character Inventory per l'Harm Avoidance; è stato inoltre valutato il benessere psicologico soggettivo dei partecipanti tramite l'Oxford Happiness Questionnaire. L'ipotesi di questo progetto è quindi verificare se e in che modo i punteggi nei fattori elencati possano essere correlati ai punteggi di benessere psicologico percepito degli studenti universitari. Lo scopo di questo progetto riguarda l'individuazione e l'analisi di alcuni fattori che possono essere correlati a bassi punteggi nel benessere psicologico degli studenti universitari, così da identificare quelle che possono essere tecniche e terapie specifiche da poter implementare nel counseling psicologico diretto a tali studenti; inoltre, questa tesi si propone di spingere ed incoraggiare la ricerca verso lo studio e l'approfondimento del DOCP anche in popolazioni non cliniche.

## **ABSTRACT INGLESE**

Despite the estimated prevalence of the Obsessive-Compulsive Personality Disorder (OCPD) between the general population is not negligible, the research linked to this condition shows little to no development and conflicting results. According to current literature, the OCPD is a condition linked to certain sensations, feelings and temperament traits, as the phenomenon of Not Just Right Experience, Fear of Guilt and Harm Avoidance; furthermore, the OCPD is a condition which can show co-morbidity with depressive symptoms. On the basis of this evidence, the objective of this thesis work is to analyse the factors and connections occurring between the aforementioned conditions. Data have been collected through a non-clinical sample of University students, through a battery of questionnaires made up by various tests: the presence of criteria of OCPD, the Fear of Guilt Scale, the Not Just Right Experiences Questionnaire-Revised, the Harm Avoidance Temperament and Character Inventory; it has also been evaluated the personal psychological well-being among the participants through the Oxford Happiness Questionnaire. The Hypothesis of this project is so to verify if and in which way the scoring of the listed factors can be related to the psychological well-being scores perceived by University students. The aim of this work concerns both the identification and the analysis of some factors that can be related to low scoring of students' psychological well-being, so as to identify those that can be used as specific techniques and therapies to implement psychological counselling meant for such students; moreover, this thesis aims to push and encourage research towards the study and the in-depth analysis of OCPD also in non-clinical population.

# **INTRODUZIONE**

# CAPITOLO 1

## IL DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO DI PERSONALITÀ

### 1.1 Criteri diagnostici

Nel 1952, con la pubblicazione del primo Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM; American Psychiatric Association [APA], 1952), il Disturbo Ossessivo compulsivo di Personalità (DOCP) divenne un disturbo mentale diagnosticabile. Da allora è stato incluso in tutte le revisioni del DSM compresa la quinta edizione (DSM-V-TR; APA, 2022).

Nonostante ciò, è già a partire dal 1908 che Freud introduce questo disturbo, descrivendolo come caratterizzato dai seguenti tratti: ostinazione, parsimonia e ordine. In seguito, tale iniziale triade si espanse e a partire dal DSM-IV (APA, 1994) questo disturbo venne definito da otto tratti della personalità: preoccupazione per i dettagli; perfezionismo; eccessiva devozione al lavoro e alla produttività; eccessiva coscienziosità; incapacità di scartare oggetti senza valore; incapacità di delegare compiti; avarizia; rigidità e testardaggine. Nel DSM-IV, il DOCP è inserito nel cluster C, il cluster degli “ansiosi”, caratterizzati da comportamenti inibiti, timidezza e ipersensibilità alla disapprovazione.

Nella sua quinta e più recente versione del DSM (APA, 2022), per quanto riguarda i disturbi di personalità (DP), è avvenuto l’abbandono di un approccio categoriale multiasse a favore di un approccio ibrido dimensionale-categoriale, più flessibile, meno categorizzante e più focalizzato sui tratti di personalità dominanti rispetto a criteri rigidi. Nel DSM-V viene eliminata la categorizzazione in cluster e viene introdotto un modello alternativo, in cui la valutazione della personalità avviene su cinque domini principali, riflettenti i tratti di personalità sani o disfunzionali (Skodol, 2012). La diagnosi alternativa del DOCP dipende dalla presenza sia della



compromissione generale del funzionamento della personalità, sia da un insieme di tratti patologici specifici della personalità. Tale modello mette in enfasi il grado di compromissione del funzionamento della personalità e per formulare la diagnosi è necessario un livello moderato di compromissione; allo stesso tempo, consente di fare una valutazione del funzionamento e dei tratti della personalità, indipendentemente dal fatto che l'individuo soddisfi o meno i criteri per un disturbo di personalità (Fineberg et al., 2014).

Tramite il Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study (CLPDS; Zanarini et al., 2000; progetto con l'obiettivo di seguire in modo prospettico i soggetti per valutare il decorso dei disturbi psichiatrici e il funzionamento psicosociale nelle persone con disturbi di personalità), l'utilità di alcuni criteri per la diagnosi del DOCP è stata messa in discussione: preoccupazione per i dettagli, perfezionismo, riluttanza a delegare i compiti, rigidità e testardaggine sono risultati validi per la formulazione della diagnosi, mentre l'avarizia e l'eccessiva devozione al lavoro e alla produttività sono risultati non particolarmente utili, tanto che è stata consigliata la rimozione. In un altro studio (McGlashan, 2005) in cui gli autori hanno monitorato l'andamento e le modificazioni, nell'arco di due anni, dei criteri per i DP borderline, schizotipico, evitante e ossessivo-compulsivo, per quanto riguarda il DOCP, anche l'accaparramento, oltre all'avarizia, è risultato un criterio non particolarmente utile per la diagnosi.

Nonostante ciò, nel DSM-V i criteri per la diagnosi del DOCP sono rimasti invariati (Fineberg et al., 2014).

### ***1.1.2 Diagnosi***

Per poter fare una diagnosi di DOCP, oltre alla compilazione di appositi test per verificare i tratti di personalità, è necessario l'incontro con un professionista del settore, che tramite un'intervista strutturata va ad indagare il reale impatto che la sintomatologia ha sulla vita del

paziente (Langan-Fox et al., 2009). Le interviste progettate per valutare la gravità della patologia sono numerose: la più famosa e usata è sicuramente l'intervista clinica strutturata per i disturbi di personalità dell'asse II del DSM-IV (SCID-P; Lobbestael et al., 2011), ma esistono anche questionari self-report ben validati come il Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2; Drayton, 2009) e il Personality Diagnostic Questionnaire-4 (PDQ-4; Bagby e Farvolden, 2003).

### ***1.1.3 Comorbilità***

I soggetti con DOCP hanno una maggiore probabilità di incorrere ad altri disturbi psicologici. Ad esempio, dal CLPDS (Zanarini et al., 2000) è emerso che il 75% delle persone affette da DOCP ha sofferto anche di Disturbo Depressivo Maggiore durante la sua vita. Non è raro che soggetti con DOCP presentino altre difficoltà psicologiche, come disturbi d'ansia, disturbi dell'umore, problemi di adattamento in periodi stressanti, sintomi fisici e disturbi somatoformi come l'ipocondria. Sempre secondo il CLPDS, il 29% dei soggetti con DOCP aveva anche un disturbo da abuso di alcol e il 25% aveva fatto uso di droghe.

## **1.2 Sintomatologia**

L'eccessiva preoccupazione per l'ordine, il perfezionismo e il controllo (con totale assenza di flessibilità) dei soggetti con DOCP possono sembrare delle caratteristiche utili in alcuni contesti di vita, come ad esempio in ambito lavorativo, ma in realtà tali caratteristiche possono essere così impattanti da interferire nel completamento dei compiti a causa della loro poca adattabilità, efficienza e apertura (<https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-della-personalita%20/disturbo-ossessivo-compulsivo-di-personalita%20#>). Mettendo il bisogno di controllo al primo posto, i pazienti si focalizzano su ogni regola e dettaglio, arrivando a perdere il punto principale di un compito, facendone

ritardare il completamento all'infinito. L'eccessiva importanza data ad un solo compito li porta a trascurare tutti gli altri aspetti della loro vita (<https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-della-personalita0/disturbo-ossessivo-compulsivo-di-personalita0#>). Delegare i compiti e il lavoro di squadra sono attività estremamente difficili per i soggetti DOCP. Se devono lavorare con altri hanno la necessità di controllare ogni attività dei loro colleghi, facendo liste dettagliate su come un compito debba essere fatto (<https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-della-personalita0/disturbo-ossessivo-compulsivo-di-personalita0#>). La loro estrema coscienziosità, scrupolosità e inflessibilità si estende anche in ambito morale ed etico, tanto che ciò li porta ad auto imporsi, e ad imporre agli altri, rigidi principi morali (Langan-Fox et al., 2009). I soggetti DOCP tendono ad essere estremamente autocritici e ciò li porta a non perdonarsi anche per i più piccoli errori (Langan-Fox et al., 2009).

Le relazioni interpersonali per i soggetti DOCP risultano anch'esse rigide e controllate (<https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-della-personalita0/disturbo-ossessivo-compulsivo-di-personalita0#>). Il loro attaccamento eccessivo al lavoro può portarli a mettere in secondo piano amicizie e relazioni sociali. Le relazioni con gli altri si svolgono in modo formale e rigido, l'espressione dell'affettività deve essere sempre sotto controllo. Questa difficoltà nell'esprimere affetto e fiducia verso l'altro può derivare da uno scarso senso di sicurezza, sia interiore che esteriore (Langan-Fox et al., 2009).

A causa del loro bisogno di controllo, provano sfiducia verso gli altri che non hanno i loro stessi standard e codici morali, percependoli come incompetenti. Questi sentimenti però entrano in conflitto con la paura della disapprovazione sociale, e ciò li porta a nascondere la loro ostilità interiorizzata (Langan-Fox et al., 2009). Questo conflitto interno va ad alimentare gli stessi sintomi che lo generano, portando i soggetti ad attuare ulteriori tentativi di controllo e rigidità.

Tipico degli individui con DOCP è la compartimentalizzazione di ogni aspetto della loro vita, cercando di assegnare ad ogni compito un lasso di tempo preciso (Langan-Fox et al., 2009).

Tutto questo tentativo di controllo porta i soggetti DOCP a mettere da parte la loro emotività, portandoli ad una scarsa autoconsapevolezza e ad una difficoltà nella regolazione emotiva (Langan-Fox et al., 2009). Ciò li porta, ad esempio, a non riuscire a smettere di rimuginare a situazioni o eventi che non sono andati nel verso giusto, anche in situazioni in cui non c'è niente che potrebbero fare per rimediare. Certe volte questo continuo rimuginio può sfociare in sentimenti di distacco da loro stessi ed alla sensazione di non riuscire a vivere davvero il momento presente (Langan-Fox et al., 2009).

### **1.3 Disturbo Ossessivo – Compulsivo (DOC) e Disturbo Ossessivo – Compulsivo di Personalità**

Nonostante ad oggi la stima della prevalenza di DOCP nella popolazione generale vada dal 2.1 al 7.9% (<https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-della-personalita/disturbo-ossessivo-compulsivo-di-personalita#>), la ricerca su tale disturbo è purtroppo ancora non particolarmente avanzata (Diedrich e Voderholzer, 2015).

Uno dei punti sul quale la ricerca è ancora non totalmente concorde riguarda la sovrapposizione tra il Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC) e il DOCP (Diedrich e Voderholzer, 2015).

Il DOC è caratterizzato da ossessioni (pensieri, idee o immagini indesiderate, ricorrenti e stressanti) e compulsioni (comportamenti ripetitivi messi in atto dai pazienti per diminuire l'ansia e/o la tensione causate dalle ossessioni; De Reus e Emmelkamp, 2012).

Secondo alcuni studi, non esiste in realtà un legame finora riconosciuto tra DOC e DOCP. Mancebo et al. nel 2005 hanno attuato una revisione della letteratura dal 1991 al 2004 per cercare di capire se DOCP e DOC siano due fenomeni a sé stanti, oppure se in qualche modo i due costrutti possano ritenersi sovrapposti o comunque simili. Il risultato di questa revisione è stato che il 75% delle persone con DOC non aveva il DOCP, e allo stesso modo, l'80% delle

persone con DOCP non aveva il DOC. Secondo gli autori, quindi, non ci sono reali prove di una sovrapposizione tra i due disturbi, in quanto la presenza di uno non garantisce la contemporanea presenza dell'altro.

Torres et al. (2006) hanno analizzato i dati del British National Survey of Psychiatric Morbidity del 2000, per cercare di capire se il DOC avesse qualche comorbidità con i disturbi di personalità, focalizzandosi in particolare sul cluster C (disturbi d'ansia) in cui è compreso il DOCP. Effettivamente, i soggetti con DOC avevano maggiori probabilità di avere anche un DP rispetto ai soggetti con altri disturbi nevrotici (cioè disturbo d'ansia generalizzato, episodio depressivo, fobie, disturbo di panico e disturbo misto d'ansia e depressivo) o ai soggetti di controllo; il DOCP è stato il secondo DP più frequente riscontrato nello studio (dopo il Disturbo Paranoide di Personalità), essendo presente nel 29% dei casi di DOC. Nonostante ciò, confrontando la presenza di DOCP nei soggetti DOC versus i soggetti con gli altri disturbi nevrotici considerati, la differenza non risultava essere significativa; ciò vuol dire che c'era solo una tendenza per il DOCP di essere più frequente nei soggetti DOC.

Altri studi però vedono la cosa da un punto di vista diverso: per esempio, andando ad analizzare la sintomatologia dei due disturbi, Eisen et al. (2006) hanno esaminato la presenza di criteri DOCP in soggetti con e senza DOC. L'ipotesi degli autori era che alcuni criteri DOCP sarebbero stati più comuni nei soggetti con DOC rispetto ai soggetti di controllo, senza DOC oppure con altre diagnosi (disturbi d'ansia o Disturbo Depressivo Maggiore). Sfruttando dati da soggetti reclutati per il CLPDS (Gunderson et al., 2000), gli autori hanno analizzato 629 soggetti con disturbi di personalità, tra cui schizotipico, borderline, ossessivo compulsivo ed evitante, per rilevarne la presenza di disturbi dell'Asse I: è stato rilevato che il 14% soddisfaceva i criteri per il DOC, e che il DOC era significativamente più frequente nei soggetti con DOCP rispetto ai soggetti con altri DP. Analizzando i sintomi, gli autori hanno trovato che tre degli otto criteri DOCP erano significativamente più comuni nei soggetti con DOC rispetto

ai soggetti senza DOC: accaparramento, perfezionismo e preoccupazione per i dettagli. Secondo gli autori, l'analisi dei criteri del DSM-IV può fornire prove sull'associazione tra DOCP e DOC, dimostrando un legame significativo tra i due disturbi.

## **1.4 Ossessioni e compulsioni**

Il motivo per cui la ricerca sul DOCP è così poco sviluppata è anche per il fatto che tale disturbo viva “all’ombra” del DOC (Kantor, 2016) a causa del maggior livello di compromissione del funzionamento dei pazienti con DOC (Stein et al., 2019; <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-della-personalita0/disturbo-ossessivo-compulsivo-di-personalita0#>). In realtà anche il DOCP può andare a compromettere la vita del paziente in modo significativo (Pinto et al., 2014), come anche può compromettere la vita di chi gli sta intorno. La svalutazione, l'inadeguata descrizione e la poca comprensione del DOCP lo rendono un disturbo ancora poco conosciuto e poco studiato, trascurato e a volte totalmente integrato nel DOC (Kantor, 2016).

Come descritto in precedenza, il DOC è un disturbo caratterizzato da ossessioni e compulsioni. Le ossessioni si possono definire come pensieri/idee persistenti, ricorrenti, spesso sgraditi, così che il soggetto per ignorarle e sopprimerle arriva ad attuare le compulsioni, cioè azioni anch'esse sgradite, ma eseguite nonostante le resistenze del soggetto (Stein et al., 2019). In realtà, anche se nel DOC ossessioni e compulsioni sono spesso entrambe presenti, rappresentano comunque due fenomeni distinti che possono presentarsi l'uno indipendentemente dall'altro (Abramowitz et al., 2009).

Tuttavia, alcune “ossessioni” e “compulsioni” non sono esclusive del DOC: anche altri disturbi le presentano, sia pure in forma diversa. Oltre al DOC, i disturbi che possono presentare forme di ossessioni e compulsioni sono: il disturbo di dismorfismo corporeo, il disturbo da accumulo

(l'accumulo compulsivo, criterio comune tra DOC e DOCP, è stato riconosciuto come un disturbo separato nel DSM-V; APA, 2013), la tricotillomania e la dermatillomania.

Per questo motivo, alcune ricerche si sono mosse verso un'unione tra tali disturbi: nel 2007 da parte del gruppo di lavoro del DSM-V è nata la proposta di rimuovere il DOC dai disturbi d'ansia, così da farlo rientrare in una più grande e nuova categoria, definita Disturbo Ossessivo Compulsivo e Disturbi Correlati, entrata a far parte nel DSM-V come nuova categoria diagnostica (OCRD; APA, 2013).

I disturbi OCRD, oltre alla presenza di ossessioni e compulsioni, hanno in comune diverse caratteristiche, sia a livello di fenomenologia e comorbidità, sia a livello di sistemi neurali e peptidici coinvolti, sia per quanto riguarda i fattori ambientali, genetici e l'applicazione di terapie efficaci. Ciò che differenzia un disturbo dall'altro è il dominio e la gravità con cui si verificano i sintomi (Hollander et al., 2008).

Nonostante la creazione di questa nuova categoria, nel DSM-V il DOCP è rimasto all'interno del cluster dei disturbi di personalità, a causa dei pochi studi sul disturbo, che ne hanno impedito la riclassificazione (Fineberg, et al., 2014).

Il dibattito però rimane ancora aperto: secondo Phillips et al. (2010), dovrebbe esserci più ricerca a supporto dello spostamento del DOCP dal gruppo dei disturbi di personalità, per farlo rientrare nei disturbi dello spettro Ossessivo Compulsivo, in quanto molte evidenze di comorbidità (dal 25 al 32% con DOC e dal 14 al 20% con disturbo di dismorfismo corporeo) e genetica (forte relazione familiare tra DOCP e DOC), nonché risultati di alcuni studi preliminari sulla risposta alle terapie (il DOCP, come il DOC, potrebbe rispondere positivamente agli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina) lo rendono idoneo a rientrare in questa categoria.

Ciò che secondo il DSM differenzia DOCP e DOC è proprio la presenza di ossessioni "in senso stretto": nel DOCP possono anche non essere presenti le ossessioni, che secondo il DSM-V

devono essere egodistoniche come quelle presenti nel DOC, mentre i pensieri, le ansie, i dubbi e le preoccupazioni presenti nel DOCP sono considerati egosintonici: il paziente li percepisce come ragionevoli, razionali, addirittura qualità desiderabili. Le compulsioni, invece, sono state rilevate anche nel DOCP (Pinto et al., 2014).

Nel DOC, alcuni individui hanno pensieri ossessivi che superficialmente sembrano privi di significato e senza senso (Kozak e Foa, 1994). Nel DOCP, al contrario, i pensieri e le compulsioni hanno una base di significatività, tanto che a volte possono sembrare preoccupazioni e sensazioni tipiche e presenti anche in persone che non presentano il disturbo: è nella loro ripetitività e frequenza che vanno ad interferire con le attività quotidiane e il benessere della persona con DOCP (Kantor, 2016).

Ad esempio, una compulsione di una persona con DOC potrebbe essere la necessità di contare, rigorosamente dall'alto verso il basso, i pois sulle cravatte degli uomini, atto apparentemente privo di significato intrinseco. Un esempio di compulsione nel DOCP potrebbe essere la necessità di tornare indietro per vedere se si è chiusa a chiave l'auto, riorganizzare il posizionamento dei piatti nella lavastoviglie per assicurare un getto d'acqua uniforme a ogni piatto, oppure tornare a casa per controllare di non aver lasciato nessun elettrodomestico acceso, a causa della costante preoccupazione di generare un incendio (Kantor, 2016).

Le persone con DOC hanno pensieri più ricorrenti, incessanti, persistenti e maggiormente ripetitivi. Le loro azioni sono spesso il frutto della paura, come la paura dei germi, associata a malattia e quindi alla morte (Stein et al., 2019). Le ossessioni nel DOC possono portare gli individui alla sensazione di star per impazzire e la loro ansia rende le loro azioni disadattative, arrivando perfino alla paralisi dell'azione. Per quanto le preoccupazioni e le compulsioni dei pazienti con DOCP possano essere fastidiose anch'esse per il paziente, in certe situazioni sociali la loro scrupolosità e perfezionismo possono risultare utili e addirittura apprezzabili (Kantor, 2016).



Tuttavia, alcune persone con DOCP arrivano ad un punto in cui non sopportano più il peso delle loro preoccupazioni, tanto da desiderare di voler superare il loro perfezionismo per riuscire a comportarsi diversamente, arrivando a essere torturati dalla loro condizione allo stesso modo in cui ne sono torturati i pazienti con DOC (Starcevic e Brakoulias, 2014). L'idea precompulsiva carica di ansia e preoccupazione li porta all'esecuzione di un atto specifico, che però percepiscono insufficiente a risolvere le loro preoccupazioni e che viene, quindi, ripetuto, finché la persona non ritiene di aver, almeno in parte, risolto la sua ansia (Kantor, 2016).

Alcuni individui con DOCP arrivano a soffrire di uno pseudo-deficit di memoria, o pseudo-disorientamento (García-Villamizar e Dattilo, 2015), verso il loro ambiente circostante, condizione che alimenta i sintomi: ad esempio, una persona con DOCP sa perfettamente di aver chiuso a chiave la porta di casa, ma a causa di tale pseudo-deficit se ne dimentica, sentendosi in seguito costretta a dover tornare a casa per controllare (Kantor, 2016).

## **1.5 Ipotesi eziologiche del DOCP**

### ***1.5.1 Teoria psicoanalitica e teoria dell'attaccamento***

Comprendere le origini del funzionamento del DOCP è il primo passo per poter capire, studiare e superare tale disturbo. Da Freud in poi, le prime teorie psicanalitiche misero al centro dell'emersione della personalità ossessivo-compulsiva le influenze ambientali (Hertler, 2014a). Riguardo l'analisi eziologica di tale disturbo, si fa riferimento alle teorie psicoanalitiche e alla teoria dell'attaccamento (Diedrich e Voderholzer, 2015).

Per quanto riguarda i modelli eziologici psicoanalitici, essi trovano la causa delle manifestazioni dei sintomi del DOCP in problemi avvenuti durante il loro sviluppo e durante la loro educazione da parte dei genitori, in particolare riguardo il loro eccessivo controllo, le rigorose pratiche disciplinari e l'eccessiva invadenza e intimità verso il figlio, come per quanto

riguarda le pratiche di addestramento all'uso del bagno, dove il genitore tenta di controllare gli impulsi del bambino riguardo la defecazione (Freud, 1908). Riguardo le pratiche di controllo sulla defecazione, in realtà il supporto empirico risulta scarso (Hertler, 2014a).

Per quanto riguarda l'attaccamento, secondo Nordahl e Stiles (2001) i pazienti con DOCP riferiscono di non aver ricevuto durante l'infanzia livelli di cura adeguati, ma contemporaneamente anche di essere stati sottoposti a livelli di protezione eccessivamente alti da parte di entrambi i genitori: ciò ha contribuito alla formazione di uno stile di attaccamento insicuro, impedendo un corretto sviluppo emotivo del bambino. Genitori eccessivamente intimi e vicini portano alla manifestazione in età adulta di comportamenti di avvicinamento ed evitamento. Questa eccessiva vicinanza dei genitori, spesso soffocante, impedisce al bambino di sviluppare la propria individualità, e lo porta a un desiderio di separazione, da cui è trattenuto a causa dell'amore e della dipendenza provata verso i genitori, e, quindi, dal senso di colpa che ne scaturirebbe (Kantor, 2016).

L'eccessiva intimità da parte del genitore può accompagnarsi ad un'eccessiva critica. Tali genitori, infatti, condannano e soffocano gli ideali e le aspirazioni dei figli, quando sono diverse dalle loro. Al contrario, nel momento in cui il bambino si adegua agli ideali dei genitori, riceve la loro approvazione (Hertler, 2014a).

### ***1.5.2 Ereditarietà***

Nonostante per anni le cause del DOCP siano state ricercate esclusivamente nelle influenze ambientali, la ricerca ha spinto verso lo studio dell'ereditabilità di tale disturbo. Già nel 1987 Pollak affermò che i dati empirici che dovrebbero sostenere le teorie secondo cui il DOCP si sviluppi a causa di influenze genitoriali durante l'infanzia erano scarsi (citato in Hertler, 2014a). Da allora, l'interesse per lo studio delle cause genetiche di questo disturbo è cresciuto: Torgersen et al. (2000), esaminando la presenza di vari disturbi di personalità su gemelli, per il

DOCP stimarono un tasso di ereditabilità di 0.78, tra i più forti dei disturbi studiati, descrivendo di conseguenza tale disturbo come “fortemente influenzato dai geni”. In seguito, anche Reichborn-Kjennerud et al. (2006) studiarono gemelli per verificare le influenze genetiche e ambientali sui DP del cluster C. In questo studio, diversamente dal primo, gli effetti genetici rappresentavano solo il 27% della varianza nel DOCP.

Nonostante l’influenza genetica non sia ancora stata coerentemente definita, i pochi studi effettuati forniscono supporto all’ereditabilità del DOCP, ma purtroppo riguardo le specifiche cause genetiche e neurobiologiche sottostanti gli studi sono incoerenti (Diedrich e Voderholzer, 2015).

Basandosi sulle scoperte pregresse di un’associazione tra i polimorfismi del gene trasportatore della serotonina e l’ansia (ad esempio, Katsuragi et al., 1999), Perez et al. (2006) sono stati i primi ad indagare il ruolo del gene trasportatore della serotonina nella personalità ossessivo-compulsiva. In particolare, nel loro studio sono stati confrontati tre campioni di individui rispettivamente con DOC, Disturbo di Panico e DOCP, rispetto a individui senza nessuna diagnosi, sulle frequenze alleliche del gene trasportatore della serotonina, estratto e analizzato dalle cellule buccali.

Per quanto riguarda il DOC, i risultati dello studio confermarono una frequenza più elevata del genotipo omozigote corto rispetto al gruppo di controllo. Per il Disturbo di Panico, non è stata rilevata differenza sulle frequenze alleliche del gene trasportatore della serotonina rispetto ai controlli. Per quanto riguarda il DOCP, non è stata trovata nessuna differenza sul gene trasportatore della serotonina tra gli individui con DOCP e i controlli senza DOCP, né negli individui che soddisfacevano solo i criteri del DOCP, né quando i soggetti DOCP soddisfacevano anche alcuni criteri per il DOC. Secondo gli autori, la mancanza di differenze tra individui affetti da OCPD e i controlli nelle frequenze alleliche potrebbe essere spiegata

dalla non efficienza diagnostica dei criteri del disturbo, oppure semplicemente dal fatto che DOC e DOCP abbiano una diversa eziologia.

Anche Blom et al. (2011) cercarono di analizzare l'esistenza di un'associazione tra il polimorfismo del gene trasportatore della serotonina con i disturbi di personalità. Nel loro studio, vennero analizzati tutti e dieci i disturbi di personalità descritti nel DSM-IV (APA, 1994) nella loro relazione con il polimorfismo del gene. I risultati indicarono un'associazione tra l'allele corto del gene e il Disturbo Evitante di Personalità, e questo dato venne interpretato coerente con l'ipotesi di una relazione non specifica di questo polimorfismo con l'ansia. Per quanto riguarda il DOCP, i risultati furono particolari: infatti, gli uomini presenti nel campione con la variante dell'allele lungo del gene tendevano ad avere punteggi più alti nella personalità OC; per quanto riguarda le donne, al contrario degli uomini, erano quelle con l'allele corto del gene a presentare punteggi tendenzialmente più alti nella personalità OC. Questo effetto opposto tra i sessi, presente solo nel DOCP, venne interpretato come coerente con gli effetti sesso specifici del polimorfismo del gene, ad esempio nelle femmine l'allele corto del gene può aumentare la suscettibilità alla depressione, mentre nei maschi l'allele corto non comporta questa suscettibilità. Un'altra spiegazione data dagli autori fu che il DOCP potrebbe manifestarsi in modo diverso negli uomini e nelle donne: nonostante vengano soddisfatti gli stessi criteri, l'associazione dell'allele lungo negli uomini potrebbe rappresentare un particolare fenotipo di DOCP, più simile al Disturbo dello Spettro Autistico.

Un altro neurotrasmettitore sul quale è stata posta attenzione come possibile causa dell'eziologia del DOCP è la dopamina: Joyce et al. (2003) analizzarono se i polimorfismi del recettore della dopamina D4 (DRD4) e i polimorfismi del recettore della dopamina D3 (DRD3) fossero associati con i tratti e i disturbi della personalità presenti nel DSM-III-R (APA, 1987). Ai soggetti, valutati per la presenza di sintomi dei disturbi di personalità o per la diagnosi ufficiale di un disturbo di personalità, è stato estratto il DNA attraverso campioni di sangue per

poterne analizzare i polimorfismi. I risultati del loro studio indicarono che l'allele a due ripetizioni del polimorfismo dell'esone III nel recettore D4 era associato ad un aumento dei tassi di sintomatologia del Disturbo Evitante di Personalità e del DOCP, ed anche il genotipo Gly/Gly del polimorfismo Ser9Gly del recettore della dopamina D3 era fortemente associato al DOCP.

Tre anni dopo Light et al. (2006) hanno cercato di replicare il risultato riguardo l'associazione tra DOCP e il polimorfismo Ser9Gly del recettore D3 della dopamina. I soggetti dello studio furono reclutati a partire da altri due studi differenti, pertanto vennero divisi in due campioni. Come nello studio di Joyce et al. (2003), gli individui sono stati valutati sui tratti della personalità associati ai disturbi, in seguito ad ogni individuo è stato prelevato un campione di sangue per poterne analizzare il DNA. Per le analisi statistiche i soggetti sono stati classificati in base all'assenza o alla presenza del genotipo Gly/Gly (dati i risultati originali che associavano tale genotipo al DOCP). I risultati dello studio, considerando i singoli campioni, non fornirono nessun supporto all'associazione tra la presenza del genotipo Gly/Gly e la diagnosi di DOCP. Invece, attraverso una meta-analisi svolta sui tre campioni, ovvero sia quello originale dello studio di Joyce et al. (2003) che i due campioni di replica dello studio successivo, è risultata un'associazione significativa, per cui un individuo con genotipo Gly/Gly aveva una probabilità 2,4 volte maggiore di ricevere una diagnosi di DOCP. Nonostante ciò, l'associazione tra DOCP e il genotipo Gly/Gly che era risultata dal campione originale dello studio di Joyce et al. (2003) non è stata ritrovata in nessuno dei campioni di replica.

In conclusione, le ipotesi dell'associazione tra il sistema serotoninergico e il sistema dopaminergico con il DOCP restano aperte e nella attesa di ulteriori ricerche per ottenere risultati più coerenti sul coinvolgimento dei due sistemi nel disturbo (Diedrich e Voderholzer, 2015).



## **CAPITOLO 2**

# **PAURA DEL SENSO DI COLPA, NOT JUST RIGHT EXPERIENCE E HARM AVOIDANCE NEL DOCP**

### **2.1 La paura del senso di colpa nel DOCP**

Secondo numerosi autori, la maggior parte degli individui affetti da DOCP prova un pervasivo e cronico senso di colpa.

Secondo Kantor (2016) i pazienti con DOCP temono molto l'accusa di essere imperfetti e sono intimoriti dalla possibilità di sbagliare; ciò li porta a tendere sempre alla perfezione, e se non ci riescono, criticano e incolpano gli altri cercando di scaricare in loro la responsabilità dell'errore.

Secondo Miller e Kraus (2007), la fedeltà che gli individui con DOCP hanno verso l'autorità e le regole rigide è anche determinata dall'assoluzione del senso di colpa che provano andando a rigettare la responsabilità delle proprie azioni su un potere superiore.

A causa del loro timore di venire incolpati, le persone con DOCP sfruttano ogni scusa e occasione per evitare la responsabilità delle loro azioni quando commettono un errore, scaricandola sugli altri ritenuti "incompetenti". In questo modo, provano a ridurre o eliminare il loro senso di colpa (Kantor, 2016).

Nel 2002 Aycicegi et al. hanno stimato i sintomi del DOC e i tratti del DOCP in un campione non clinico di studenti, per verificare come questi sintomi e tratti si correlassero a fattori riguardanti lo stile educativo attuato dai loro genitori: l'accettazione dei genitori, la fermezza disciplinare e il controllo psicologico. In particolare, la sottoscala del controllo psicologico conteneva item informativi riguardo la manipolazione psicologica e l'induzione del senso di colpa. I risultati del loro studio hanno rivelato che il controllo psicologico era la dimensione più predittiva dei tratti e dei sintomi DOC e DOCP, ed era anche associata a sintomi ansiosi e

depressivi. Secondo gli autori, gli aspetti di induzione del senso di colpa e l'ipercritica potrebbero contribuire in particolare allo sviluppo dei tratti perfezionistici del DOCP, oltre alle altre caratteristiche del disturbo.

Nel 2008 Fiore et al. hanno illustrato il caso di un uomo affetto da DOCP e Disturbo Evitante di Personalità per dibattere sull'efficacia della terapia interpersonale metacognitiva (MIT). Il paziente, denominato Alberto, aveva standard rigidi ed elevati, era scrupoloso, attento a regole e dettagli, e tali caratteristiche erano egosintoniche, rendendolo orgoglioso e facendolo sentire superiore agli altri. A causa di ciò, però, anche una piccola mancanza o trasgressione nel suo comportamento gli provocava sensi di colpa e disprezzo verso se stesso. Per mitigare alcuni dei suoi sensi di colpa, ad esempio quello che provava per la sua convinzione di non riuscire a prendersi cura adeguatamente della figlia, rimuginava costantemente sulle possibili alternative che avrebbe potuto attuare, per cercare di trovare la soluzione migliore, perfetta e impossibile. Se guardava un film o pensava di dedicarsi ai suoi hobby, veniva pervaso dai sensi di colpa e pensava costantemente al tempo che stava sprecando. Il suo senso di colpa si manifestava anche quando aveva pensieri o desideri sessuali. Tali caratteristiche sono tipiche del DOCP.

Anche Cheli et al. (2020) hanno discusso il caso di una paziente, denominata Lea, nel suo percorso dalla durata di 6 mesi con la MIT. Lea era descritta come una studentessa ventitreenne carica di ansia e preoccupazioni dovute alle eccessive responsabilità del suo percorso accademico, accompagnate da sintomi depressivi, bassa autostima e difficoltà nel prendere decisioni. La sua vita veniva descritta come caratterizzata da senso del dovere e di inadeguatezza. Quando ripensava ai sentimenti di colpa e vergogna provati in passato, i ricordi erano chiari, mentre trovava difficoltoso ricordare episodi in cui aveva provato sentimenti di soddisfazione o felicità. Nel corso della terapia, emerse che i sentimenti di colpa e vergogna si erano sviluppati anche a causa delle reazioni di rifiuto e disprezzo da parte del padre per gli errori della figlia.



Nel 2008 Miller e Hedges attuarono una revisione della letteratura riguardo il disturbo da Scrupolosità, definito come una condizione caratterizzata da senso di colpa patologico o ossessione relativamente a questioni morali e religiose, con la conseguenza di comportamenti compulsivi ed eccessivamente focalizzati su di esse. Nonostante la ricerca sul disturbo da Scrupolosità risulti carente, nel DSM-IV la Scrupolosità è menzionata in relazione al DOCP, anche se tale relazione rimane poco chiara. A causa del loro modello di pensiero disfunzionale a proposito di questioni morali e religiose, i pazienti scrupolosi hanno un eccessivo senso di colpa e responsabilità personale. Secondo Miller e Hedges (2008), il modello di pensiero disfunzionale riguardo le questioni morali e religiose dei pazienti con disturbo da Scrupolosità può essere dovuto a un'esagerazione cognitiva di tali individui riguardo la gravità di alcune azioni ritenute cattive o peccaminose, anche quando non lo sono. Dato ciò, anche solo il pensare al non adempire alle rigide regole morali che le persone si autoimpongono fa scaturire in loro sentimenti di colpa, anche a causa del fenomeno "fusione pensiero-azione", cioè il giudicare l'aver avuto un particolare pensiero allo stesso modo dell'aver attuato il comportamento relativo. Secondo Rassin et al. (2000), il fenomeno della fusione pensiero-azione è un fattore causale di sintomi OC e di vari disturbi basati sull'ansia.

Secondo Kantor (2016) i sensi di colpa dei pazienti con DOCP rappresentano la lotta interna dell'individuo che pensa, prova o desidera esprimere determinati istinti ritenuti disdicevoli, come violenti o sessuali, seguiti dal tentativo di reprimere tali istinti. A volte i sensi di colpa si possono manifestare in costanti rimuginii, autopunizioni e autocritiche. Alcune persone con DOCP hanno rimpianti riguardo le scelte fatte a livello lavorativo o accademico, nell'ambito delle relazioni con i genitori (ad esempio alimentati dalla paura di averli feriti), o riguardanti eventi o comportamenti passati in cui sentono di essersi comportati in modo sbagliato e "cattivo" (Kantor, 2016).

Dal punto di vista psicanalitico (Kantor, 2016), il DOCP si può considerare come un disturbo

associato a problemi del Super-Io: i divieti interiorizzati impediscono alle persone di accettare determinati aspetti di sé stessi, e ciò li porta ad essere tormentati dal senso di colpa. Perciò, i pazienti con DOCP appaiono incapaci di raggiungere un senso di pace e sembrano perennemente tesi e torturati dai loro conflitti interiori.

Secondo Fedewa et al. (2005) il perfezionismo, considerato il sintomo cardine del DOCP, sembra essere correlato al senso di colpa. Tale costrutto è anche associato ad altre diverse patologie, in cui è considerato un tratto causante per lo sviluppo del disturbo: nella depressione, nei disturbi alimentari, nei disturbi di natura sessuale (Fedewa et al., 2005). Nel loro studio gli autori concettualizzarono il perfezionismo con due sfaccettature: il perfezionismo positivo, guidato da rinforzi positivi, come una maggiore autostima e soddisfazione personale; il perfezionismo negativo, più altamente correlato con le popolazioni cliniche, guidato dalla paura del fallimento e rafforzato negativamente attraverso l'eliminazione di stimoli avversi, come critiche, disprezzo di sé o vergogna. Lo scopo dello studio era quello di determinare la relazione tra perfezionismo positivo e negativo con i tratti adattivi e disadattivi, come vergogna, ostilità, ansia, orgoglio, e propensione al senso di colpa. Attraverso questionari somministrati a studenti universitari, i risultati dimostrarono una correlazione positiva tra perfezionismo negativo, vergogna e senso di colpa.

Secondo Taghavizadeh et al. (2019) il perfezionismo eccessivo nel DOCP porta gli individui alla formazione di un estremo senso di responsabilità, in quanto, ritenendo tutte le altre persone incapaci, non possono assolutamente delegare agli altri anche solo parti del compito. Secondo gli autori, l'eccessivo senso di responsabilità dei DOCP rappresenta il problema più importante di questi pazienti.

Interessanti sono anche i legami tra il perfezionismo e il senso di responsabilità gonfiata: Bouchard et al. (1999) hanno manipolato il senso di responsabilità, aumentandola o diminuendola a seconda delle istruzioni di specifici task, per indagarne il legame con il

perfezionismo in individui con sintomatologia ossessiva compulsiva. Lo scopo era di verificare se il perfezionismo, unito ad un eccessivo senso di responsabilità, predisponesse gli individui a manifestare tendenze OC. Dividendo i soggetti in altamente e moderatamente perfezionisti tramite questionario, i risultati di questo studio indicarono che nei compiti ad alta responsabilità i soggetti altamente perfezionisti riportavano maggiore influenza e responsabilità per le conseguenze negative rispetto ai soggetti moderatamente perfezionisti, sostenendo l'ipotesi di un effetto del perfezionismo sulla responsabilità. Questi risultati suggeriscono che elevate tendenze perfezionistiche potrebbero predisporre gli individui a sopravvalutare la propria responsabilità personale per eventi negativi.

## **2.2 Evitamento del Pericolo (Harm Avoidance) nel DOCP**

Molte delle caratteristiche dei soggetti DOCP sono coerenti con l'Evitamento del Pericolo. L'eccessiva cautela, la coscienziosità, il perfezionismo, gli standard irrealisticamente elevati e la forte preoccupazione per gli errori sono tutte caratteristiche del DOCP che rappresentano la loro forte motivazione ad evitare le conseguenze negative degli eventi (Chapman et al., 2007). Lynam e Widiger (2001, citati in Samuel et al., 2012) hanno attuato uno studio per cercare di descrivere i tratti specifici dei disturbi di personalità tramite il Five-Factor Inventory (FFM; McCrae e Costa, 2003). Per il loro scopo hanno chiesto ai ricercatori esperti dei vari disturbi di personalità di valutarli tramite le 30 sfaccettature del FFM. Integrando le valutazioni degli esperti, lo studio ha generato una descrizione prototipo per ciascun disturbo. Per quanto riguarda il DOCP, il carattere ossessivo è stato associato a due aspetti del nevroticismo, ovvero bassi livelli di impulsività e alti livelli di ansia; inoltre, gli individui con DOCP sarebbero caratterizzati da ipercontrollo, bassa apertura alle esperienze e bassi livelli di ricerca di eccitamento.

Cloninger et al. (1993, citati in Garcia et al., 2020) hanno proposto una teoria psicobiologica, comprendente quattro dimensioni del temperamento e tre dimensioni del carattere. Su tale teoria venne sviluppato il Temperament and Character Inventory (TCI), strumento per la valutazione della personalità che ne fornisce un modello biopsicosociale completo (Garcia et al., 2020). Inizialmente, il modello includeva solo tre dimensioni del temperamento (De Fruyt et al., 2000), ovvero Ricerca della Novità (tendenza a rispondere attivamente a nuovi stimoli; Hansenne et al., 1999), Evitamento del Pericolo (tendenza verso una risposta inibitoria ai segnali di stimoli avversivi; Hansenne et al., 1999) e Dipendenza dalla Ricompensa (tendenza a una risposta positiva ai segnali di ricompensa; Hansenne et al., 1999). In seguito, vennero aggiunte altre quattro dimensioni relative al carattere (De Fruyt et al., 2000), ovvero le scale Persistenza (precedente sottoscala della dimensione "Dipendenza dalla ricompensa", rappresenta tendenza

a perseverare in comportamenti che sono stati precedentemente associati alla ricompensa; Van Campen et al., 2009), Autodirezionalità (capacità di un individuo di controllare, regolare e adattare il proprio comportamento; Hansenne et al., 1999), Cooperatività (tendenza ad essere socialmente tolleranti, empatici, disponibili e compassionevoli; Hansenne et al., 1999) e Autotrascendenza (tendenza all'identificarsi come parte essenziale e consequenziale di un tutto unificato; Hansenne et al., 1999). Secondo questa teoria, le dimensioni del temperamento sono ereditabili in modo indipendente e si manifestano precocemente durante lo sviluppo (De Fruyt et al., 2000). Per quanto riguarda l'Evitamento del Pericolo, esso risulta il tratto temperamentale maggiormente associato all'ansia (Perez et al., 2006), stato emotivo tipico dei disturbi del cluster C in cui è presente il DOCP (APA, 2022).

Calvo et al. nel 2009 condussero uno studio con lo scopo di analizzare la prevalenza della sintomatologia DOCP in genitori di bambini con DOC, misurandone anche i tratti temperamentali. Dal loro studio emerse che l'accaparramento, il perfezionismo e la preoccupazione per i dettagli (caratteristiche del DOCP) erano significativamente più frequenti nei genitori di bambini con DOC rispetto ai genitori di bambini senza DOC. Inoltre, i genitori di bambini con DOC presentarono sia punteggi significativamente maggiori nell'Evitamento del Pericolo, sia punteggi significativamente minori nell'Autodirezionalità, nella Cooperazione e nella Dipendenza dalla Ricompensa rispetto ai genitori di bambini sani.

Chapman et al. (2007) hanno voluto indagare se gli anziani depressi con DOCP in comorbilità dimostrassero una maggiore avversione al rischio rispetto a controlli anziani senza depressione o DOCP. L'avversione al rischio è stata indagata tramite l'Iowa Gambling Task, in cui ai partecipanti vengono presentati quattro mazzi di carte tra cui devono scegliere di pescare, alcune delle quali sono associate a ricompensa monetaria ed altre a una punizione monetaria; alcuni mazzi di carte sono più rischiosi, comportando ricompense più elevate con punizioni altrettanto elevate, altri sono più sicuri, con ricompense e punizioni inferiori. I risultati

indicarono che effettivamente i soggetti depressi con DOCP mostravano una maggiore avversione al rischio, che aumentava al progredire del compito, rispetto ai controlli. Più nello specifico, gli autori hanno verificato che era la presenza di DOCP piuttosto che la depressione a influenzare la scelta dei mazzi meno rischiosi, e quindi a rappresentare la presenza di avversione al rischio. Era quindi la gravità delle caratteristiche del DOCP, più che la presenza di depressione, a spiegare l'aumento dell'avversione.

Rachman, nel 2002, introduce una teoria cognitiva per spiegare i meccanismi alla base del controllo compulsivo, tipico del DOC e del DOCP. Le compulsioni di controllo possono essere viste come una forma di comportamento preventivo: determinate azioni sono eseguite con lo scopo di prevenire pericoli futuri, così da proteggere sé stessi e gli altri da eventuali danni. Secondo l'autore, il controllo compulsivo avviene quando i soggetti credono di essere maggiormente responsabili per quanto riguarda la prevenzione di eventuali pericoli, e temono la possibilità della presenza di una potenziale minaccia che loro sono responsabili di dover risolvere. A causa di ciò, sono portati a controllare ripetutamente che tutto sia in sicurezza. Il loro senso di responsabilità ipertrofico insieme alla probabilità e alla gravità prevista del pericolo determinano l'intensità e la durata del loro controllo.

Hertler (2014b) descrive gli individui ossessivi come estremamente orientati agli obiettivi futuri tanto che ogni azione o pensiero delle persone con DOCP è focalizzato su fini futuri a scapito dei piaceri immediati e dei desideri naturali, che vengono sacrificati. La scrupolosa dedizione verso i fini futuri dei pazienti con DOCP li portano ad essere individui avversi al rischio, propensi a proteggersi dalle perdite, bramosi di stabilità, ansiosi e paurosi. La mente ossessiva, così torturata dalle tensioni ansiose, li porta allo sviluppo di uno stile di vita conservatore, cauto e poco orientato alla ricerca di sensazioni. Se l'individuo trasgredisce questa modalità comportamentale, l'ansia, il senso di colpa e la vergogna aumenterebbero.

Hertler (2015) propone un modello secondo cui il DOCP si sarebbe evoluto come risposta adattativa alle pressioni selettive delle migrazioni settentrionali dall'Africa durante il Paleolitico superiore e il Neolitico antico. La coscienziosità compulsiva, la parzializzazione temporale di ogni attività, la parsimonia e l'accaparramento sono caratteristiche che possono essere intese come adattamenti alla stagionalità in tempi in cui la fame e l'esposizione alle intemperie erano alcune delle cause di morte più comuni. Secondo l'autore, la diligenza e la coscienziosità delle persone con DOCP riflettono quello che è il loro tentativo di controllo dell'ansia ossessiva che li caratterizza, considerata come paura orientata al futuro. I bassi livelli di ricerca di sensazioni e la scarsa apertura alle esperienze denotano la brama di sicurezza, l'avversione al rischio e l'evitamento del pericolo negli individui con DOCP.

### **2.3 Senso di incompletezza (Not Just Right Experience) nel DOCP**

Nel 1903 Janet (citato in Vulink, 2009) descrive i “sentiments d'incomplétude” (sentimenti di incompletezza) come il fulcro dei problemi nei pazienti con DOC. Secondo Janet, la manifestazione di questi sentimenti avveniva in quello che lui definì lo stato psicastenico, disturbo trasversale a tutte le forme di malattia ossessivo-compulsiva. Gli individui psicastenici sarebbero continuamente tormentati da un senso interiore di imperfezione: essi riferiscono continue autovalutazioni di inadeguatezza nelle prestazioni e nelle percezioni, insieme a una non poco chiara rappresentazione dei sentimenti di soddisfazione (Vulink, 2009).

In seguito, il sentimento di incompletezza è stata una dimensione sempre più riconosciuta da numerosi autori. Ad esempio, Rasmussen e Eisen nel 1992 (citati in Coles et al., 2003) descrivono molti dei loro pazienti con DOC come mossi da un sentimento interno che li spinge a volere sempre le cose fatte in modo perfetto, assolutamente sicuro o completamente sotto il loro controllo, e finché tale sensazione perfezionistica non è raggiunta, i pazienti si sentono afflitti da questi sentimenti di incompletezza.

Lo studio di queste sensazioni ha portato Coles et al. (2003) ad etichettarle come “Not just right experiences” (NJREs), ovvero percezioni soggettive di imperfezione, di incompletezza. Gli autori, tramite questionari sottoposti a campioni non clinici di studenti universitari, esaminarono in due studi le correlazioni tra le NJREs e le caratteristiche del DOC, dimostrando che le NJREs erano particolarmente correlate a specifiche dimensioni dei sintomi DOC, cioè il controllo e l'ordine.

Le NJREs sono state studiate attraverso tredici situazioni, sviluppate sulla base dell'esperienza clinica e col contributo di pazienti con DOC, ma cercando di non estrarle da domini tipici di preoccupazioni del DOC, per evitare una completa sovrapposizione con il contenuto dei sintomi. “Quando ho impostato la sveglia, ho avuto la sensazione che non fosse stato fatto nel modo giusto” oppure “Ho avuto la sensazione che i miei vestiti non fossero adatti al mio corpo



o che non mi stessero bene” sono due esempi delle NJREs indagate. Della situazione più frequentemente riscontrata nel soggetto sono state indagate anche la presenza nell’ultima settimana, la frequenza, l’intensità, l’impatto e l’ansia correlata.

Nel primo studio, ai soggetti sono stati somministrati test per valutare fattori relativi al comportamento OC e relativi al perfezionismo. I risultati indicarono che il 95% dei partecipanti aveva sperimentato almeno una NJRE nell’ultima settimana, e il 99% aveva sperimentato almeno una NJRE nella vita. Inoltre, la presenza di una NJRE nell’ultima settimana, la sua intensità e il suo impatto erano correlati a domini disadattativi del perfezionismo.

Per quanto riguarda i sintomi DOC, già nel primo studio emerse una maggiore correlazione tra specifici sintomi e le NJREs: i domini del controllo erano maggiormente correlati alle NJREs rispetto alla contaminazione, che dimostrò una correlazione di debole entità. Nel secondo studio questa correlazione differenziale tra le NJREs e specifiche caratteristiche DOC è risultata più chiara. Gli autori utilizzarono misure diverse per indagare le varie caratteristiche DOC, in un campione più ampio di studenti universitari: oltre al test sulle NJREs (indagate in situazioni differenti e chiedendone la presenza nel mese precedente), è stata valutata la presenza di caratteristiche DOC, di tratti depressivi, l’ansia di stato e di tratto, l’ansia sociale e il worry.

I risultati indicarono che gran parte del campione aveva sperimentato almeno una NJRE entro l’ultimo mese prima del test; inoltre, nuovamente emerse la presenza di una relazione significativa tra NJREs e specifiche caratteristiche OC. In particolare, le caratteristiche OC maggiormente correlate alle NJREs erano il controllo, l’ordinamento e il dubbio, mentre quelle con correlazione più debole erano il comportamento di pulizia, l’ossessione, l’accumulo e la neutralizzazione. Per concludere, le NJREs erano maggiormente correlate alle caratteristiche OC rispetto altri tipi di psicopatologia indagati.

Questi studi ed altri successivi (Summerfeldt et al., 2007; Ecker e Gönner, 2008) hanno contribuito alla dimostrazione che le NJREs siano maggiormente correlate a specifiche

sintomatologie OC: le compulsioni non correlate alla pulizia, come il controllo, l'accaparramento, la ricerca della simmetria e i rituali di conteggio sono quelle maggiormente riscontrate in correlazione con le NJREs da Summerfeldt et al. (2007), rispetto alle caratteristiche associate alla pulizia e alle ossessioni. Anche le sintomatologie di ricerca della simmetria, ordine e controllo risultano fortemente correlate con le NJREs secondo Ecker e Gönner (2008), mentre non sono risultate significativamente correlate le ossessioni e le compulsioni di pulizia.

Queste ricerche spinsero Ecker et al. (2013) ad indagare il contributo delle NJREs non solo nel DOC, ma anche negli individui con tratti di personalità ossessivi compulsivi (OCPT), cioè con tratti di personalità del DOCP ma al di sotto della soglia diagnostica, e nella relazione tra il DOC e questi tratti. Secondo gli autori, le NJREs possono svolgere un ruolo non solo nello sviluppo di alcune caratteristiche del DOC, ma anche nello sviluppo delle stesse caratteristiche (ordinamento, controllo, accumulo e conteggio) in soggetti con tratti di personalità OC accentuati. Effettivamente, la maggior parte delle caratteristiche DOC che sono risultate maggiormente correlate con le NJREs fanno parte anche di tratti di personalità che sono tipici delle persone con DOCP (Diedrich e Voderholzer, 2015). Gli Autori hanno quindi verificato se i sintomi DOC generalmente riscontrati in associazione con le NJREs (ordinamento, controllo, accaparramento e conteggio) mostrassero una relazione positiva con i OCPT; inoltre hanno verificato se i sintomi DOC non correlati alle NJREs (comportamenti compulsivi di lavaggio e ossessioni) non fossero associati ai OCPT. Ulteriormente, gli autori ipotizzarono che, dopo aver controllato statisticamente l'effetto della presenza di altre dimensioni (l'ansia, la depressione, il worry, e l'Harm Avoidance), la relazione positiva tra i sintomi associati alle NJREs e i OCPT sarebbe rimasta intatta, mentre sarebbe scomparsa dopo il controllo statistico delle NJREs.

I risultati confermarono le ipotesi degli Autori: effettivamente, l'ordinamento è risultato il sintomo maggiormente correlato con le NJREs negli individui con OCPT; il controllo,

l'accaparramento e il conteggio sono risultati moderatamente correlati; le compulsioni per la pulizia e le ossessioni hanno prodotto deboli correlazioni con le NJREs. Inoltre, l'ipotesi di una specifica influenza delle NJREs sul DOC in generale e sui sintomi specifici associati sia al DOC che agli individui con OCPT è stata confermata in parte. In effetti, la relazione positiva tra le dimensioni associate alle NJREs con i tratti di personalità OC, controllata per l'effetto delle dimensioni precedentemente citate, era rimasta immutata considerando ordine e controllo, debolmente ridotta considerando l'accaparramento, ma è scomparsa per il conteggio. Secondo gli Autori, l'ordine e il controllo negli individui con OCPT accentuati potrebbero essere sintomatologie che si sviluppano a partire dalle NJREs, perciò le disfunzioni comportamentali che si possono ritrovare in individui con OCPT accentuati o con DOCP potrebbero essere tentativi di evitare o ridurre le NJREs percepite.

Anche Lee e Wu (2019) hanno voluto indagare sia l'Harm Avoidance (HA) che le NJREs come motivatori dei comportamenti compulsivi, valutando la sintomatologia DOC, la sintomatologia DOCP e i sintomi presenti nel disturbo dello spettro autistico, in un campione non clinico. Secondo gli autori le azioni compulsive attuate dagli individui con sintomatologia DOC, sintomatologia DOCP o con sintomi del disturbo dello spettro autistico potrebbero essere motivate anche dalle NJREs e non solo dall'HA.

Sia l'HA che le NJREs erano correlati alle sintomatologie DOC, DOCP e del disturbo dello spettro autistico. Gli autori hanno quindi attuato delle regressioni gerarchiche che per prime tenevano conto dell'effetto dell'HA, per verificare se anche in questo caso le NJREs risultassero significativamente correlate con le sintomatologie dei tre disturbi. In questo modo, hanno verificato che per la sintomatologia del disturbo dello spettro autistico la correlazione con le NJREs non risultava più presente, mentre risultava comunque una correlazione positiva tra le NJREs e la sintomatologia DOC e DOCP. Inoltre, per la sintomatologia DOCP, le NJREs sono risultate un predittore più forte rispetto all'HA.

Secondo gli autori, questi risultati rappresenterebbero un'ulteriore prova dell'associazione tra DOCP e DOC, suggerendo che la ricerca futura dovrebbe focalizzarsi maggiormente sulle NJREs nel DOCP.

## **CAPITOLO 3**

### **SINTOMI DEPRESSIVI E DOCP**

Il costante rimuginio, la paura del fallimento e le preoccupazioni incessanti possono portare gli individui DOCP a soffrire di sintomatologia depressiva (Kantor, 2016). La visione eccessivamente autocritica degli individui DOCP li porta a considerare qualsiasi infrazione dal loro tipico comportamento impeccabile come un totale fallimento e un'insostenibile umiliazione (Kantor, 2016). Questi sentimenti provocano negli individui DOCP la crescita di un'eccessiva ostilità verso sé stessi, che aggiunta ai sensi di colpa scaturiti dal loro errore, li portano a ribollire di rabbia che, quando auto-diretta, comporta la crescita di sintomi depressivi, mentre quando la esprimono cercando di giustificare il proprio errore incolpando gli altri, comporta atteggiamenti passivi aggressivi focalizzati sul deprimere e umiliare chi gli sta intorno (Kantor, 2016).

Corruble et al. (1996) fecero una revisione sulla letteratura per verificare la stima dell'associazione tra il Disturbo Depressivo Maggiore (DDM) con tutti i disturbi della personalità. Da tale revisione, scoprirono che la stima della presenza di un disturbo di personalità in corso tra i pazienti ricoverati per DDM andava dal 20% al 50%, mentre per quanto riguarda i pazienti ambulatoriali con DDM andava 50% al 85%. Per i disturbi di personalità del cluster C l'associazione con il DDM risultò molto variabile a seconda dei vari studi analizzati, eccetto per il DOCP, che risultò presente tra lo 0 e il 20% nei pazienti con DDM. Gli autori, seppur sottolineando la non trascurabile frequenza di comorbilità tra DDM e disturbi di personalità nei vari studi allora analizzati, sostennero che la ricerca su tale associazione risultava non sufficiente.

Anche Schiavone et al. (2004) analizzarono l'associazione tra DDM e disturbi della personalità, verificando la prevalenza dei disturbi di personalità in un campione di pazienti ricoverati con diagnosi di depressione e con diagnosi di disturbo bipolare. Dal loro studio emerse che il DOCP era il terzo disturbo di personalità più diffuso, con il 14% di prevalenza, nei pazienti con diagnosi di depressione, superato dal disturbo borderline di personalità (31%) e dal disturbo dipendente di personalità (25%). Confrontando i due gruppi di pazienti, emerse che i pazienti con diagnosi di depressione avevano maggiori probabilità di avere il DOCP rispetto ai pazienti con diagnosi di disturbo bipolare.

Per cercare di capire quali possano essere nello specifico i fattori che nel DOCP portano all'emersione della sintomatologia depressiva, del rischio suicidario e dell'aggressività, Ansell et al. (2010) cercarono di analizzare se e in che modo tali sintomatologie fossero associate al fattore del perfezionismo e al fattore della rigidità presenti nel DOCP. Per farlo, utilizzarono un campione di pazienti ambulatoriali psichiatrici, dal quale furono estratti gli individui che soddisfacevano i criteri per il DOCP. Dai risultati del loro studio emerse che sia la depressione che il rischio suicidario erano significativamente correlati con il fattore del perfezionismo, mentre l'aggressività era significativamente correlata con il fattore della rigidità. Secondo gli autori, queste relazioni differenziali tra i due fattori forniscono una prova della multidimensionalità del DOCP, e quindi sottolineano l'importanza di considerare la tipologia di DOCP presente negli individui: un individuo con DOCP che presenta un alto perfezionismo può essere più a rischio di sentimenti depressivi e pensieri suicidari, mentre un individuo con DOCP che presenta un'alta rigidità può essere più a rischio di rabbia o comportamenti aggressivi.

Grant et al. (2012), sfruttando i dati della National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions avvenuta nel 2001 e 2002 (NESARC), cercarono di determinare la prevalenza e le comorbilità del DOCP nella popolazione statunitense. Tramite interviste svolte

ad un campione di 43.093 soggetti, gli autori determinarono una prevalenza del DOCP nell'arco della vita del 7,9% e una differenza tra i generi nulla. Per quanto riguarda le comorbidità, il tasso di DOCP è risultato del 23,9% nei soggetti con disturbi dell'umore in generale e del 22,5% nei soggetti con DDM.

Oltre che nella comorbidità, il DOCP sembra essere associato anche alla ricomparsa dei sintomi del DDM. Altaweel et al. (2023) hanno analizzato come i tratti dei disturbi della personalità possano rappresentare dei fattori di rischio per la ricaduta (ricomparsa dei sintomi dopo una remissione parziale) o la recidiva (ricomparsa dei sintomi depressivi dopo il completo recupero) del DDM. Attuando una meta-analisi su ventidue studi, per un totale di 12.393 partecipanti (inclusi i controlli), i disturbi di personalità maggiormente associati al rischio di ricadute o recidive nel DDM sono stati il DP Dipendente, il DP Borderline e il DOCP. Inoltre, analizzando otto studi in cui la personalità era stata indagata tramite il Five-Factor Inventory (FFM; McCrae e Costa, 2003), gli autori rivelarono un'associazione tra la scala del nevroticismo (alto nel DOCP; Samuel et al., 2012) e il rischio di ricaduta o recidiva del DDM.

# **CAPITOLO 4**

## **IL DISAGIO PSICOLOGICO DEGLI STUDENTI UNIVERSITARI**

Iniziare un percorso accademico universitario è un passo che segna inevitabilmente la vita. Per alcuni può diventare un'avventura ricca di emozioni: si conoscono persone nuove, si inizia a studiare ciò che realmente appassiona, si inizia a plasmare la propria carriera lavorativa futura. Da un altro punto di vista però, l'università può rappresentare anche un limbo nel quale molti si sentono intrappolati: si è ormai adulti, ma non lo si è abbastanza per potersi permettere un lavoro a tempo pieno e uno stipendio adeguato ad auto sostenersi; si è ancora giovani, ma allo stesso tempo non si può più vivere la stessa spensieratezza e leggerezza dei tempi della scuola superiore. Gli studenti universitari rappresentano una grande fetta di popolazione sulla quale gravano molteplici oneri e preoccupazioni, come l'eccessivo carico di studio, la pressione da parte dei parenti e la competizione tra i colleghi, i pensieri sul loro futuro e sulle possibilità lavorative, la mancanza di tempo libero e, soprattutto per gli studenti fuori sede, la lontananza dalle famiglie (Tosevski et al., 2010).

### **4.1 Perfezionismo e tratti DOCP negli studenti universitari**

Dalla meta-analisi di Curran e Hill (2017) è emerso come dal 1980 al 2016 il numero di studenti universitari che mostrano tratti perfezionistici è aumentato in modo significativo. Secondo Newman et al. (2019), il perfezionismo negli studenti aumenta a causa delle richieste che vengono poste dall'ambiente universitario, che impone agli studenti standard molto elevati per il raggiungimento degli obiettivi accademici. Elevati tratti perfezionistici negli studenti contribuiscono alla vulnerabilità verso numerosi problemi di salute mentale, come i disturbi



alimentari, l'ansia, l'autolesionismo non suicidario e la depressione (Newman et al., 2019). Secondo Chang et al. (2008), gli studenti universitari che manifestano alti tratti perfezionistici sono maggiormente propensi a manifestare sintomatologia depressiva e ansiosa, e questa maggiore propensione è anche mediata dalla solitudine percepita dagli studenti, che va ad amplificare i sintomi psicopatologici.

Hunt e Gable (2013) attuarono uno studio con l'obiettivo di analizzare i sintomi depressivi e i sintomi del DOCP in studenti della Facoltà di Farmacia. Dal campione di 166 studenti, emerse che il 52,4% manifestava sintomi depressivi, ma solo il 13,9% del campione aveva una diagnosi di depressione. Inoltre, il 30% del campione aveva indicato di soddisfare almeno quattro degli otto criteri per la diagnosi del DOCP. I due sintomi più comuni riscontrati dagli studenti sono stati: "ti preoccupi dei dettagli, delle regole, degli elenchi, dell'ordine, dell'organizzazione o dei programmi" e "il tuo perfezionismo interferisce con il completamento delle attività."

## **4.2 Sintomi psicopatologici negli studenti universitari**

Dai dati forniti dal centro di consulenza della Franciscan University di Steubenville in Ohio (<https://wellness.franciscan.edu/counseling-services/>) è emerso come il numero di richieste di consulenza e di visite dall'anno accademico 2007/2008 all'anno accademico 2012/2013 fosse aumentato drasticamente. In particolare, dai 196 individui con una diagnosi complessiva di depressione registrati nel 2007/2008 (e un totale di 1000 colloqui svolti con tali individui), si era passati a 340 individui con una diagnosi di ansia e depressione (e un totale di 2311 colloqui). Preso atto di questa tendenza, Beiter et al. (2015) hanno eseguito un'indagine sui potenziali fattori che potrebbero essere associati all'aumento della sintomatologia depressiva e ansiosa degli studenti al centro di consulenza della Franciscan University. Gli autori hanno raccolto dati su un campione di 374 studenti relativi al loro livello di depressione, ansia e stress, informazioni demografiche e sul loro percorso accademico. Dalle analisi emerse che l'11% degli intervistati

aveva riferito livelli di stress gravi o estremamente gravi, il 15% ansia grave o estremamente grave e l'11% depressione grave o estremamente grave. Riguardo allo stress, le fonti di preoccupazione per gli studenti con livelli di stress elevati erano: il rendimento scolastico, la pressione per avere successo, i piani post-laurea, le preoccupazioni finanziarie, la qualità del sonno, i rapporti con gli amici, i rapporti con la famiglia, la salute generale, l'immagine corporea e l'autostima. Inoltre, dai risultati emerse che gli studenti fuori sede mostravano punteggi di ansia, depressione e stress più alti rispetto agli altri studenti.

Anche Ibrahim et al. (2013) hanno voluto indagare la prevalenza della depressione negli studenti universitari. Attraverso una revisione della letteratura, hanno attuato una meta-analisi su ventiquattro studi tra il 1990 e il 2010, per un totale di 48.650 studenti. Dall'analisi emerse che in media quasi un terzo degli studenti totali presentava sintomi depressivi, con una variazione tra il 10% e l'84,5% a seconda degli studi analizzati. Secondo gli autori, il motivo di questa variabilità dipende sia dalle diverse metodologie di campionamento adottate nei vari studi, sia dagli strumenti di screening utilizzati, ad esempio alcuni strumenti (come il PHQ) vanno a identificare un disagio psicologico e non una depressione clinica, aumentando il tasso riscontrato del disturbo. La fluttuazione dei tassi di depressione nel periodo di tempo analizzato non ha mostrato una variazione significativa.

#### ***4.2.1 Sintomi psicopatologici negli studenti universitari in Italia***

La meta-analisi di Ibrahim et al. (2013) ha compreso studi condotti da molte parti del mondo: Stati Uniti, Canada, Europa, Asia Orientale e Medio Oriente. Ma non è necessario cambiare continente per capire quanto il problema sia reale e drammatico: 6 aprile 2023, a Chieti, uno studente di medicina ventinovenne ha deciso di togliersi la vita. Prima dell'irreparabile gesto aveva scritto su quarantadue fogli di un block notes tutta la sua sofferenza, l'ansia e la paura

del fallimento, confessando anche la verità sugli esami che non era riuscito a superare, fino al momento in cui non ha più retto tale pressione ([https://www.ansa.it/puglia/notizie/2023/04/07/universitario-suicida-in-casa-era-indietro-con-gli-esami\\_68b236a1-c802-4be6-b46d-a7b3a9cf72fa.html](https://www.ansa.it/puglia/notizie/2023/04/07/universitario-suicida-in-casa-era-indietro-con-gli-esami_68b236a1-c802-4be6-b46d-a7b3a9cf72fa.html)).

A Milano, il 1° febbraio 2023, il corpo di una studentessa diciannovenne è stato ritrovato senza vita, impiccato con una sciarpa, in un bagno dell'Università IULM. L'ipotesi del suicidio verrà confermato dal ritrovamento di un biglietto nella borsa della ragazza, sul quale la giovane aveva esplicitato le sue motivazioni riguardo al gesto estremo, ovvero il peso del fallimento della propria vita e del proprio percorso di studi ([https://www.lastampa.it/cronaca/2023/02/01/news/milano\\_ragazza\\_di\\_25\\_anni\\_trovata\\_morta\\_alluniversita-12616092/](https://www.lastampa.it/cronaca/2023/02/01/news/milano_ragazza_di_25_anni_trovata_morta_alluniversita-12616092/)).

In provincia di Napoli, una studentessa di lettere ventisettenne aveva annunciato ai parenti la data della sua laurea. Il 27 febbraio 2023 era uscita di casa, dicendo ai genitori che sarebbe andata a ritirare la sua tesi nella biblioteca dell'Università. Da quel giorno nessuno l'aveva più vista, fino al 1° marzo 2023, quando il corpo venne ritrovato in un dirupo. Dalle indagini, venne fuori che alla ragazza mancava in realtà un ultimo esame, e che l'annuncio della data di laurea non corrispondeva alla realtà ([https://www.ansa.it/sito/notizie/cronaca/2023/03/02/annuncia-laurea-ma-le-manca-un-esame-si-uccide-a-27-anni\\_e4d899f9-bd0c-4a86-834d-1165f6834b84.html](https://www.ansa.it/sito/notizie/cronaca/2023/03/02/annuncia-laurea-ma-le-manca-un-esame-si-uccide-a-27-anni_e4d899f9-bd0c-4a86-834d-1165f6834b84.html)).

Questi sono solo alcuni dei casi, avvenuti in Italia, di studenti che a causa di problemi relativi al loro percorso accademico si sono sentiti così in trappola da decidere che l'unica via possibile era di togliersi la vita. Ma il suicidio rappresenta solo la punta dell'iceberg del disagio psicologico reale: Porru et al. nel 2021 hanno intervistato 4760 studenti universitari italiani per misurare il loro disagio psicologico auto percepito, per verificare se tale disagio potesse derivare da uno squilibrio tra lo sforzo e l'impegno (carico di lavoro e di studio, pensiero costante

riguardo lo studio) eccessivi dedicati al loro percorso accademico, rispetto alle ricompense percepite (percezione di essere trattati in modo giusto ed equo, prospettive di lavoro future). Dai risultati del loro studio è emerso che il 21,3%, degli studenti ha riferito un disagio psicologico lieve, il 21,1% ha riferito un disagio psicologico moderato, e il 36,1% ha riferito un disagio psicologico grave. In totale, il 78,5% degli studenti del campione ha riferito di aver sperimentato disagio psicologico nel mese precedente all'intervista. Inoltre, gli studenti che riferivano un maggiore squilibrio tra impegno e ricompensa avevano una probabilità più alta di sperimentare disagio psicologico. Secondo gli autori, la presenza di un disagio psicologico potrebbe suggerire anche la presenza di disturbi mentali, come ansia e depressione.

Il problema del disagio psicologico degli studenti universitari non soltanto è attuale e importante, ma è anche una problematica che tocca particolarmente il nostro paese. Una maggiore conoscenza e consapevolezza collettiva sulla salute mentale degli studenti universitari potrebbe portare a promuovere piani e interventi più efficaci e maggiormente focalizzati sulle situazioni di disagio negli ambienti accademici.

# CAPITOLO 5

## LA RICERCA

### 5.1 Obiettivi ed ipotesi

Data la letteratura illustrata nei precedenti capitoli, questo lavoro di tesi ha due obiettivi:

- 1) analizzare quali possono essere i fattori, tra la Not Just Right Experience, la paura del Senso di Colpa e l'Harm Avoidance, maggiormente predittivi del numero di criteri DOCP dichiarati dagli studenti universitari;
- 2) analizzare quali possono essere i fattori, tra alcuni elementi relativi al percorso accademico, la Not Just Right Experience, la paura del Senso di Colpa e l'Harm Avoidance, maggiormente predittivi di bassi punteggi nel benessere psicologico degli studenti universitari potenzialmente affetti da DOCP (con un numero di criteri DOCP dichiarati maggiore o uguale a 4 e la presenza di tali sintomi manifestata nella prima età adulta) e degli studenti universitari che non hanno dichiarato un numero di criteri DOCP tale da essere considerati potenzialmente affetti da DOCP. Inoltre, come sotto obiettivo sono state analizzate, separatamente nei due gruppi, le relazioni significative tra il benessere psicologico e le interazioni tra la Not Just Right Experience, l'Harm Avoidance e alcuni elementi di interesse relativi al percorso accademico, per verificare se tali fattori possono influenzarsi l'uno con l'altro nella relazione con il benessere psicologico.

Le motivazioni alla base del primo obiettivo riguardano il chiarificare e l'apportare ulteriori prove alle relazioni tra i fattori sopra citati e il DOCP. L'ipotesi è che le sintomatologie che sono caratteristiche del DOCP si possano andare a strutturare negli individui proprio a causa della

presenza di alcuni sentimenti e tratti temperamentali, come il senso di incompletezza, la paura di provare senso di colpa e/o l'avversione al rischio: la rigidità, il perfezionismo e il controllo tipici del DOCP potrebbero essere delle risposte adattative che si sviluppano per contrastare tali tratti e sentimenti. Se ciò fosse vero, la presenza di questi tratti e sentimenti potrebbe essere considerata un campanello di allarme nello screening del DOCP; inoltre, il legame tra questi tratti e il DOCP potrebbe essere un indizio sullo sviluppo dei sintomi associati al DOCP.

Il secondo obiettivo pone le sue motivazioni nell'approfondire i fattori che negli studenti universitari possano comportare malessere psicologico. L'ipotesi è che bassi punteggi in benessere psicologico possano essere predetti da alcuni fattori nei soggetti potenzialmente DOCP, mentre potrebbero essere predetti da fattori differenti negli studenti che non ne sono potenzialmente affetti. La presenza di un potenziale DOCP negli studenti universitari potrebbe far emergere delle relazioni tra i fattori in analisi, la loro interazione e il benessere psicologico, differenti da quelle in studenti non potenzialmente affetti da DOCP, in quanto la presenza di sintomi del DOCP potrebbe andare ad influenzare la vulnerabilità psicologica degli studenti verso determinati elementi. Verificare quali sono i fattori che nei due gruppi di studenti comportano malessere psicologico potrebbe suggerire l'attuazione di differenti tecniche di counseling psicologico rivolte agli studenti, così da agire sui fattori che maggiormente sono in relazione con il loro stato di malessere.

## 5.2 Campione

Un campione di 204 partecipanti (152 donne, 49 uomini, 2 soggetti non-binary e un soggetto di genere non specificato) ha completato un questionario online di autovalutazione dalla durata di circa 20 minuti. Il reclutamento del campione è avvenuto attraverso social media, e il sondaggio è stato proposto a 1.001 individui.

Sono stati esclusi due partecipanti per errori od omissione nella compilazione del questionario ed un partecipante in quanto non più studente universitario. Pertanto, il campione definitivo è risultato composto da 201 partecipanti (149 donne, 49 uomini, 2 soggetti non-binary e un soggetto di genere non specificato).

Nel momento della compilazione, i partecipanti avevano un'età compresa tra 19 e 48 anni, con un'età media di 24.9 (SD = 3.9) anni. Per quanto riguarda lo stato civile, 120 partecipanti si sono dichiarati celesi/nubili, 76 si sono dichiarati in una relazione sentimentale, 4 partecipanti erano sposati e uno conviveva con il partner.

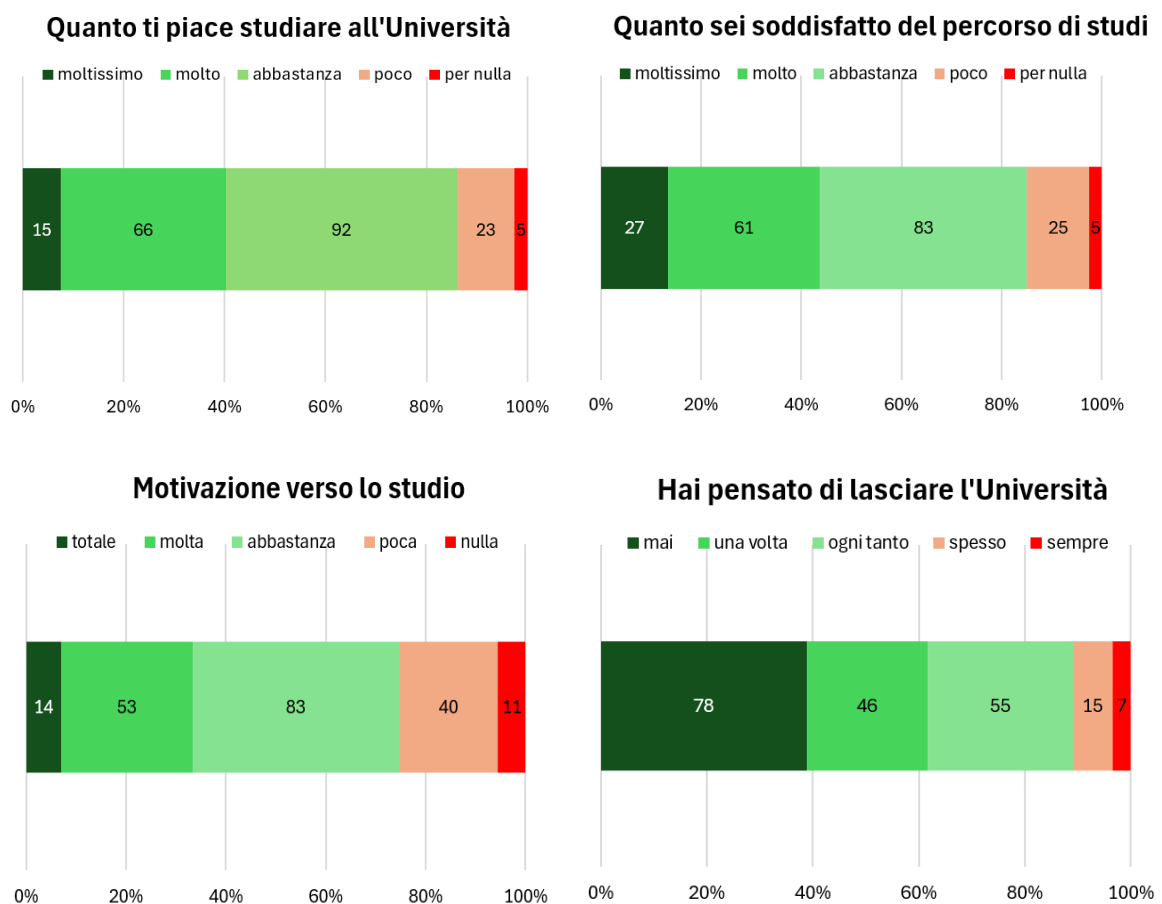
Ai partecipanti sono state fatte domande relative al loro percorso di studi. Riguardo al tipo di corso, 130 partecipanti (64.67%) svolgevano un corso di laurea magistrale, 64 (31.84%) un corso di laurea triennale, 7 (3.48%) un corso di laurea a ciclo unico. Per quanto riguarda la classe di laurea, 147 partecipanti (73.13%) frequentavano un corso di studi nell'ambito umanistico-sociale, 37 partecipanti (18.4%) nell'ambito scientifico-tecnologico, e 17 partecipanti (8.45%) nell'ambito medico-sanitario. La classe di laurea maggiormente frequentata (46 partecipanti, 22.88%) è risultata la LM-51 (corso di laurea magistrale in Psicologia), seguita da LM-77 (corso di laurea magistrale in Scienze Economiche e Aziendali; N= 20, 9.95%) e L-18 (corso di laurea triennale in Scienze dell'Economia e della Gestione Aziendale; N= 17, 8.45%).

La maggior parte dei partecipanti era iscritta in corso (N=145, 76.61%), 41 (20.39%) si sono dichiarati iscritti fuori corso, e i restanti 6 partecipanti (2.98%) hanno preferito non rispondere.

L'iscrizione full-time è risultata la più frequente (N=176, 87.56%), mentre 23 partecipanti (11.44%) sono risultati iscritti in modalità part-time per motivi lavorativi. Due partecipanti hanno dichiarato di frequentare l'università telematica.

Ai partecipanti sono state fatte delle domande relative all'esperienza universitaria: quanto piacesse studiare all'Università (da 1=per nulla a 5=moltissimo), quanto fossero soddisfatti del percorso di studi (da 1=per nulla a 5=moltissimo), quanto fosse forte la motivazione allo studio (da 1=per nulla a 5=moltissimo) e se avessero pensato di abbandonare l'Università (da 1=sempre a 5=mai). Le percentuali di risposta hanno evidenziato un'esperienza prevalentemente positiva (Fig. 1a-1d).

**Fig.1. Percentuali e numerosità delle risposte a domande riferite a piacevolezza dello studiare all'Università (1a), soddisfazione per il percorso di studi (1b), motivazione verso lo studio (1c), ideazione di abbandono (1d).**





I quattro punteggi sono risultati tutti significativamente e da discretamente a fortemente correlati (Tab.1). Pertanto, sono stati sommati creando una variabile che rappresenta il livello di gradevolezza percepita verso l'università e lo studio in generale, il cui continuum va da un minimo di 4 (corrispondente alla gradevolezza nulla) a un massimo di 20 (massima gradevolezza).

*Tabella 1. Correlazioni tra le quattro scale relative all'esperienza universitaria*

	Soddisfazione	Motivazione	Abbandono
Piacevolezza	0.600**	0.711**	0.453**
Soddisfazione		0.704**	0.514**
Motivazione			0.531**

\*\* $p < 0.001$ ; correzione di Holm

Confrontando questo punteggio di gradevolezza totale tra gli iscritti in corso (N=154) e fuori corso (N=41), i primi hanno mostrato un punteggio significativamente e fortemente maggiore ( $14.23 \pm 3.06$  versus  $11.41 \pm 3.11$ ;  $t_{62.11} = -5.17, p < 0.01$ ;  $d = 0.918$ ).

Ai partecipanti era stata inoltre chiesta la media dei voti degli esami svolti, risultata pari 27.18: solo 194 soggetti hanno riferito questo dato, in quanto alcuni hanno preferito non specificarlo, mentre altri non avevano ancora svolto esami universitari. La media è risultata positivamente e debolmente, ma significativamente, correlata alla scala di gradevolezza ( $r = 0.351, 95\%CI[0.221:0.469]$ ;  $t_{192} = 5.197, p < 0.001$ ).

### 5.3 Strumenti

Nel questionario online, oltre alla raccolta delle informazioni socio-anagrafiche (sesso, età, stato civile) e informazioni relative al percorso universitario (corso di studi, tipologia di iscrizione, numero di esami svolti, media dei voti, informazioni sulla gradevolezza verso il percorso universitario) erano presenti cinque test: un test per la valutazione della presenza dei

criteri diagnostici del DOCP (APA, 2022), il “Not Just Right Experiences-Questionnaire-Revised” nella versione italiana (NJRE-QR; Ghisi et al., 2010), la “Fear of Guilt Scale” nella versione italiana (FOGS; Cosentino et al., 2020), il “Temperament and Character Inventory-Revised” nella versione italiana (TCI-R; Fossati et al., 2007), l’ “Oxford Happiness Questionnaire” (OHQ; Hills e Argyle, 2002), in tale ordine.

- ***Sintomatologia del DOCP***

Per valutare la sintomatologia del DOCP è stato creato un questionario self-report composto da item adattati dai criteri diagnostici del DOCP stabiliti dal DSM-V-TR (Tabella 2; APA, 2022). Per ogni affermazione relativa ai sintomi, ai partecipanti è stato chiesto di valutare se si sentivano rappresentati da tale affermazione tramite una serie di risposte dicotomiche (“Sì” o “No”) ed è stato assegnato un punto per ogni risposta affermativa. Ai partecipanti è stato inoltre chiesto se tali sintomi avessero avuto inizio nella prima età adulta, come stabilito dal DSM-V-TR (APA, 2022). A livello clinico, un punteggio superiore o uguale a quattro criteri con esordio nella prima età adulta potrebbe indicare la presenza del DOCP.

**Tabella 2. Criteri diagnostici del DSM-V-TR e relativi item del questionario**

<b>Criteri diagnostici del DSM-V-TR</b>	<b>Item del test adattati dai criteri diagnostici del DSM-V-TR</b>
1. Preoccupazione per dettagli, regole, programmi, organizzazione ed elenchi	1. Tendo a preoccuparmi per dettagli, regole, programmi, organizzazione ed elenchi.
2. Sforzo di fare qualcosa di perfetto che interferisce con il completamento del compito	2. Tendo a sforzarmi di fare qualcosa di perfetto, anche se ciò interferisce con il completamento del compito.
3. Eccessiva devozione verso il lavoro e la produttività (non a causa di necessità finanziarie), con conseguente abbandono delle attività per il tempo libero e per gli amici	3. Ho un'eccessiva devozione verso il lavoro e la produttività (non a causa di necessità finanziarie), con conseguente abbandono delle attività per il tempo libero e per gli amici.
4. Eccessiva coscienziosità, meticolosità e inflessibilità per quanto riguarda le questioni ed i valori etici e morali	4. Ho un'eccessiva coscienziosità, meticolosità e inflessibilità per quanto riguarda le questioni ed i valori etici e morali.
5. Mancanza di volontà di buttare oggetti usurati o senza valore, anche quelli che non hanno valore sentimentale	5. Ho mancanza di volontà nel buttare oggetti usurati o senza valore, anche quelli che non hanno valore sentimentale.
6. Riluttanza a delegare o a lavorare con altre persone a meno che queste persone non decidano di fare le cose esattamente come i pazienti vogliono	6. Tendo ad essere riluttante a delegare o a lavorare con altre persone a meno che queste persone non decidano di fare le cose esattamente come voglio.
7. Un approccio avaro nello spendere per sé stessi e per gli altri perché vedono il denaro come qualcosa da conservare per futuri disastri	7. Ho un approccio molto parsimonioso nello spendere per me stesso/a e per gli altri perché vedo il denaro come qualcosa da conservare per futuri imprevisti.
8. Rigidità e testardaggine	8. Mi definisco una persona rigida e testarda.
9. I sintomi devono avere inizio nella prima età adulta.	9. Questi tratti hanno avuto inizio nella prima età adulta.

- ***Not Just Right Experiences-Questionnaire-Revised***

Il Not Just Right Experiences-Questionnaire-Revised nella versione italiana (NJRE-QR; Ghisi et al., 2010) è un questionario self-report composto da 19 item. I primi 10 item presentano degli esempi di NJREs (ad esempio: “Dopo essermi vestito ho avuto la sensazione che parti dei miei indumenti [etichette, colletti, gambe dei pantaloni, maniche di camicia, ecc.] non calzassero nel modo giusto”, “Riponendo un libro sullo scaffale, ho avuto la sensazione che non fosse al posto giusto con gli altri libri”, “Chiudendo a chiave la porta di casa, ho avuto la sensazione che lo scatto della serratura non fosse corretto come al solito”) e ai partecipanti viene chiesto di indicare se nell'ultimo mese gli è capitata o meno l'esperienza appena descritta, tramite risposta dicotomica (“Sì” o “No”). È stato assegnato un punto per ogni risposta affermativa e la somma dei punteggi dei primi dieci item fornisce la scala Frequenza NJRE. L'item 11 chiede ai partecipanti qual è la NJRE che si è verificata più recentemente tra quelle elencate nei primi 10

item, e l'item 12 chiede ai partecipanti quanto tempo prima tale NJRE si era verificata l'ultima volta (dalle ultime ore fino al mese precedente). Gli item dal 13 al 19 chiedono ai partecipanti di indicare la frequenza, l'intensità, il disagio immediato, il disagio ritardato, la ruminazione, l'urgenza di rispondere e il senso di responsabilità associati alla NJRE più recente su una scala tipo-Likert da 1 (assenza) a 7 (estremo). La somma di questi ultimi sette item fornisce la scala Gravità NJRE.

- ***Fear of Guilt Scale***

La Fear of Guilt Scale nella versione italiana (FOGS; Cosentino et al., 2020) è uno strumento che si compone di 17 item con lo scopo di valutare il costrutto della paura del senso di colpa. Il test analizza due dimensioni: gli item da 1 a 7 valutano la dimensione della Prevenzione del danno, ovvero la convinzione che si possa e si debba essere in grado di prevenire la colpa (ad esempio: “Quando faccio qualcosa per cui mi sento in colpa, mi arrabbio molto con me stesso per non aver agito meglio”, “Quando ho fatto qualcosa per cui mi sento in colpa vuol dire che non sono stato fedele alla persona che vorrei tanto essere”); gli item da 8 a 17 valutano la dimensione della Punizione, ovvero la spinta a punirsi o espiare la propria colpa e l'incapacità di perdonare se stessi (ad esempio: “Non ho il diritto di rilassarmi o di divertirmi se ho fatto qualcosa per cui mi sento in colpa”, “Non riesco a perdonarmi se provo anche il minimo danno o offesa a qualcuno, anche se gli altri mi perdonano”). Per ogni item la modalità di risposta consiste in una scala tipo-Likert da 1 (completamente in disaccordo) a 7 (completamente d'accordo).

- ***Temperament and Character Inventory-Revised***

Il Temperament and Character Inventory-Revised nella versione italiana (TCI-R; Fossati et al., 2007) è un questionario self-report composto da un totale di 240 item progettato per valutare

quattro dimensioni del temperamento (Ricerca della Novità [NS], Evitamento del Pericolo [HA], Dipendenza dalla Ricompensa [RD], e Persistenza [PS]) e tre dimensioni del carattere (Autodirezionalità [SD], Cooperatività [C] e Autotrascendenza [ST]). Tra queste, la dimensione che è stata utilizzata nel questionario per questa ricerca è stata la dimensione dell'Evitamento del Pericolo (Harm Avoidance; HA). L'Evitamento del Pericolo è una scala composta da 33 item che a sua volta si divide in quattro sottoscale, ovvero: ansia anticipatoria e pessimismo vs. ottimismo disinibito (HA1, 11 items; esempio "Di solito ho fiducia che tutto andrà per il meglio, anche in situazioni che preoccupano gran parte della gente"); paura dell'incertezza (HA2, 7 items; esempio "Spesso mi sento teso e preoccupato nelle situazioni insolite, anche quando gli altri pensano che non ci sia da preoccuparsi"); timidezza, insicurezza per cose sconosciute (HA3, 7 items; esempio "Spesso evito di incontrare estranei perché sono a disagio con le persone che non conosco"); affaticabilità e mancanza di energie (HA4, 8 items; esempio "Ho meno energia e mi stanco più in fretta della maggior parte della gente"). Alcuni item sono invertiti. Per ogni item la modalità di risposta è una scala tipo-Likert che va da 1 (assolutamente falso) a 5 (assolutamente vero).

- ***Oxford Happiness Questionnaire***

L'Oxford Happiness Questionnaire (OHQ; Hills e Argyle, 2002) è un questionario self-report composto da 29 item che è stato derivato dall'Oxford Happiness Inventory (OHI). L'OHI è stato concepito come un'ampia misura della felicità personale e segue il design e il formato del Beck Depression Inventory (BDI). Per poter ottimizzare il questionario anche a popolazioni non cliniche, è stato creato l'OHQ che riformula la modalità di risposta degli item, rendendola una scala tipo-Likert da 1 (strongly disagree) a 6 (strongly agree). Inoltre, inverte circa la metà degli item.

Per questo progetto di tesi, è stato necessario tradurre il questionario OHQ dalla sua versione originale inglese, alla versione presentata ai partecipanti in italiano (Tabella 3). Lo scoring dei punteggi del questionario nella sua versione italiana è rimasto uguale all'originale, e la modalità di risposta è stata anch'essa tradotta in una scala tipo-Likert da 1 (fortemente in disaccordo) a 6 (pienamente d'accordo).

**Tabella 3. Item OHQ originali in inglese e relativi item OHQ tradotti in italiano**

<b>OHQ originale</b>	<b>OHQ traduzione italiana</b>
1. I don't feel particularly pleased with the way I am. (R)	1. Non mi sento particolarmente soddisfatto di come sono. (R)
2. I am intensely interested in other people.	2. Sono intensamente interessato alle altre persone.
3. I feel that life is very rewarding.	3. Sento che la vita è molto gratificante.
4. I have very warm feelings towards almost everyone.	4. Provo sentimenti molto calorosi verso quasi tutti.
5. I rarely wake up feeling rested. (R)	5. Raramente mi sveglio riposato. (R)
6. I am not particularly optimistic about the future. (R)	6. Non sono particolarmente ottimista riguardo al futuro. (R)
7. I find most things amusing.	7. Trovo la maggior parte delle cose divertenti.
8. I am always committed and involved.	8. Sono sempre impegnato e coinvolto.
9. Life is good.	9. La vita è bella.
10. I do not think that the world is a good place. (R)	10. Non penso che il mondo sia un bel posto. (R)
11. I laugh a lot	11. Rido molto.
12. I am well satisfied about everything in my life.	12. Sono molto soddisfatto di tutto nella mia vita.
13. I don't think I look attractive. (R)	13. Non penso di sembrare attraente. (R)
14. There is a gap between what I would like to do and what I have done. (R)	14. C'è un divario tra quello che vorrei fare e quello che ho fatto. (R)
15. I am very happy.	15. Sono molto felice
16. I find beauty in some things.	16. Trovo la bellezza in alcune cose.
17. I always have a cheerful effect on others.	17. Ho sempre l'effetto di rallegrare gli altri.
18. I can fit in (find time for) everything I want to.	18. Posso fare (trovare il tempo per) tutto ciò che voglio.
19. I feel that I am not especially in control of my life. (R)	19. Sento di non avere particolare controllo della mia vita. (R)
20. I feel able to take anything on.	20. Mi sento in grado di affrontare qualsiasi cosa.
21. I feel fully mentally alert.	21. Mi sento del tutto mentalmente sveglio.
22. I often experience joy and elation.	22. Provo spesso gioia ed euforia.
23. I don't find it easy to make decisions. (R)	23. Non trovo facile prendere decisioni. (R)
24. I don't have a particular sense of meaning and purpose in my life. (R)	24. Non percepisco un particolare significato e scopo nella mia vita. (R)
25. I feel I have a great deal of energy.	25. Sento di avere una grande quantità di energia.
26. I usually have a good influence on events.	26. Di solito ho una buona influenza sugli eventi.
27. I don't have fun with other people. (R)	27. Non mi diverto con le altre persone. (R)
28. I don't feel particularly healthy. (R)	28. Non mi sento particolarmente in salute. (R)
29. I don't have particularly happy memories of the past. (R)	29. Non ho ricordi particolarmente felici del passato. (R)

## 5.4 Procedura

Le domande relative alle informazioni socio anagrafiche, al percorso universitario e gli item dei test elencati nel paragrafo precedente sono stati raggruppati in un unico questionario self-report tramite Microsoft Forms, componente di Office che permette di creare test, sondaggi e questionari (<https://support.microsoft.com/it-it/topic/cos-%C3%A8-microsoft-forms-6b391205-523c-45d2-b53a-fc10b22017c8>). La raccolta dati è avvenuta nel periodo tra settembre 2023 e gennaio 2024 tramite la condivisione del questionario online su Social Network (Facebook e Whatsapp). Gli unici requisiti per la partecipazione allo studio erano che i partecipanti fossero, nel momento della compilazione, maggiorenni e studenti universitari. Tutti i partecipanti sono stati informati in modo completo sugli obiettivi della ricerca ed è stato ottenuto il consenso formale prima di iniziare la raccolta dei dati. La partecipazione al sondaggio è stata volontaria e non è stata data alcuna ricompensa in denaro. I partecipanti potevano ritirarsi in qualsiasi momento. Una volta informati sugli obiettivi della ricerca, sulle misure del consenso informato alla partecipazione al progetto e sull'informativa per il trattamento dei dati, ai partecipanti è stata data l'istruzione di compilare una serie di batterie di questionari. Il tempo dedicato alla compilazione del questionario è stato, in media, di 19.5 minuti.

In totale, i soggetti che hanno aperto il questionario sono stati 236. Di questi, quattro soggetti non hanno dato il loro consenso alla partecipazione allo studio, tre soggetti non hanno acconsentito al trattamento dei dati, e 25 soggetti non sono rientrati nei requisiti per la partecipazione allo studio in quanto non erano studenti universitari. In totale, 32 soggetti hanno aperto il questionario ma non lo hanno compilato. I soggetti che hanno quindi aperto e compilato il questionario sono stati 204. Di questi 204, tre soggetti sono stati esclusi dall'analisi.

Una volta chiusa la possibilità di compilare il questionario, sono stati estratti i dati ricavati tramite Microsoft Excel. Direttamente su Microsoft Excel è avvenuta la pulizia dei dati e lo scoring dei punteggi dei questionari.

Per quanto riguarda la valutazione della presenza dei criteri diagnostici del DOCP, è stata creata una variabile continua effettuando la somma delle risposte affermativo relative ai primi otto item del test; in seguito, i soggetti sono stati divisi in due gruppi: un gruppo con un punteggio  $<$  a quattro criteri (“no DOCP”) e l’altro gruppo con un punteggio  $\geq$  a quattro criteri e con l’esordio dei sintomi nella prima età adulta (“con possibile DOCP”).

## 5.5 Analisi

Sono state utilizzate statistiche descrittive rispetto al numero di criteri DOCP (primo obiettivo), al benessere (secondo obiettivo), alla frequenza e alla gravità delle NJREs, alle scale FOGS e alle sottoscale HA nel campione, in funzione del genere, dell’età, del tipo di iscrizione, della media dei voti e della gradevolezza generale verso lo studio e l’università dei partecipanti. Per verificare l’esistenza di differenze associate al genere e al tipo di iscrizione è stato usato il t-test di Student per campioni indipendenti (dopo aver verificato i prerequisiti di normalità e omoschedasticità sui residui), associato al coefficiente  $d$  di Cohen come indice di intensità dell’effetto. È stato usato il coefficiente di correlazione  $r$  di Pearson per descrivere l’entità delle relazioni tra le variabili continue; la significatività delle correlazioni multiple è stata corretta con il metodo di Holm.

Per verificare il primo obiettivo, sono state svolte delle correlazioni (coefficiente  $r$  di Pearson, correzione della significatività per correlazioni multiple secondo il metodo di Holm) tra le variabili ipotizzate come predittive del numero di criteri DOCP dichiarati dai partecipanti. È stata svolta una regressione per passi con inserimento backward così da individuare il modello con il miglior fit (AIC più basso). È stata svolta l’analisi dei prerequisiti del modello lineare



multiplo ricavato (normalità, indipendenza e omoschedasticità della distribuzione dei residui, presenza di casi influenti).

Per verificare il secondo obiettivo della ricerca, sono state analizzate le distribuzioni dei punteggi del benessere psicologico e separatamente nei partecipanti con quattro o più criteri DOCP (potenzialmente affetti da DOCP) e con meno di quattro criteri DOCP. È stato utilizzato il *t*-test per gruppi indipendenti, associato al coefficiente di effect size *d* di Cohen, per stimare la significatività della differenza in NJRE, FOGS, HA e benessere psicologico tra i due gruppi così costituiti, tra i generi e rispetto al tipo di iscrizione, come nel primo obiettivo. Separatamente nei due gruppi è stata analizzata l'eventuale correlazione tra il benessere psicologico e l'età (coefficiente *r* di Pearson), e le correlazioni tra frequenza e gravità delle NJREs, scale FOGS, sottoscale HA, gradevolezza dell'esperienza universitaria, media dei voti e benessere psicologico (significatività corretta secondo il metodo di Holm).

Separatamente nei due gruppi, sono state svolte regressioni per passi con inserimento backward aventi il benessere psicologico come *Y* e tutte le dimensioni (tranne l'età) precedentemente descritte come *X*-predittori; nel modello sono state inserite anche le interazioni tra i predittori emerse come rilevanti da una precedente valutazione descrittiva.

La soglia di significatività considerata per tutte le analisi è  $\alpha \leq .05$ .

Le analisi sono state svolte attraverso il software R (versione 4.0.3) e i seguenti pacchetti: car (versione 3.1-0), RcmdrMisc (versione 2.7-2), Rcmdr (versione 2.8-0), lmtest (versione 0.9-40), lm.beta (versione 1.6-2), lawstat (versione 3.6), effsize (versione 0.8.1), plyr (versione 1.8.7), interactions (versione 1.1.5).

## 5.6 Risultati

### 5.6.1 Primo obiettivo

#### Criteri DOCP

Circa il 65% dei partecipanti (N=130) ha ottenuto un punteggio superiore o uguale a quattro punti nel questionario sulla valutazione della presenza dei criteri diagnostici del DOCP. Il 33% dei partecipanti (N=66) ha sia ottenuto un punteggio  $\geq$  a 4 punti e ha dichiarato che l'insorgenza dei sintomi indicati è avvenuta nella prima età adulta. A livello clinico, tali condizioni rendono questi soggetti potenzialmente affetti da DOCP.

Nella Tabella 4 sono elencati i criteri DOCP dichiarati dai partecipanti, in ordine di frequenza.

*Tabella 4. Sintomi DOCP dichiarati dal campione*

Sintomi DOCP dal più dichiarato al meno dichiarato		% (N)
1	Tendo a preoccuparmi per dettagli, regole, programmi, organizzazione ed elenchi.	67.6 (N=136)
2	Ho un'eccessiva coscienziosità, meticolosità e inflessibilità per quanto riguarda le questioni ed i valori etici e morali.	63.7 (N=128)
3	Tendo a sforzarmi di fare qualcosa di perfetto, anche se ciò interferisce con il completamento del compito.	55.7 (N=112)
4	Ho un approccio molto parsimonioso nello spendere per me stesso/a e per gli altri perché vedo il denaro come qualcosa da conservare per futuri imprevisti.	55.2 (N=111)
5	Mi definisco una persona rigida e testarda.	52.7 (N=106)
6	Tendo ad essere riluttante a delegare o a lavorare con altre persone a meno che queste persone non decidano di fare le cose esattamente come voglio.	52.2 (N=105)
7	Ho un'eccessiva devozione verso il lavoro e la produttività (non a causa di necessità finanziarie), con conseguente abbandono delle attività per il tempo libero e per gli amici.	44.7 (N=90)
8	Ho mancanza di volontà nel buttare oggetti usurati o senza valore, anche quelli che non hanno valore sentimentale.	37.3 (N=75)

La distribuzione del numero di criteri DOCP dichiarati va da 0 (N=7) a 8 (N=14), con una mediana pari a 4 e una media uguale a  $4.3 \pm 2.05$ .

Sono stati esclusi dalle analisi in funzione del genere i partecipanti (N=3) che hanno dichiarato un'identità di genere non binaria, in quanto troppo poco numerosi per un confronto, e il partecipante che non aveva dichiarato il suo genere.

La media del numero di sintomi DOCP dichiarati è risultata  $4.46 \pm 2.04$  per le donne e  $3.75 \pm 2.05$  per gli uomini: la differenza è risultata significativa, ma di debole entità ( $t_{81.5} = 2.09, p = 0.039; d = 0.346$ ).

Partecipanti in corso e fuori corso non differiscono per numero di sintomi DOCP (rispettivamente  $4.25 \pm 2.08$  versus  $4.36 \pm 2.05$ ;  $t_{63.79} = 0.329, p = 0.743, d = 0.057$ ).

I sintomi DOCP dichiarati non hanno una correlazione lineare con l'età ( $r_{192} = 0.081, p = 1.0$ ) né con la gradevolezza attribuita all'esperienza universitaria ( $r_{192} = 0.069, p = 1.0$ ), e mostrano una correlazione positiva molto debole, anche se significativa, con la media dei voti ( $r_{192} = 0.232, p = .006$ ).

### Not Just Right Experience

L'88.5% dei partecipanti (N=178 soggetti) ha dichiarato di aver sperimentato almeno una delle dieci NJREs proposte dal questionario. Nella Tabella 5 sono elencate le NJREs dichiarate dai partecipanti, in ordine di frequenza.

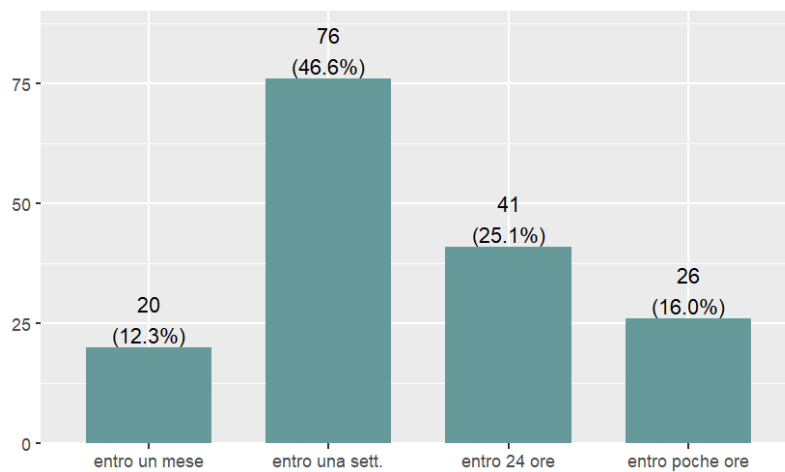
*Tabella 5. Classifica delle NJREs maggiormente dichiarate dal campione*

	<b>NJREs dalla più dichiarata alla meno dichiarata</b>	<b>% (N)</b>
1	Mentre parlavo con qualcuno, ho avuto la sensazione che le mie parole non suonassero bene.	70.6 (N=142)
2	Prendendo nota di qualcosa, ho avuto la sensazione che le mie parole non apparissero come avrei voluto.	54.2 (N=109)
3	Ordinando la mia scrivania, ho avuto la sensazione che fogli, quaderni e altre cose non fossero sistemati nella maniera giusta.	48.7 (N=98)
4	Dopo essermi vestito ho avuto la sensazione che parti dei miei indumenti (etichette, colletti, gambe dei pantaloni, maniche di camicia, ecc.) non calzassero nel modo giusto.	47.7 (N=96)
5	Piegando i miei vestiti, ho avuto la sensazione che non avessero l'aspetto dei vestiti piegati a dovere.	47.2 (N=95)
6	Appendendo un quadro alla parete ho avuto la sensazione che non fosse appeso nel modo giusto.	40.8 (N=82)
7	Dopo essermi lavato le mani, ho avuto la sensazione di non sentirmele pulite nel modo in cui le mani dovrebbero sentirsi una volta lavate.	37.3 (N=75)
8	Riponendo un libro sullo scaffale, ho avuto la sensazione che non fosse al posto giusto con gli altri libri.	36.8 (N=74)
9	Chiudendo a chiave la porta di casa, ho avuto la sensazione che lo scatto della serratura non fosse corretto come al solito.	30.8 (N=62)
10	Mentre imbucavo una lettera, ho avuto la sensazione che ci fosse qualcosa di sbagliato nel modo in cui mettevo la busta nella cassetta delle lettere.	9.9 (N=20)

Il numero di NJREs sperimentate variava da nessuna (N=21) a tutte e dieci (N=9), con una mediana = 4 e una media uguale a  $4.24 \pm 2.8$ .

Ai partecipanti era stato chiesto di concentrarsi sull'ultima NJRE provata e di esplicitarla. Sui 178 partecipanti che avevano sperimentato almeno una delle dieci NJREs proposte, 168 partecipanti hanno potuto identificarla; il 46.7% di loro l'aveva sperimentata nella settimana precedente la rilevazione. Nella Figura 2 sono rappresentati il numero di partecipanti rispetto al periodo di tempo in cui hanno sperimentato l'ultima NJRE.

**Figura 2. Riferimento temporale dell'ultima NJRE sperimentata**



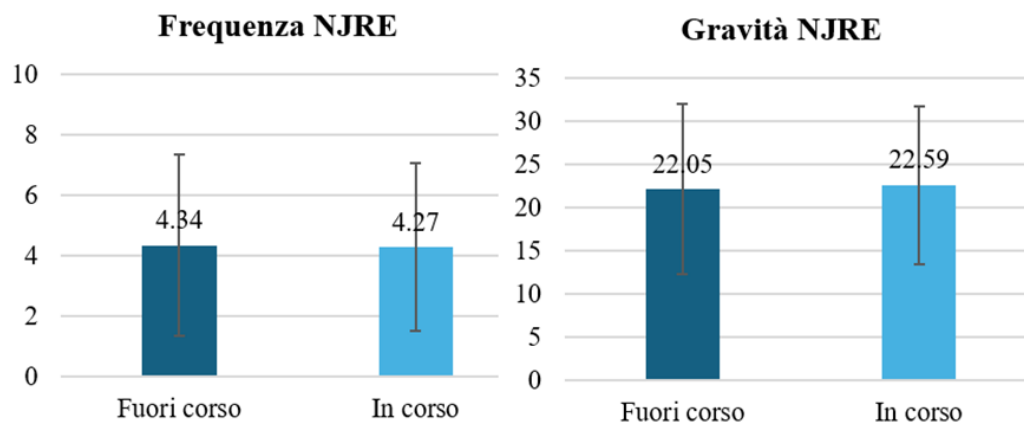
Rispetto all'ultima NJRE provata, ai partecipanti sono state fatte una serie di domande per quantificare la gravità dell'esperienza. I punteggi a queste domande (frequenza, l'intensità, il disagio durante e successivo all'esperienza, la difficoltà nell'allontanare il disagio, la spinta a fare qualcosa riguardo alla sensazione e il senso di responsabilità riguardo tale spinta) sono stati sommati per ottenere la scala Gravità NJRE, con un range teorico variabile da 7 (ottenuto da 14 partecipanti) a 44 punti (N=2). La mediana della distribuzione era pari a 22, la media era uguale a  $22.53 \pm 9.35$

La media del numero di NJREs dichiarate è risultata  $4.23 \pm 2.85$  per le donne e  $4.20 \pm 2.68$  per gli uomini; la differenza non era, naturalmente, significativa ( $t_{86,54} = 0.07, p = 0.945, d =$

0.011). Anche la gravità delle NJREs è risultata molto simile tra i generi (donne  $22.5 \pm 9.56$ , uomini  $21.79 \pm 8.31$ ;  $t_{93,19} = 0.497, p = 0.621, d = 0.076$ ).

Nessuna differenza significativa è emersa tra gli studenti in corso e fuori corso (Figura 3), né per frequenza ( $t_{59,65} = 0.145, p = 0.884, d = 0.026$ ) né per Gravità NJRE ( $t_{59,69} = -0.319, p = 0.751, d = -0.058$ ).

**Figura 1. Punteggi in Frequenza e Gravità NJRE tra i partecipanti in corso e fuori corso**



Frequenza e Gravità NJRE non sono risultate correlate con l'età, la media dei voti e la percezione di gradevolezza dell'esperienza universitaria (Tab. 6); quest'ultima correlazione, pur significativa, è di entità del tutto trascurabile.

**Tabella 6. Correlazioni tra l'età, la media dei voti e la gradevolezza verso l'università, rispetto alle due scale NJRE**

	Età	Media voti	Gradevolezza
Frequenza NJRE	-0.9	0.01	-0.14
Gravità NJRE	0.006	0.03	-0.20*

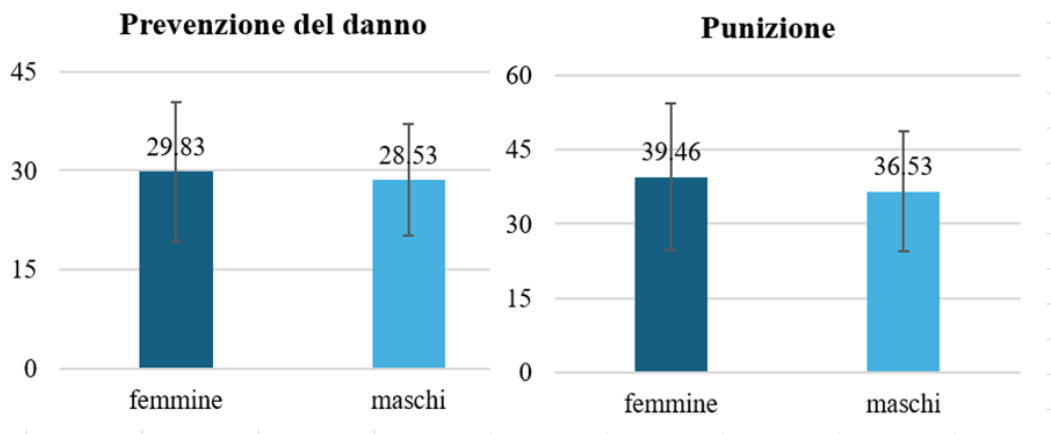
*p-value < 0.05; correzione di Holm*

### **Fear of Guilty Scale**

Per quanto riguarda la scala della Prevenzione del danno della FOGS, il range teorico variava da 7 (ottenuto da 4 partecipanti) a 49 punti (N=3); la media della distribuzione era pari a  $29.53 \pm 10.09$  e la mediana = 31. Per la scala della Punizione della FOGS, il range teorico variava

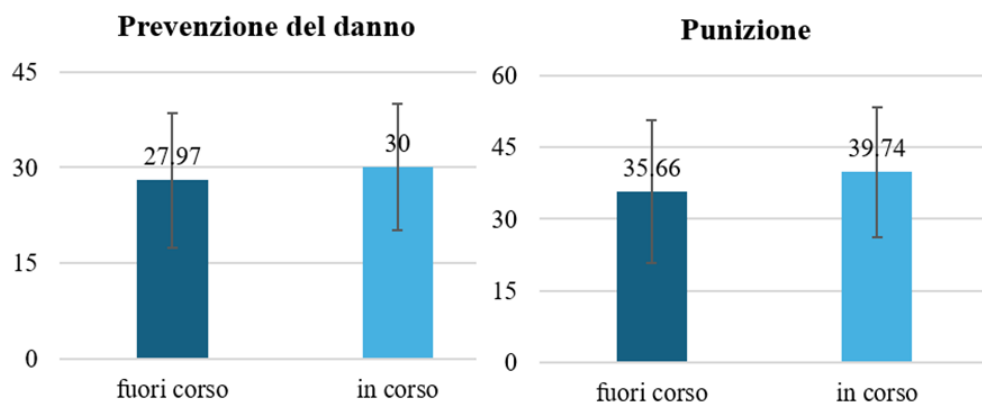
da 10 (ottenuto da 3 partecipanti) a 70 punti (N=2); la media della distribuzione era pari a  $38.71 \pm 14.12$  e la mediana = 39. Nessuna delle due scale (Figura 4) ha mostrato differenze significative per genere (Prevenzione del danno:  $t_{101.93} = 0.873, p = 0.385, d = 0.128$ ; Punizione:  $t_{98.89} = 1.392, p = 0.167, d = 0.207$ )

**Figura 2. Differenze nei punteggi delle scale FOGS rispetto al genere**



L'essere in corso o fuori corso non ha mostrato alcun effetto (Figura 5), né per la Prevenzione del danno ( $t_{60.04} = -1.107, p = 0.273, d = -0.202$ ) né per la Punizione ( $t_{58.97} = -1.576, p = 0.121, d = -0.292$ ).

**Figura 3. Differenze nei punteggi delle scale FOGS rispetto al tipo di iscrizione**



Nessuna correlazione è emersa tra le scale FOGS e l'età, la media dei voti e la gradevolezza dell'esperienza universitaria (Tabella 7).

*Tabella 7. Correlazioni tra scale FOGS ed età, media dei voti e gradevolezza*

	Età	Media voti	Gradevolezza
<b>Prevenzione del danno</b>	-0.008	0.161	0.013
<b>Punizione</b>	0.001	0.144	0.009

## Harm Avoidance – HA

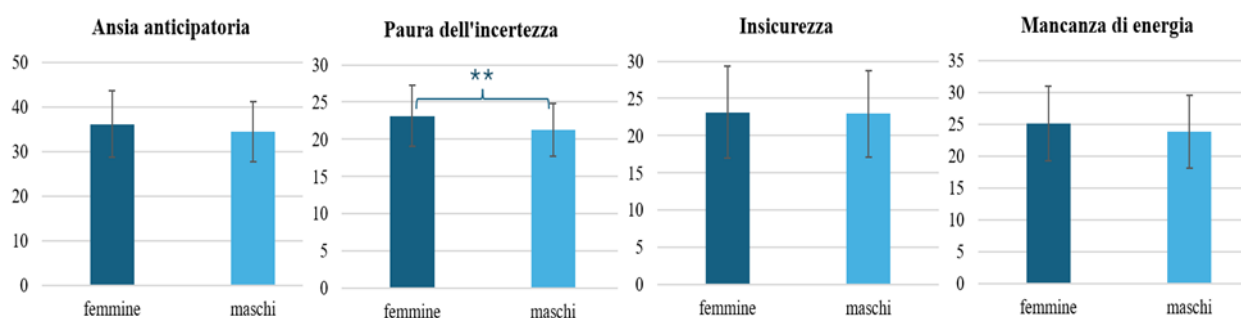
Le statistiche descrittive delle quattro sottoscale relative all'Harm Avoidance sono presentate nella Tabella 8.

*Tabella 8. Statistiche descrittive delle quattro sottoscale dell'HA*

Sottoscala	Range ottenuto	Media (sd)	Mediana
<b>HA<sub>1</sub> Ansia anticipatoria</b> (da 11 a 55)	17 — 53	35.8 (7.34)	35
<b>HA<sub>2</sub> Paura dell'incertezza</b> (da 7 a 35)	10 — 33	22.61 (4.03)	22
<b>HA<sub>3</sub> Insicurezza</b> (da 7 a 35)	9 — 35	23.03 (6.18)	22
<b>HA<sub>4</sub> Mancanza di energia</b> (da 8 a 40)	10 — 40	24.77 (5.81)	24

Si è rilevata una sola differenza significativa tra i generi, per quanto di debole entità: nella scala HA<sub>2</sub> – Paura dell'incertezza le donne hanno ottenuto un punteggio leggermente più alto rispetto agli uomini ( $23.12 \pm 4.08$  versus  $21.31 \pm 3.56$ ;  $t_{92.99} = 1.87, p = 0.004, d = 0.458$ ). Non sono emerse differenze significative (Figura 6) per HA<sub>1</sub>- Ansia anticipatoria ( $t_{90.66} = 1.46, p = 0.149, d = 0.226$ ), HA<sub>3</sub> – Insicurezza ( $t_{85.99} = 0.214, p = 0.831, d = 0.034$ ), HA<sub>4</sub> – Mancanza di energia ( $t_{82.88} = 1.33, p = 0.186, d = 0.218$ ).

**Figura 6. Differenze nei punteggi delle sottoscale HA rispetto al genere**



Per tutte le scale HA, le differenze tra le medie dei partecipanti in corso e fuori corso non sono significative (Tabella 9).

**Tabella 9. Medie (deviazione standard) delle sottoscale HA per tipo di iscrizione**

	HA <sub>1</sub> - Ansia anticipatoria	HA <sub>2</sub> - Paura dell'incertezza	HA <sub>3</sub> - Insicurezza	HA <sub>4</sub> - Mancanza di energie
<b>In corso</b>	35.60 (7.40)	22.54 (4.14)	22.82 (6.12)	24.69 (5.81)
<b>Fuori corso</b>	36.63 (7.45)	22.71 (3.74)	23.63 (6.67)	25.36 (6.07)
<b>Diff.</b>	$t_{62.6} = 0.79, p = 0.433$ $d = 0.139$	$t_{68.4} = -1.174, p = 0.803$ $d = 0.041$	$t_{59.1} = -1.491, p = 0.482$ $d = 0.130$	$t_{60.9} = -1.443, p = 0.528$ $d = 0.114$

La media dei voti non ha mostrato alcuna relazione con le scale HA (Tabella 10). L'età mostra correlazioni negative, significative (probabilmente a motivo della grande numerosità campionaria), ma di entità trascurabile, con Ansia anticipatoria, Insicurezza e Mancanza di energia. Una minore gradevolezza attribuita all'esperienza universitaria è debolmente ma significativamente associata a maggiore Ansia anticipatoria e Insicurezza, mentre è trascurabile la sua relazione con la Mancanza di energie.

**Tabella 10. Correlazioni tra le sottoscale HA e l'età, la media dei voti e la gradevolezza dell'esperienza universitaria**

	Età	Media dei voti	Gradevolezza
<b>Ansia anticipatoria</b>	-0.225*	0.007	-0.298*
<b>Paura dell'incertezza</b>	-0.115	0.061	-0.125
<b>Insicurezza</b>	-0.223*	-0.057	-0.302**
<b>Mancanza di energie</b>	-0.214*	0.048	-0.216*

*p*-value corretti secondo il metodo di Holm = \*  $p < .05$



### **Relazioni tra il numero di criteri DOCP, le scale NJRE, le scale FOGS e le scale HA**

Sono state svolte delle correlazioni (significatività corretta secondo il metodo di Holm), su una matrice composta dalle variabili ipotizzate come predittori del numero di criteri DOCP (Tabella 11). Tutte le relazioni sono risultate positive e significative, ma, a parte le correlazioni intrascala, perlopiù di entità debole o trascurabile, con l'eccezione delle relazioni tra i punteggi delle due scale della FOGS con i punteggi della scala Gravità NJRE, di entità moderata.

**Tabella 11. Correlazioni tra le scale NJRE, le scale FOGS e le scale HA**

	<b>Gravità NJRE</b>	<b>Prevenzione FOGS</b>	<b>Punizione FOGS</b>	<b>HA<sub>1</sub> Ansia anticipatoria</b>	<b>HA<sub>2</sub> Paura dell'incertezza</b>	<b>HA<sub>3</sub> Insicurezza</b>	<b>HA<sub>4</sub> Mancanza di energie</b>
<b>Frequenza NJRE</b>	0.403*	0.199*	0.207*	0.260*	0.198*	0.245*	0.300*
<b>Gravità NJRE</b>		0.494*	0.472*	0.329*	0.291*	0.317*	0.273*
<b>Prevenzione FOGS</b>			0.834*	0.321*	0.373*	0.238*	0.256*
<b>Punizione FOGS</b>				0.251*	0.340*	0.185*	0.241*
<b>HA<sub>1</sub> Ansia anticipatoria</b>					0.604*	0.613*	0.593*
<b>HA<sub>1</sub> Ansia anticipatoria</b>						0.449*	0.510*
<b>HA<sub>3</sub> Insicurezza</b>							0.487*

*Tutte le correlazioni sono significative per  $p < 0.05$ ; correzione di Holm*

È stata svolta una regressione per passi, con inserimento *backward*, per individuare la migliore combinazione di predittori (NJRE, FOGS, HA) rispetto al numero di sintomi DOCP.

A fine procedura, il modello che più si avvicina al modello generatore dei dati è risultato essere quello che lega il numero di sintomi DOCP in funzione della scala Frequenza NJRE, della scala Mancanza di energie dell'HA e della scala Prevenzione del danno della FOGS. Nel complesso, il modello è significativo e i tre predittori spiegano il 13.8% della variabilità del numero di criteri DOCP; in popolazione, la stima della varianza spiegata si abbassa di poco ( $F_{[3;197]} =$

10.54,  $p < 0.001$ ;  $R^2 = 0.138$ ,  $R_{adj}^2 = 0.125$ ). Non sono emersi influential cases nel modello, e i requisiti previsti dai test di specificazione sono tutti rispettati.

Il numero di NJREs dichiarate, indipendentemente dagli altri fattori, ha una relazione positiva con il numero di criteri DOCP, per cui ad ogni NJRE in più dichiarata, il numero di criteri DOCP aumenta di 0.15 ( $b_1=0.151$ , 95% CI [0.050, 0.252];  $t_{197} = 2.92$ ,  $p = .003$ ). Il numero di criteri DOCP aumenta di 0.06 per un punto in più nella scala HA4- Mancanza di energia ( $b_1 = 0.058$ , 95% CI [0.008, 0.107];  $t_{197} = 2.33$ ,  $p = .021$ ) e di 0.03 per un punto in più nella scala Prevenzione del danno ( $b_1 = 0.031$ , 95% CI [0.003, 0.058];  $t_{197} = 2.22$ ,  $p = .027$ ).

Confrontando i coefficienti standardizzati, emerge che l'effetto del numero di NJREs dichiarate è il più forte ( $\beta_1 = 0.205$ , 6% di variabilità spiegata), seguito dall'effetto dei punteggi della scala Mancanza di energie ( $\beta_2 = 0.165$ , 4.3% di variabilità spiegata) e per ultimo si trova l'effetto dei punteggi della scala Prevenzione del danno ( $\beta_3 = 0.153$ , 3.6% di variabilità spiegata).

### **5.6.2 Secondo obiettivo**

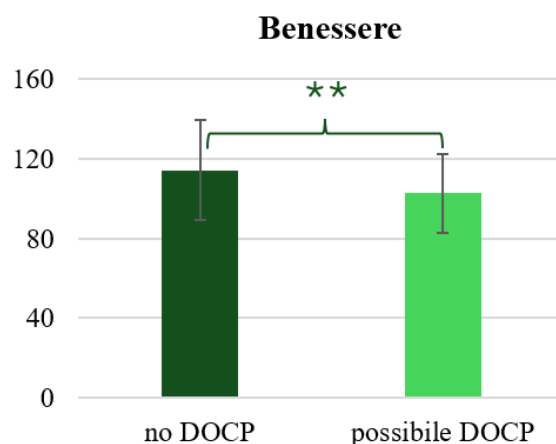
#### **Benessere psicologico degli studenti universitari**

Considerando il campione complessivo (N=201), la distribuzione dei punteggi nella scala OHQ va da 48 (N=1) a un massimo di 170 (N=1), in un range teorico da 29 a 174, con una media pari a  $107.7 \pm 22.31$  e una mediana = 107.

La suddivisione in base al numero di criteri di un potenziale DOCP ha portato ad un gruppo con meno di quattro criteri di DOCP ("no DOCP",  $N = 71$ , 69.1% donne) numericamente di poco superiore al gruppo di partecipanti con un potenziale DOCP ("possibile DOCP",  $N = 66$ , 78.8% donne).

I partecipanti con possibile DOCP hanno presentato un benessere significativamente inferiore ( $102.53 \pm 19.7$  versus  $114.15 \pm 25.2$ ), con una differenza di discreta entità (Figura 7;  $t_{131} = -3.02$ ,  $p = 0.003$ ;  $d = 0.512$ ).

**Figura 7. Differenze nei punteggi della scala OHQ tra i partecipanti possibili DOCP e i partecipanti senza DOCP**



Gli studenti con possibile DOCP hanno mostrato (Tabella 12) NJREs più frequenti e di maggiore gravità, punteggi maggiori in Prevenzione del danno e Punizione, in ansia anticipatoria, paura dell'incertezza, insicurezza e mancanza di energia: tutte le differenze sono significative e di entità almeno moderata, con una particolare rilevanza per la gravità delle NJREs, l'ansia anticipatoria e la mancanza di energia.

**Tabella 12. Medie (deviazione standard) dei partecipanti no DOCP e possibili DOCP**

	Frekuensi NJRE	Gravità NJRE	Prevenzione - FOGS	Punizione - FOGS
<b>No DOCP</b>	3.29 (2.6)	18.49 (8.8)	26.07 (10.2)	34.94 (13.9)
<b>Possibili DOCP</b>	4.92 (2.9)	26.21 (9.7)	31.72 (10.1)	42.46 (14.7)
<b>Differenza</b>	$t_{130.6} = -3.40, p < 0.001; d = 0.58$	$t_{131.3} = -4.86, p < 0.001; d = 0.83$	$t_{134.6} = -3.27, p = 0.001; d = 0.56$	$t_{132.9} = -3.06, p = 0.002; d = 0.52$

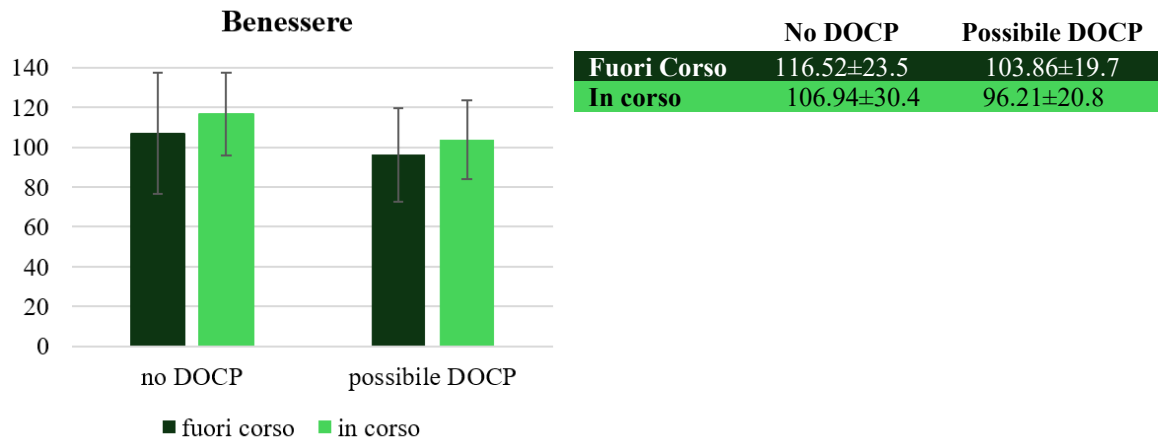
  

	HA <sub>1</sub> Ansia anticipatoria	HA <sub>2</sub> Paura dell'incertezza	HA <sub>3</sub> Insicurezza	HA <sub>1</sub> Mancanza di energie
<b>No DOCP</b>	33.07 (6.9)	21.35 (3.5)	20.88 (5.6)	22.46 (5.1)
<b>Possibili DOCP</b>	38.03 (6.9)	23.48 (3.8)	24.25 (6.1)	26.07 (5.8)
<b>Differenza</b>	$t_{134.4} = -4.16, p < 0.001; d = 0.71$	$t_{131.1} = -3.39, p < 0.001; d = 0.58$	$t_{131.5} = -3.36, p < 0.001; d = 0.57$	$t_{129.3} = -3.89, p < 0.001; d = 0.67$

Mentre nel gruppo senza DOCP le donne ( $119.22 \pm 25.4$  versus  $102.86 \pm 21.1$ ) hanno mostrato punteggi di benessere significativamente maggiori ( $t_{48.43} = 2.83, p = 0.006; d = 0.677$ ), la differenza tra i generi ( $103.06 \pm 20.4$  versus  $100.2 \pm 16.1$ ) si annulla nel gruppo di studenti con possibile DOCP ( $t_{17.49} = 0.511, p = 0.616; d = 0.145$ ).

Non sono emerse differenze nel benessere a seconda del tipo di iscrizione (Figura 9), né tra i partecipanti senza DOCP (76.1% in corso:  $t_{20,61} = -1.164, p = 0.258; d = -0.38$ ), né con possibile DOCP (74.2% in corso  $t_{20,14} = -1.228, p = 0.234; d = -0.384$ ).

*Figura 9. Differenze tra i punteggi in benessere psicologico tra i partecipanti in corso e fuori corso, sia possibili DOCP che non DOCP*



La correlazione tra età e benessere è trascurabile nel gruppo non DOCP ( $r = .142, p = 0.238$ ), mentre è rilevabile una correlazione positiva, ma solo debole, nel gruppo con possibile DOCP ( $r = .301, p = 0.015$ ).

In entrambi i gruppi sono trascurabili le correlazioni tra benessere e media di profitto (non DOCP:  $r = .235, p = 0.056$ ; possibili DOCP:  $r = .139, p = 0.273$ ), mentre sono significative e di discreta entità le correlazioni positive tra benessere e gradevolezza dell'esperienza universitaria (DOCP:  $r = .582, p < 0.001$ ; possibile DOCP:  $r = .531, p < 0.001$ ).

Nei due gruppi sono state eseguite correlazioni (soglia di significatività corretta secondo il metodo di Holm) tra il benessere e i suoi ipotizzati predittori, nonché tra i predittori stessi (Tabelle 13a e 13b).

Nel gruppo senza DOCP, un maggior benessere era associato a minor ansia anticipatoria HA<sub>1</sub>, insicurezza HA<sub>3</sub> e mancanza di energia HA<sub>4</sub>, oltre che a minor gravità delle NJREs; non era, invece, correlato alla frequenza delle NJREs, a Prevenzione del danno e Punizione, Paura

dell'incertezza HA<sub>2</sub>. Le relazioni negative tra benessere, ansia anticipatoria HA<sub>1</sub> e insicurezza HA<sub>3</sub>, anche se meno intense, si ritrovano anche nel gruppo con possibile DOCP; la relazione tra benessere e mancanza di energia HA<sub>4</sub> è appena debole, mentre tutte le altre sono decisamente trascurabili. Nel complesso, le relazioni tra i predittori, di segno positivo, sono simili nei due gruppi; tuttavia, si sono rilevate meno correlazioni per la scala Frequenza NJRE nel gruppo con possibile DOCP e per la scala Punizione per il gruppo senza DOCP.

**Tabella 13a. Gruppo no DOCP: correlazioni tra benessere, NJRE, HA, FOGS**

	Gravità NJRE	Prevenzione FOGS	Punizione FOGS	HA <sub>1</sub>	HA <sub>2</sub>	HA <sub>3</sub>	HA <sub>4</sub>	Benessere
Frequenza NJRE	<b>.473*</b>	.142	.087	.279	.215	.343	<b>.411*</b>	-.347
Gravità NJRE		<b>.395*</b>	<b>.389*</b>	<b>.381*</b>	.243	<b>.393*</b>	<b>.402*</b>	<b>-.429*</b>
		Prevenzione FOGS	<b>.812*</b>	.267	.265	.155	.031	-.100
			Punizione FOGS	.079	.164	-.025	-.047	-.018
				HA <sub>1</sub>	<b>.507*</b>	<b>.630*</b>	<b>.575*</b>	<b>-.706*</b>
					HA <sub>2</sub>	<b>.447*</b>	<b>.449*</b>	-.239
						HA <sub>3</sub>	<b>.600*</b>	<b>-.622*</b>
							HA <sub>4</sub>	<b>-.642*</b>

\* *p* value significativo per *p* < 0.05

**Tabella 13b. Gruppo con possibile DOCP: correlazioni tra benessere, NJRE, HA, FOGS**

	Gravità NJRE	Prevenzione FOGS	Punizione FOGS	HA <sub>1</sub>	HA <sub>2</sub>	HA <sub>3</sub>	HA <sub>4</sub>	Benessere
Frequenza NJRE	<b>.415*</b>	.137	.236	.254	.259	.144	.157	-.215
Gravità NJRE		<b>.546*</b>	<b>.493*</b>	.168	.316	.189	.118	-.077
		Prevenzione FOGS	<b>.908*</b>	.209	.332	.150	.306	.049
			Punizione FOGS	.228	.368	.170	.277	.028
				HA <sub>1</sub>	<b>.564*</b>	<b>.627*</b>	<b>.608*</b>	<b>-.579*</b>
					HA <sub>1</sub>	.336	<b>.510*</b>	-.193
						HA <sub>3</sub>	<b>.410*</b>	<b>-.530*</b>
							HA <sub>4</sub>	-.304

\* *p* value significativo per *p* < 0.05

- **Partecipanti con meno di quattro criteri DOCP**

È stata condotta una regressione lineare per passi, con inserimento *backward* in un modello con il benessere psicologico come  $Y$  e le scale NJRE, le scale della Paura del senso di colpa, l'Harm Avoidance, la gradevolezza verso l'università e la media dei voti come  $X$ -predittori.

A fine procedura, il modello che più si avvicina al modello generatore dei dati è risultato essere quello che lega il benessere psicologico dei partecipanti non DOCP in funzione della scala Ansia anticipatoria dell'HA, Paura dell'incertezza dell'HA, Insicurezza dell'HA, Mancanza di energie dell'HA, e la gradevolezza verso l'università ( $AIC = 366.04$ ). Esaminando tale modello, sembra che il benessere psicologico dei partecipanti non DOCP è predetto dall'Ansia anticipatoria dell'HA, dalla Paura dell'incertezza dell'HA, dalla Mancanza di energie dell'HA e dalla gradevolezza verso l'università.

Nel complesso, il modello è significativo e i quattro predittori spiegano il 70.2% della variabilità del benessere psicologico; in popolazione, la stima della varianza spiegata si abbassa di poco ( $F_{[4;63]} = 37.16, p < 0.001; R^2 = 0.702, R^2_{adj} = 0.683$ ). Non sono emersi influential cases nel modello, e i requisiti previsti dai test di specificazione sono tutti rispettati.

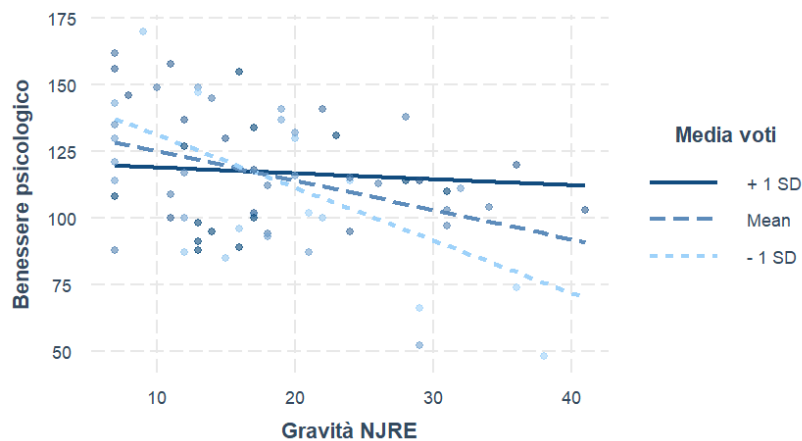
La sottoscala HA1- Ansia anticipatoria, indipendentemente dagli altri fattori, ha una relazione negativa con il benessere psicologico, per cui ad ogni punto in più della sottoscala Ansia anticipatoria, il benessere psicologico diminuisce di 1.99 ( $b_1 = -1.989, 95\% CI [-2.634, -1.344]; t_{63} = -6.16, p < .001$ ). Per la sottoscala HA2- Paura dell'incertezza, per ogni punto in più il benessere psicologico aumenta di 1.62 ( $b_1 = 1.621, 95\% CI [0.439, 2.802]; t_{63} = 2.742, p = .008$ ). Per la sottoscala HA4- Mancanza di energie, per ogni punto in più il benessere psicologico diminuisce di -1.43 ( $b_1 = -1.437, 95\% CI [-2.364, -0.511]; t_{63} = -3.1, p = .002$ ). Infine, per la gradevolezza verso lo studio e l'università, per ogni punto in più il benessere psicologico aumenta di 2.4 ( $b_1 = 2.405, 95\% CI [1.211, 3.598]; t_{63} = 4.03, p < .001$ )

Confrontando i coefficienti standardizzati, emerge che l'effetto dell'Ansia anticipatoria è il più forte ( $\beta_1 = -0.554$ , 39% di variabilità spiegata), seguito dall'effetto della gradevolezza, ( $\beta_2 = 0.312$ , 18.1% di variabilità spiegata), seguito dall'effetto della Mancanza di energie ( $\beta_3 = -0.284$ , 18.2% di variabilità spiegata), e per ultimo si trova l'effetto della Paura dell'incertezza ( $\beta_3 = 0.225$ , 5% di variabilità spiegata).

L'analisi è proseguita con la verifica delle relazioni tra il benessere psicologico (Y) e le possibili interazioni tra le scale delle NJREs, dell'HA e delle dimensioni relative al percorso universitario.

Dalle analisi (Figura 10) è emerso che l'interazione tra la media dei voti e la gravità delle NJREs ha una relazione significativa con il benessere psicologico ( $b_1 = 0.423$ ;  $t_{64} = 2.787$ ,  $p = .007$ ): per i partecipanti con una media dei voti più alta, la gravità delle NJREs non influenza il benessere psicologico, mentre per i partecipanti con una media dei voti più bassa a una maggior gravità delle NJREs corrisponde un minor benessere psicologico.

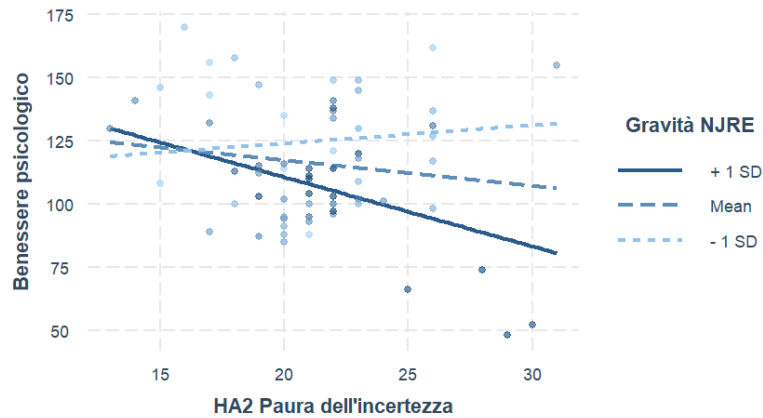
**Figura 10. Relazione tra il benessere psicologico degli studenti no DOCP e l'interazione tra la scala Gravità NJRE e la media dei voti**



Inoltre, l'interazione tra la Paura dell'incertezza e la gravità delle NJREs ha una relazione significativa con il benessere psicologico, esercitando su tali punteggi un'interazione antagonista ( $b_1 = -0.197$ ;  $t_{64} = -2.372$ ,  $p = .020$ ): per i partecipanti con maggiore gravità delle NJREs, a una maggiore paura dell'incertezza corrisponde un minor benessere psicologico ,

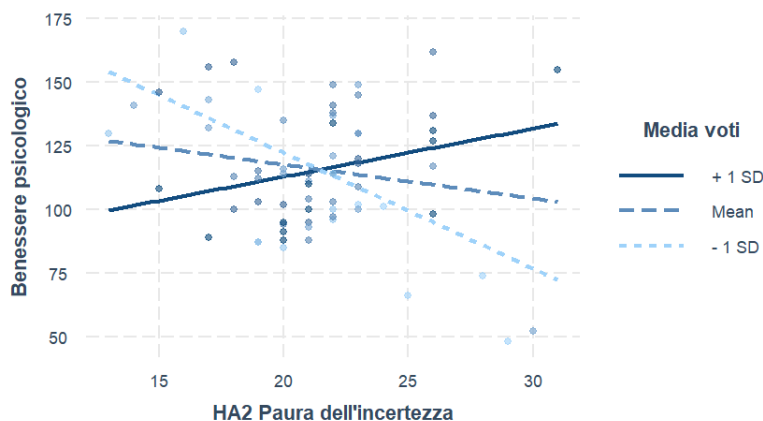
mentre per i partecipanti con minore gravità delle NJREs una maggiore paura dell'incertezza predice un maggior benessere psicologico (Figura 11).

**Figura 11. Relazione tra il benessere psicologico degli studenti no DOCP e l'interazione tra la Paura dell'incertezza dell'HA e la scala Gravità NJRE**



Inoltre, è emersa una relazione antagonista significativa ( $b_1 = 1.544$ ;  $t_{64} = 4.338, p < .001$ ) tra l'interazione Paura dell'incertezza  $\times$  media dei voti con il benessere psicologico (Figura 12): per gli studenti con una media dei voti più alta, la relazione tra la Paura dell'incertezza e il benessere psicologico è positiva, mentre per gli studenti con una media dei voti più bassa, la relazione tra la Paura dell'incertezza e il benessere psicologico è negativa.

**Figura 12. Relazione tra il benessere psicologico degli studenti no DOCP e l'interazione tra la Paura dell'incertezza dell'HA e la media dei voti**





- **Partecipanti con possibile DOCP**

Come per i no DOCP, anche per i partecipanti con possibile DOCP è stata condotta una regressione lineare per passi, con inserimento *backward*, in un modello con il benessere psicologico come  $Y$  e le scale NJRE, le scale della Paura del senso di colpa, l'Harm Avoidance, la gradevolezza verso l'università e la media dei voti come  $X$ -predittori.

A fine procedura, il modello che più si avvicina al modello generatore dei dati è risultato essere quello che lega il benessere psicologico dei partecipanti possibili DOCP in funzione della scala Prevenzione del danno della FOGS, dell'Ansia anticipatoria dell'HA, dell'Insicurezza dell'HA e della gradevolezza verso l'università ( $AIC = 329.32$ ). Esaminando tale modello, sembra che il benessere psicologico dei partecipanti potenzialmente affetti da DOCP sia predetto dall'Ansia anticipatoria dell'HA, dall'Insicurezza dell'HA e dalla gradevolezza verso l'università.

Nel complesso, il modello è significativo e i tre predittori spiegano il 53.4% della variabilità del benessere psicologico; in popolazione, la stima della varianza spiegata si abbassa di poco ( $F_{[3;59]} = 22.57, p < .001; R^2 = 0.534, R^2_{adj} = 0.510$ ). Non sono emersi influential cases nel modello, e i requisiti previsti dai test di specificazione sono tutti rispettati.

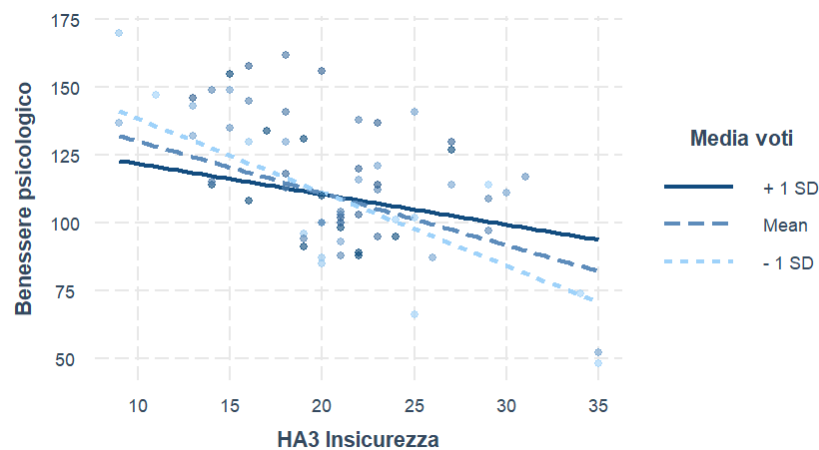
La sottoscala HA1- Ansia anticipatoria, indipendentemente dagli altri fattori, ha una relazione negativa con il benessere psicologico, per cui ad ogni punto in più della sottoscala Ansia anticipatoria il benessere psicologico diminuisce di -0.92 ( $b_1 = -0.92, 95\% CI [-1.551, -0.288]; t_{59} = -2.91, p = .004$ ). Per ogni punto in più alla sottoscala HA3- Insicurezza il benessere psicologico diminuisce di -0.73 punti ( $b_1 = -0.738, 95\% CI [-1.452, -0.024]; t_{59} = -2.07, p = .043$ ). Infine, per ogni punto in più di gradevolezza verso lo studio e l'università il benessere psicologico aumenta di 2.4 ( $b_1 = 2.437, 95\% CI [1.327, 3.547]; t_{59} = 4.39, p < .001$ ).

Confrontando i coefficienti standardizzati, emerge che l'effetto della gradevolezza è il più forte ( $\beta_1 = 0.403$ , 21.4% di variabilità spiegata), seguito dall'effetto dell'Ansia anticipatoria ( $\beta_2 = -0.336$ , 19.5% di variabilità spiegata) e dall'Insicurezza ( $\beta_3 = -0.236$ , 12.5% di variabilità spiegata).

Anche in questo caso, l'analisi è proseguita con la verifica delle relazioni tra il benessere psicologico e le possibili interazioni tra le scale delle NJREs, dell'HA e delle dimensioni relative al percorso universitario.

Solo l'interazione tra la media dei voti universitari e HA3 - Insicurezza ha una relazione significativa nel predire i punteggi in benessere psicologico ( $b_1=0.381$ ;  $t_{59} = 2.109, p = .039$ ). Sia per i partecipanti con la media dei voti più alta, sia per i partecipanti con la media dei voti più bassa, la (Figura 13) relazione tra l'Insicurezza e il benessere psicologico è negativa (chi ha una maggiore insicurezza tende ad avere un benessere psicologico minore), tuttavia l'effetto dell'Insicurezza è maggiore per i partecipanti con una media dei voti più bassa.

**Figura 13. Relazione tra il benessere psicologico degli studenti possibili DOCP e l'interazione tra la media dei voti e la scala Insicurezza dell'HA**



## **6 Discussione**

### ***Primo obiettivo***

In questa ricerca, gli studenti che hanno ottenuto un numero di criteri maggiore o uguale a quattro sono risultati 130, pari al 65% del campione. Tale risultato è nettamente superiore a quello ottenuto nello studio di Hunt e Gable (2013), in cui gli studenti con un numero di criteri DOCP maggiore o uguale a quattro rappresentavano il 30% del campione, ma, considerato che nel loro studio Hunt e Gable hanno somministrato il questionario solo a studenti della Facoltà di Farmacia, potrebbero esserci altre variabili che influenzano la diversità tra i risultati. Rispetto ai sintomi maggiormente dichiarati invece, “Tendo a preoccuparmi per dettagli, regole, programmi, organizzazione ed elenchi” è risultato il criterio più dichiarato sia in questa ricerca che nello studio di Hunt e Gable.

Il 33% del campione ha soddisfatto quattro o più criteri DOCP e in più ha manifestato questi sintomi dalla prima età adulta: secondo la meta-analisi di Clemente et al. (2022), la prevalenza globale del DOCP risulta essere del 6.5%, mentre la prevalenza del DOCP negli studenti universitari è risultata del 17.4%. Considerato che in questa ricerca è stata solamente analizzata la presenza dei criteri del DOCP e l'età del loro esordio tramite questionario self report, e non i sottostanti tratti della personalità tramite interviste strutturate, la percentuale molto elevata riscontrata probabilmente riflette semplicemente la presenza di sintomatologie DOCP che non per forza sfociano nella diagnosi; tuttavia, la presenza della sintomatologia potrebbe comunque costituire un campanello d'allarme sulla predisposizione al rischio di sviluppare il disturbo.

L'88.5% dei partecipanti ha riferito di aver sperimentato almeno una delle NJREs proposte dal questionario. Questo dato è leggermente superiore a quello riscontrato nello studio di Ghisi et al. (2010) nel quale i partecipanti che hanno riferito di aver sperimentato almeno una NJRE tra quelle proposte erano l'83%. Sempre in linea con lo studio di Ghisi et al. (2010), la maggior parte dei partecipanti ha riferito il periodo temporale dell'ultima NJRE nella settimana

precedente al questionario, così come è coerente con i risultati precedenti che le NJREs più provate siano state “Mentre parlavo con qualcuno, ho avuto la sensazione che le mie parole non suonassero bene” e “Prendendo nota di qualcosa, ho avuto la sensazione che le mie parole non apparissero come avrei voluto.”

Rispetto al genere, l’analisi ha fatto emergere una differenza significativa, anche se di debole entità, tra i due generi rispetto al numero medio di criteri DOCP dichiarati, per cui le donne tendono a dichiararne un numero maggiore. In letteratura, gli studi sulla differenziazione rispetto al genere nel DOCP risultano incoerenti: ad esempio secondo Grant et al (2012), il tasso di prevalenza del DOCP tra uomini e donne risulta il medesimo, mentre secondo Coid et al. (2006) gli uomini hanno una maggiore probabilità di essere affetti da DOCP.

Dall’analisi è emerso, inoltre, che le donne tendono ad avere punteggi in media maggiori rispetto alla Paura dell’incertezza dell’HA, anche se l’entità della relazione è risultata debole; inoltre, non sono state riscontrate differenze in base al genere rispetto alle altre sottoscale dell’HA. Questo dato è in opposizione alla meta-analisi condotta da Miettunen et al. (2007) nella quale è emerso che l’HA era più alto nelle donne in quasi tutti i 32 studi analizzati. La differenza tra i generi nell’HA è un concetto ben consolidato, in quanto riscontrato in culture differenti, ed è coerente con la maggior propensione delle donne verso disturbi di ansia e depressione (Miettunen et al., 2007). Comunque, è importante sottolineare che, a causa della sproporzione tra uomini e donne nel campione di questa ricerca, le differenze tra i generi emerse non costituiscono dei risultati generalizzabili nella popolazione di studenti.

Per quanto riguarda l’età, essa è risultata negativamente correlata alle scale Ansia anticipatoria, Insicurezza e Mancanza di energie dell’HA, anche se tale relazione è di entità trascurabile. Questo risultato è in contrasto con quello ottenuto da Josefsson et al. (2023) nel loro studio longitudinale durato dieci anni, nel quale emerse che l’HA non mostra cambiamenti significativi con l’avanzare dell’età. È probabile che le relazioni significative tra l’età e le sottoscale dell’HA

siano causate dalla grande numerosità campionaria, oppure potrebbe esserci la possibilità che gli studenti universitari più adulti rappresentino un particolare campione che si caratterizza nell'aver una maggiore sicurezza, una minore ansia anticipatoria alle situazioni, e maggiori energie. Sfortunatamente, non sono stati trovati studi a riguardo.

È emerso che i partecipanti con un numero di criteri DOCP maggiore tendono anche ad avere in media una media dei voti degli esami più alta, anche se tale relazione è di debole entità. Questo dato è in linea con le caratteristiche del DOCP di alta devozione al lavoro e alla produttività, sommate al perfezionismo che potrebbero portare gli studenti con un maggiore numero di criteri DOCP a rifiutare voti bassi (APA, 1994). Anche Bipp et al. (2019) nel loro studio hanno riscontrato che in studenti di ingegneria la personalità OC era associata a un maggiore successo accademico, ovvero una media dei voti più alta, tempi più rapidi nel concludere il percorso accademico e un minor tasso di abbandono degli studi.

Dall'analisi sono emerse correlazioni significative tra tutte le dimensioni delle NJREs, della Paura del senso di colpa e dell'HA, ma quasi tutte di entità trascurabile-debole, ad eccezione delle correlazioni tra la scala Gravità NJRE e le dimensioni Punizione e Prevenzione del danno della Paura del senso di colpa, che sono risultate moderate. Questo risultato è in linea con lo studio di Mancini et al. (2008), nel quale è emerso che l'induzione del senso di colpa comporta l'aumento delle NJREs in un campione di studenti universitari, ma l'effetto era significativo solo negli individui con un'alta colpa di tratto. Secondo gli autori, i sentimenti di colpa sono uno dei fattori che influenzano la sensazione che le cose siano imperfette, anche se non è chiara la natura di questa influenza. Una delle ipotesi riguarda un processo di ragionamento *ex consequentia*, ovvero la sensazione di colpa provata porta a pensare di non aver agito in maniera totalmente corretta e rafforza il sentimento di incompletezza; in alternativa, il sentimento di

colpa potrebbe essere esso stesso etichettato erroneamente dagli individui come esperienza imperfetta.

Il numero di criteri DOCP dichiarati è risultato in relazione con il numero di NJREs dichiarate, i punteggi in Mancanza di energie dell'HA, e i punteggi nella scala Prevenzione del danno della Paura del senso di colpa, elencati in ordine di maggior effetto. Questo risultato conferma quello ottenuto nello studio di Lee e Wu (2019), in cui, sempre tramite un campione di studenti universitari, emerse che sia il senso di incompletezza che l'HA predicavano i sintomi DOCP, ma l'incompletezza era un predittore più forte.

Rispetto all'HA, la sottoscala della Mancanza di energie è risultata l'unica sottoscala inserita nel modello di predittività del numero di criteri DOCP. Secondo Gecaite-Stonciene et al. (2020) la presenza di DOCP risulta associato a una maggiore fatica mentale, ma non ad altre forme di fatica (ovvero la fatica fisica, la ridotta attività e la motivazione ridotta) nei pazienti con disturbi d'ansia e dell'umore, anche dopo il controllo statistico di ansia e depressione. Inoltre, l'HA in generale, ma soprattutto la sottoscala della Mancanza di energie, sono risultati correlati con la Sindrome della Stanchezza Cronica (CFS; Van Campen et al., 2009), ovvero una sindrome psicosomatica che si caratterizza dalla presenza di affaticamento prolungato di grave entità, e può accompagnarsi alla presenza di altri sintomi fisici come dolori muscolari e mal di testa (Kempke et al., 2011). Kempke et al. (2011) attuarono uno studio tramite un campione di pazienti con CFS dal quale emerse che il perfezionismo disadattivo fosse correlato positivamente alla gravità della fatica nella CFS. Il perfezionismo disadattivo si caratterizza dalla tendenza ad un'eccessiva autocritica ed è implicato in molteplici sintomi e disturbi, come la depressione, i disturbi d'ansia, i disturbi alimentari, e il DOCP (Pinto et al. 2017). Infatti, Henderson e Tannock (2004) nel loro studio in cui analizzarono la prevalenza dei DP in pazienti con CFS, emerse che il DOCP era il DP più frequente. Pur non avendo analizzato la CFS nello specifico, la relazione tra i criteri DOCP e i punteggi più alti nella scala Mancanza di energie

emersi in questa ricerca, insieme alla letteratura che lega il DOCP alla fatica mentale e alla CFS, suggeriscono un legame tra la sintomatologia DOCP e l'affaticamento: è probabile che le caratteristiche del DOCP (quali la preoccupazione per i dettagli, il perfezionismo, la devozione alla produttività e al lavoro) comportino un sovraccarico negli individui che inevitabilmente sottrae energie.

Riguardo alla paura del senso di colpa, la scala risultata predittiva dei criteri DOCP è risultata quella relativa alla Prevenzione del danno. I sette item della scala Prevenzione del danno sono relativi alla convinzione di potere o dover fare qualcosa riguardo al prevenire eventi che potrebbero far scaturire il senso di colpa. Tale risultato è in linea con la presenza di eccessiva paura nel commettere errori riscontrata negli individui DOCP (Kantor, 2016). Il perfezionismo eccessivo degli individui con DOCP li porta alla formazione di un elevato senso di responsabilità in quanto si ritengono gli unici a saper svolgere i compiti nella maniera più corretta (Taghavizadeh et al., 2019). La presenza della Prevenzione del danno come costrutto predittivo del numero di criteri DOCP potrebbe rappresentare la tendenza degli individui con un numero di criteri DOCP maggiore al dover costantemente “stare al passo” con il loro perfezionismo, ovvero dover tenere sempre sotto controllo ogni possibile situazione che potrebbe portare all'errore per cercare preventivamente di evitarlo. È interessante notare che, nello studio di Chiang et al. (2016), la gravità dei sintomi e delle convinzioni del DOC erano fortemente correlate al fattore Punizione della FOGS, mentre con il fattore Prevenzione del danno le correlazioni con gli stessi costrutti erano minori, andando da deboli a moderate. È possibile che, nonostante la paura del senso di colpa sia un costrutto presente sia nel DOC che nel DOCP, i suoi due diversi fattori abbiano un impatto differente nei due disturbi, per cui per gli individui DOCP sia più accentuata la dimensione della Prevenzione del danno, mentre negli individui con DOC sia più accentuata la dimensione della Punizione. Si potrebbe ipotizzare che

tale caratteristica differenzi i due disturbi, ma sono necessarie ulteriori ricerche per poterlo chiarire.

### ***Secondo obiettivo***

I partecipanti con possibile DOCP hanno ottenuto punteggi significativamente più alti in tutte le scale delle NJREs, della FOGS e dell'HA. Questo risultato è in linea con la letteratura, illustrata nel secondo capitolo, che lega il DOCP alle NJREs (*paragrafo 2.3*), alla Paura del senso di colpa (*paragrafo 2.1*) e all'Harm Avoidance (*paragrafo 2.2*). Inoltre, i partecipanti con possibile DOCP hanno ottenuto punteggi significativamente più bassi rispetto ai partecipanti senza DOCP nel questionario OHQ sul benessere psicologico, e anche questo risultato è in linea con la relazione tra DOCP e sintomatologia depressiva presente in letteratura illustrata nel terzo capitolo.

Le dimensioni della FOGS sono risultate correlate alla gravità delle NJREs in entrambi i gruppi di soggetti, ma per i soggetti con possibile DOCP le correlazioni sono risultate moderate, mentre per i partecipanti senza DOCP le correlazioni sono risultate deboli. Inoltre, nei partecipanti senza DOCP la gravità delle NJREs è risultata correlata anche con le scale Ansia anticipatoria, Insicurezza e Mancanza di energie dell'HA, e quest'ultima è risultata correlata anche al numero di NJREs provate. Questo risultato potrebbe voler dire che la presenza di una maggiore gravità delle NJREs sia gestita e interpretata in modo differente nei due gruppi: in entrambi una maggiore gravità delle NJREs potrebbe essere collegata alla loro eccessiva Paura del senso di colpa, come descritto da Mancini et al. (2008), ma i partecipanti senza DOCP potrebbero essere più sensibili ad un elevata gravità delle NJREs, che li porterebbe a sperimentare anche ansia anticipatoria, paura dell'incertezza e gli sottrarrebbe energie. Questa differente sensibilità alle NJREs è stata descritta anche da Melli et al. (2020) nello studio che ha convalidato la Not Just Right Experience-Sensitivity (NJRE-SS), ovvero una scala di sensibilità alle NJREs: la NJRE-



SS era più correlata con alcune dimensioni dell'ansia (come la sensibilità all'ansia) che con il questionario sulle NJREs. Secondo gli autori, l'elevata tendenza a sviluppare NJREs potrebbe non necessariamente portare ad un'alta sensibilità alle NJREs, ma al contrario, l'elevata propensione alle NJREs potrebbe rendere l'individuo maggiormente in grado di tollerarle e quindi renderlo meno sensibile ad esse. I partecipanti senza DOCP in questa ricerca tendono ad avere in media punteggi più bassi nel questionario sulle NJREs rispetto agli studenti con possibile DOCP, ma questo potrebbe voler dire che la loro sensibilità alle NJREs è più elevata e vada ad influenzare maggiormente le dimensioni dell'HA.

Nei partecipanti senza DOCP, il benessere psicologico è risultato in relazione con l'Ansia anticipatoria, la gradevolezza verso l'università, la Mancanza di energie e la Paura dell'incertezza, in ordine di effetto. Per gli studenti con possibile DOCP, il benessere psicologico è risultato in relazione con la gradevolezza verso l'università, l'Ansia anticipatoria e l'Insicurezza, in ordine di effetto.

L'Ansia anticipatoria è risultata in relazione negativa col benessere psicologico in entrambi i gruppi. Nello studio di Grace (2020) è emerso che effettivamente la presenza di determinati fattori di stress anticipatori vada ad influenzare la sintomatologia depressiva degli studenti universitari. Nello specifico, gli studenti con maggiore preoccupazione anticipatoria verso la sicurezza economica futura, la possibilità di futuri eventi traumatici e la possibilità di future esperienze di discriminazione avevano una sintomatologia depressiva più accentuata, e la vulnerabilità alla sintomatologia depressiva rispetto alla preoccupazione anticipatoria era mediata dalle condizioni più svantaggiate degli individui. Si può quindi ipotizzare che i fattori che mediano la relazione tra ansia anticipatoria e sintomatologia depressiva vadano oltre alla presenza dei criteri DOCP e che in entrambi i gruppi tale relazione sia mediata da altri fattori non analizzati in questa ricerca.

In entrambi i gruppi, la gradevolezza percepita per l'esperienza universitaria ha predetto positivamente i punteggi nel benessere psicologico, perciò chi valuta maggiormente gradevole la propria esperienza verso lo studio e l'università percepisce un maggiore benessere psicologico. Nello studio di Franzen et al. (2021) punteggi più bassi in soddisfazione accademica degli studenti erano fortemente associati alla depressione, all'ansia e allo stress, mentre punteggi più alti erano fortemente associati al benessere psicologico. Anche nello studio di Mirhosseini et al. (2021) la soddisfazione accademica e la sintomatologia depressiva sono risultate significativamente e negativamente correlate in un campione di studenti nell'area medico sanitaria. Secondo la letteratura alcuni fattori possono risultare predittivi di una maggiore soddisfazione accademica, e quindi potrebbero risultare protettivi rispetto alla sintomatologia depressiva degli studenti. Ad esempio, nello studio di Celik e Storme (2018) è emerso che l'Intelligenza Emotiva di Tratto (che rappresenta la capacità degli individui di regolare e identificare le proprie emozioni, di esprimerle in modo adeguato, di utilizzarle in modo efficiente nelle interazioni sociali, e comporta un'elevata stima di sé e una tendenza all'ottimismo) rappresenta un fattore positivamente correlato alla soddisfazione accademica. Secondo gli autori, l'Intelligenza Emotiva di Tratto fornisce agli individui le risorse per affrontare le sfide della loro carriera universitaria, e ciò influenza positivamente la loro esperienza accademica. Nello studio di Trógolo e Medrano (2012) gli studenti con una soddisfazione accademica maggiore avevano minore nevroticismo e maggiore estroversione, gradevolezza, coscienziosità e apertura, inoltre erano più abili nella regolazione delle loro emozioni (capacità che rientra nell'Intelligenza Emotiva di Tratto). Inoltre, la soddisfazione accademica sembra essere positivamente correlata al progresso degli obiettivi accademici, all'autoefficacia e al sostegno sociale nello studio di Lent et al. (2007) in un campione di studenti di ingegneria.

L'Insicurezza dell'HA è risultata predittiva dei punteggi del benessere psicologico nei partecipanti con possibile DOCP; nei partecipanti senza DOCP, l'Insicurezza non è rientrata nel modello di predittività del benessere psicologico, ma comunque è risultata significativamente e negativamente correlata se considerata separatamente dalle altre dimensioni. Gao et al. (2020) nel loro studio hanno verificato che la timidezza prediceva positivamente la sintomatologia depressiva in un campione di studenti universitari cinesi, e tale relazione era mediata dalle competenze relazionali interpersonali, dal senso di appartenenza al dormitorio e dal senso di inferiorità. Secondo gli autori, il counselling psicologico di gruppo può aiutare gli individui timidi a modificare la loro auto attribuzione negativa e migliorare le loro competenze relazionali, e ciò porterebbe ad un maggior senso di appartenenza al dormitorio e all'eliminazione dei sentimenti di inferiorità, e questo aiuterebbe a diminuire la sintomatologia depressiva.

In questa ricerca, è emerso che l'interazione tra l'Insicurezza e la media dei voti universitari ha una relazione significativa con il benessere psicologico, per cui sia per chi ha una media dei voti più alta sia per chi ha una media dei voti più bassa l'Insicurezza influenza negativamente il benessere, ma per chi ha una media più bassa, l'effetto dell'Insicurezza sul benessere sembra più impattante. Questo potrebbe significare che anche il rendimento accademico è un fattore che può andare a moderare l'impatto dell'Insicurezza sul benessere psicologico. Dalla meta-analisi di Honicke e Broadbent (2016) è emerso come il rendimento accademico degli studenti universitari sia positivamente correlato all'Autoefficacia Accademica (ASE), ovvero il giudizio che un individuo ha sulle proprie capacità di riuscire a raggiungere con successo i propri obiettivi in ambito accademico. Avere una media dei voti più alta potrebbe comportare l'aumento dell'ASE degli studenti e renderli meno vulnerabili all'Insicurezza, che quindi influenzerebbe meno il loro benessere psicologico.

Nei partecipanti senza DOCP, la scala Mancanza di energie dell'HA è risultata predittiva del loro benessere psicologico, mentre non è rientrata nel modello di predittività del benessere psicologico degli studenti con possibile DOCP, nonostante essi abbiano in media punteggi significativamente maggiori in Mancanza di energie, ed inoltre la scala Mancanza di energie è risultata predittiva del numero di criteri DOCP dichiarati. Questo risultato potrebbe essere spiegato con il fatto che le caratteristiche del DOCP come l'estremo perfezionismo, gli standard elevati, la necessità di esercitare controllo e l'essere maniaci del lavoro, che corrispondono alle caratteristiche presenti anche nei pazienti con CFS e che portano la persona all'esaurimento delle energie (Gecaite-Stonciene et al., 2020), nei pazienti DOCP sono egosintoniche, quindi vengono percepite come qualità ragionevoli e non come qualcosa di preoccupante e atipico. Un'ipotesi potrebbe quindi essere che tale percezione potrebbe modulare l'impatto dell'esaurimento delle energie sul benessere psicologico, in quanto se le caratteristiche che portano a tale esaurimento sono "giuste" e "normali", anche l'esaurimento stesso potrebbe venire giudicato in questo modo. Comunque, considerando gli studenti nel complesso, senza valutare la presenza di DP, nello studio di Nyer et al. (2015) è emerso che livelli di affaticamento da moderato a grave erano associati a livelli più gravi di sintomatologia depressiva rispetto agli studenti con livelli lievi o assenti di affaticamento. Nello studio di Brown e Schutte (2006) è emerso che livelli alti di intelligenza emotiva erano correlati negativamente alla fatica soggettiva; inoltre, fattori come la qualità del sonno, il supporto sociale e la percezione positiva del supporto sociale mediano positivamente la relazione tra intelligenza emotiva e la fatica soggettiva.

Per quanto riguarda la Paura dell'incertezza nei partecipanti senza DOCP, essa è risultata in relazione positiva con il loro benessere psicologico. L'analisi degli effetti di interazione però ha fatto emergere l'effetto significativo dell'interazione antagonista tra la Paura dell'incertezza e

la media dei voti universitari sul benessere psicologico, così come ha fatto emergere l'effetto significativo dell'interazione antagonista tra la Paura dell'incertezza e la gravità delle NJREs sul benessere psicologico.

Per quanto riguarda l'effetto di interazione tra la Paura dell'incertezza e la media dei voti universitari, per i soggetti con la media dei voti più alta, una maggiore Paura dell'incertezza comporta un aumento del benessere psicologico, mentre per chi ha la media più bassa la paura dell'incertezza comporta una diminuzione del benessere psicologico. La ricerca della letteratura non ha trovato studi che collegano l'influenza del rendimento accademico sulla relazione tra la Paura dell'incertezza e il benessere psicologico, come sull'esistenza di effetti mediatori che potrebbero influenzare l'effetto della Paura dell'incertezza dell'HA sull'aumento del benessere psicologico. Però, dalla meta-analisi di Honicke e Broadbent (2016) è emerso come il rendimento accademico degli studenti universitari sia positivamente correlato all'ASE; secondo gli autori, un'ipotesi è che inizialmente sia proprio il rendimento accademico a influenzare l'ASE, in quanto risultati accademici migliori restituiscono all'individuo un feedback sulle proprie capacità e competenze, e questo migliora i suoi risultati futuri, creando un ciclo che si autoalimenta. Inoltre, dallo studio di Uzun e Karataş (2020) l'ASE sembra un fattore correlato negativamente con l'Intolleranza all'incertezza, che si definisce come una predisposizione degli individui alla tendenza a reagire negativamente a livello emotivo, cognitivo e comportamentale a situazioni incerte, ed è associata al disturbo d'ansia generalizzato (Boswell et al., 2013) e alla depressione (Carleton et al., 2012).

Alla luce di ciò, un'ipotesi potrebbe essere che i partecipanti con una media dei voti più alta abbiano anche una maggiore ASE, e questo comporterebbe una tolleranza maggiore alle situazioni di incertezza, che anzi potrebbero costituire uno stimolo positivo. Al contrario, i partecipanti con una media più bassa potrebbero avere un'ASE minore, che li porterebbe ad abbassare la loro tolleranza verso le situazioni incerte e quindi a reagire negativamente ad esse,

e ciò li porterebbe a una diminuzione del loro benessere psicologico. Tuttavia, sono necessari ulteriori studi per chiarificare tale relazione.

Per quanto riguarda l'effetto di interazione tra la Paura dell'incertezza e la gravità delle NJREs, è emerso che i soggetti con maggiore gravità delle NJREs sembrano più vulnerabili alla Paura dell'incertezza, per cui all'aumentare della Paura dell'incertezza il loro benessere psicologico diminuisce, mentre per chi ha minore gravità delle NJREs, maggiore Paura dell'incertezza comporta un aumento del benessere psicologico. L'aver maggiore gravità delle NJREs potrebbe portare i soggetti ad essere più vulnerabili alla Paura dell'incertezza, mentre per chi ha minore gravità delle NJREs la paura dell'incertezza potrebbe addirittura risultare stimolante per il benessere psicologico. Questo risultato conferma come nei partecipanti senza DOCP la gravità delle NJREs vada ad influenzare le dimensioni dell'HA, in questo caso in senso antagonista, cosa che non avviene nei partecipanti con possibile DOCP, nonostante i loro punteggi della scala Gravità NJRE siano più alti, ribadendo una possibile differente sensibilità alle NJREs nei due gruppi, come ipotizzato nello studio di Melli et. al (2020). Una maggiore sensibilità alle NJREs comporterebbe che l'aver maggiore o minore gravità delle NJREs influenzi in modo significativo la vulnerabilità delle situazioni di incertezza e di rischio sul benessere psicologico, in senso positivo se la gravità delle NJREs è minore, e in senso negativo se la gravità delle NJREs è maggiore.

Inoltre, sempre nei partecipanti senza DOCP, è emerso come significativo l'effetto di interazione tra la media dei voti universitari e la gravità delle NJREs sul benessere psicologico, per cui per i soggetti con media più alta la gravità delle NJREs non influenza il benessere psicologico, mentre per i soggetti con la media più bassa una maggiore gravità delle NJREs comporta una diminuzione del benessere psicologico. Sempre nello studio di Melli et. al (2020) gli autori hanno ipotizzato che alcune componenti relative alla percezione del sé, ad esempio

l'autostima e l'ambivalenza del sé, possano influenzare la sensibilità alle NJREs. Ad esempio, se un individuo giudica sé stesso come una persona negligente, l'intolleranza alle NJREs aumenta in quanto l'individuo è portato a pensare che sia proprio la presenza di NJREs a rendere "incompleti" i propri risultati e a contribuire alla valutazione negativa di sé stesso. La media dei voti universitari potrebbe essere un fattore con una forte influenza sulla visione che gli individui hanno di loro stessi, portando gli individui con una media più alta ad avere una maggiore autostima che comporterebbe una minore influenza delle NJREs sul loro benessere psicologico; al contrario, l'aver una media dei voti più bassa potrebbe comportare una minore autostima e ciò causerebbe l'impatto negativo della maggiore gravità delle NJREs sul benessere psicologico.

## **7. Conclusione**

I risultati di questa ricerca forniscono un contributo teorico alla letteratura che lega il DOCP alle NJREs, all'HA e alla Paura del senso di colpa. In particolare, l'effetto di predittività maggiore riscontrato dal numero di NJREs provate, rispetto alla Mancanza di energie e alla Prevenzione del danno della FOGS, fornisce una prova del fatto che le NJREs possono risultare più impattanti sulla sintomatologia del DOCP rispetto all'HA e alla Paura del senso di colpa, che comunque apportano il loro contributo. Inoltre, le analisi di correlazione dimostrano come tutti i fattori siano tra loro correlati, ma in particolare le correlazioni tra la Gravità delle NJREs e la Paura del senso di colpa risultano quelle più importanti. La ricerca futura potrebbe concentrarsi su tali fattori per determinare cosa causa tale relazione e se ci possano essere ulteriori fattori che la mediano.

Inoltre, i risultati apportano prove su quelli che possono essere alcuni fattori predittivi del benessere psicologico negli studenti universitari, suggerendo come ci siano molteplici direzioni per poter agire su esso per migliorarlo. In particolare, l'aumento dell'intelligenza emotiva e del

supporto sociale sembrano fattori importanti nel miglioramento del benessere psicologico. La creazione di programmi per l'incremento della regolazione emotiva, come anche la creazione di gruppi di supporto per implementare il sostegno sociale, potrebbero essere degli accorgimenti positivi da adottare nei contesti universitari. Fornire maggiori strumenti per affrontare il percorso accademico attraverso strategie di regolazione delle emozioni potrebbe portare all'aumento del controllo percepito degli studenti su di esso, così da aiutarli a gestire in modo migliore le ambiguità e le difficoltà che possono riscontrare, ed imparare a valutarle come sfide stimolanti e non come minacce inaffrontabili. Inoltre, i risultati riguardanti la Gravità delle NJREs e la scala HA2- Paura dell'incertezza dimostrano come l'aver maggiore punteggi in questi costrutti potrebbe non essere direttamente correlato al benessere psicologico, ma che ci possano essere dei fattori che mediano tale relazione, come il rendimento accademico o la sensibilità degli individui riguardo tali dimensioni, anche se ciò rimane un'ipotesi dato che in questa ricerca non è stata direttamente indagata la sensibilità; questo suggerisce che ricerche future potrebbero analizzare, oltre alla presenza di alti punteggi in questi costrutti, anche la sensibilità degli individui ad essi, che potrebbe risultare importante come fattore di mediazione sul benessere psicologico. Inoltre, a causa della numerosità non molto elevata dei due campioni utilizzati per il secondo obiettivo, le analisi dei fattori di interazione attuate in questa ricerca sono da considerarsi solamente indicative e andrebbero replicate in studi futuri attraverso campioni più ampi, per poter stabilire più precisamente i loro effetti sul benessere psicologico. Un altro limite di questa ricerca è che si è basata solo su soggetti non clinici, e la divisione tra partecipanti con possibile DOCP e partecipanti senza DOCP si è basata solamente sulla presenza dei criteri diagnostici e sulla loro età di esordio. Ricerche future potrebbero provare a replicare tali risultati, o attraverso la somministrazione di questionari a pazienti clinici e a controlli non clinici, o utilizzando interviste strutturate per andare a valutare più specificatamente i tratti di personalità così da circoscrivere un campione di partecipanti più



preciso rispetto alle caratteristiche del DOCP. Inoltre, il campione utilizzato in questa ricerca non è randomizzato dalla popolazione, in quanto il campionamento è avvenuto su invito alla partecipazione al questionario. Ciò potrebbe rendere i risultati ottenuti non rappresentativi della popolazione generale di studenti, in quanto i partecipanti che hanno attuato la compilazione potrebbero essere individui maggiormente sensibili all'argomento trattato.



## BIBLIOGRAFIA

- Abramowitz, J. S., Storch, E. A., McKay, D., Taylor, S., & Asmundson, G. J. G. (2009). The obsessive–compulsive spectrum: A critical review. In D. McKay, J. S. Abramowitz, S. Taylor, & G. J. G. Asmundson (Eds.), *Current Perspectives on the Anxiety Disorders: Implications for DSM-V and Beyond* (pp. 370-395). Springer Publishing Company.
- Altaweel, N., Upthegrove, R., Surtees, A., Durdurak, B., & Marwaha, S. (2023). Personality traits as risk factors for relapse or recurrence in major depression: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry, 14*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1176355>
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition Revised (DSM-III-R)*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-V-TR)*. American Psychiatric Association.
- Ansell, E. B., Pinto, A., Crosby, R. D., Becker, D. F., Añez, L. M., Paris, M., & Grilo, C. M. (2010). The prevalence and structure of obsessive-compulsive personality disorder in Hispanic psychiatric outpatients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 41*(3), 275-281. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.02.005>

- Aycicegi, A., Harris, C. L., & Dinn, W. M. (2002). Parenting style and obsessive-compulsive symptoms and personality traits in a student sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(6), 406-417. <https://doi.org/10.1002/cpp.338>
- Bagby, R. M., & Farvolden, P. (2003). The Personality Diagnostic Questionnaire-4 (PDQ-4). In M. J. Hilsenroth, D. L. Segal, & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment, Volume 2: Personality Assessment* (pp. 122-133). John Wiley & Sons.
- Beiter, R., Nash, R., McCrady, M., Rhoades, D., Linscomb, M., Clarahan, M., & Sammut, S. (2015). The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. *Journal of Affective Disorders*, 173(1), 90-96. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.054>
- Bipp, T., Kleingeld, A, & Snijders, C. (2019). Aberrant personality tendencies and academic success throughout engineering education. *Journal of Personality*, 88(2), 201-216. <https://doi.org/10.1111/jopy.12479>
- Blom, R. M., Samuels, J. F., Riddle, M. A., Bienvenu, O. J., Grados, M. A., Reti, I. M., Eaton, W. W., Liang, K., & Nestadt, G. (2011). Association between a serotonin transporter promoter polymorphism (5HTTLPR) and personality disorder traits in a community sample. *Journal of Psychiatric Research*, 45(9), 1153-1159. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.003>
- Boswell, J. F., Thompson-Hollands, J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2013). Intolerance of uncertainty: a common factor in the treatment of emotional disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 69(6), 630-645. <https://doi.org/10.1002/jclp.21965>
- Bouchard, C., Rhéaume, J., & Ladouceur, R. (1999). Responsibility and perfectionism in OCD: an experimental study. *Behaviour Research and Therapy*, 37(3), 239-248. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00141-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00141-7)

- Brown, R. F., & Schutte, N. S. (2006). Direct and indirect relationships between emotional intelligence and subjective fatigue in university students. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 585-593. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.05.001>
- Calvo, R., Lázaro, L., Castro-Fornieles, J., Font, E., Moreno, E., & Toro, J. (2009). Obsessive-compulsive personality disorder traits and personality dimensions in parents of children with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 24(3), 201-206. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.11.003>
- Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M., & Asmundson, G. J. G. (2012). Increasingly certain about uncertainty: intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 468-479. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.011>
- Celik, P., & Storme, M. (2018). Trait emotional intelligence predicts academic satisfaction through career adaptability. *Journal of Career Assessment*, 26(4), 666-677. <https://doi.org/10.1177/1069072717723290>
- Chang, E. C., Sanna, L. J., Chang, R., & Bodem, M. R. (2008). A preliminary look at loneliness as a moderator of the link between perfectionism and depressive and anxious symptoms in college students: Does being lonely make perfectionistic strivings more distressing? *Behaviour Research and Therapy*, 46(7), 877-886. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.03.012>
- Chapman, A. L., Lynch, T. R., Rosenthal, M. Z., Cheavens, J. S., Smoski, M. J. & Krishnan, K. R. R. (2007). Risk aversion among depressed older adults with obsessive compulsive personality disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 161-174. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9114-x>
- Cheli, S., MacBeth, A., Popolo, R., & Dimaggio, G. (2020). The intertwined path of perfectionism and self-criticism in a client with obsessive-compulsive personality

- disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 76(11), 2055-2066.  
<https://doi.org/10.1002/jclp.23051>
- Chiang, B., Purdon, C., & Radomsky, A. S. (2016). Development and initial validation of the Fear of Guilt Scale for obsessive-compulsive disorder (OCD). *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 11, 63-73.  
<https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.08.006>
- Clemente, M. J., Martins Silva, A. S., Pozzolo Pedro, M. O., Paiva, H. S., de Azevedo Marques Périco, C., Torales, J., Ventriglio, A., & Castaldelli-Maia, J. M. (2022). A meta-analysis and meta-regression analysis of the global prevalence of obsessive-compulsive personality disorder. *Heliyon*, 8(7), e09912.  
<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09912>
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Archives Of General Psychiatry*, 50(12), 975-990.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240059008>
- Cosentino, T., Pellegrini, V., Giacomantonio, M., Saliani, A. M., Basile, B., Sacttoni, M., Gragnani, A., Buonanno, C., & Mancini, F. (2020). Validation and psychometric properties of the Italian version of the Fear of Guilt Scale. *Rassegna di Psicologia*, 37(1), 59-70. <https://doi.org/10.13133/1974-4854/16724>
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British Journal of Psychiatry*, 188(5), 423-431.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.188.5.423>
- Coles, M. E., Frost, R. O., Heimberg, R. G., & Rhéaume, J. (2003). “Not just right experiences”: perfectionism, obsessive–compulsive features and general psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 41(6), 681-700. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00044-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00044-X)

- Corruble, E., Ginestet, D., & Guelfi, J. D. (1996). Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: A review. *Journal of Affective Disorders*, 37(2-3), 157-170. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(95\)00091-7](https://doi.org/10.1016/0165-0327(95)00091-7)
- Curran, T., & Hill, A. P. (2017). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, 145(4), 410-429. <https://doi.org/10.1037/bul0000138>
- De Fruyt, F., Van De Wiele, L., & Van Heeringen, C. (2000). Cloninger's psychobiological model of temperament and character and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 29(3), 441-452. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00204-4](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00204-4)
- De Reus, R. J. M., & Emmelkamp, P. M. G. (2012). Obsessive–compulsive personality disorder: a review of current empirical findings. *Personality and Mental Health*, 6, 1-21. <https://doi.org/10.1002/pmh.144>
- Diedrich, A., & Voderholzer, U. (2015). Obsessive–Compulsive Personality Disorder: a current review. *Current Psychiatry Reports*, 17(2). <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0547-8>
- Drayton, M. (2009). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2). *Occupational Medicine*, 59(2). 135–136. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqn182>
- Ecker, W., & Gönner, S. (2008). Incompleteness and harm avoidance in OCD symptom dimensions. *Behaviour Research and Therapy*, 46(8), 895-904. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.04.002>
- Ecker, W., Kupfer, J., & Gönner, S. (2013). Incompleteness as a link between Obsessive-Compulsive Personality traits and specific symptom dimensions of Obsessive-Compulsive Disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(5), 394-402. <https://doi.org/10.1002/cpp.1842>

- Eisen, J. L., Coles, M. E., Shea, M. T., Pagano, M. E., Stout, R. L., Yen, S., Grilo, C. M., & Rasmussen, S. A. (2006). Clarifying the convergence between Obsessive Compulsive Personality Disorder criteria and Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Personality Disorders, 20*(3), 294-305. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.3.294>
- Fedewa, B. A., Burns, L. R., & Gomez, A. A. (2005). Positive and negative perfectionism and the shame/guilt distinction: adaptive and maladaptive characteristics. *Personality and Individual Differences, 38*(7), 1609-1619. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.09.026>
- Fineberg, N. A., Reghunandanan, S., Kolli, S., & Atmaca, M. (2014). Obsessive-compulsive (anankastic) personality disorder: toward the ICD-11 classification. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 36*(1), 40-50. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1282>
- Fiore, D., Dimaggio, G., Nicoló, G., Semerari, A., & Carcione, A. (2008). Metacognitive interpersonal therapy in a case of obsessive-compulsive and avoidant personality disorders. *Journal of Clinical Psychology, 64*(2), 168-180. <https://doi.org/10.1002/jclp.20450>
- Fossati, A., Cloninger, C. R., Villa, D., Borroni, S., Grazioli, F., Giarolli, L., Battaglia, M., & Maffei, C. (2007). Reliability and validity of the Italian version of the Temperament and Character Inventory-Revised in an outpatient sample. *Comprehensive Psychiatry, 48*(4), 380-387. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.02.003>
- Franzen, J., Jermann, F., Ghisletta, P., Rudaz, S., Bondolfi, G., & Tran, N. T. (2021). Psychological Distress and Well-Being among Students of Health Disciplines: The Importance of Academic Satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph18042151>
- Freud, S. (1908). Character and anal eroticism. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Volume IX: Jensen's Gradiva and Other Works (1906-1908)*, pp. 169-175. Vintage Classics.



- Gao, F., Sun, Y., Zhou, Y., Sang, M., Zhao, J., & Han, L. (2020). Shyness and depression: The mediating roles of interpersonal competence, dormitory belonging and inferiority. *Children and Youth Services Review, 119*.  
<https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2020.105571>
- Garcia, D., Lester, N., Cloninger, K. M., & Robert Cloninger, C. (2020). Temperament and Character Inventory (TCI). In V. Zeigler-Hill, & T. K. Shackelford (Eds), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*, pp. 5408-5410. Springer Cham.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3\\_91](https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_91)
- García-Villamizar, D., & Dattilo, J. (2015). Executive functioning in people with obsessive-compulsive personality traits: evidence of modest impairment. *Journal of Personality Disorders, 29*(3), 418-430. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2013\\_27\\_101](https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_101)
- Gecaite-Stonciene, J., Fineberg, N. A., Podlipskyte, A., Neverauskas, J., Juskiene, A., Mickuviene, N., & Burkauskas, J. (2020). Mental fatigue, but not other fatigue characteristics, as a candidate feature of Obsessive Compulsive Personality Disorder in patients with anxiety and mood disorders—an exploratory study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(21).  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17218132>
- Ghisi, M., Chiri, L. R., Marchetti, I., Sanavio, E., & Sica, C. (2010). In search of specificity: “Not just right experiences” and obsessive–compulsive symptoms in non-clinical and clinical Italian individuals. *Journal of Anxiety Disorders, 24*(8), 879-886.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.011>
- Grace, M. K. (2020). Status variation in anticipatory stressors and their associations with depressive symptoms. *Journal of Health and Social Behavior, 61*(2), 170-189.  
<https://doi.org/10.1177/0022146520921375>

- Grant, J. E., Mooney, M. E., & Kushner, M. G. (2012). Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Psychiatric Research, 46*(4), 469-475. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.01.009>
- Gunderson, J. G., Shea, M. T., Skodol, A. E., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Stout, R. L., Zanarini, M. C., Grilo, C. M., Oldham, J. M., & Keller, M. B. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: development, aims, design, and sample characteristics. *Journal of Personality Disorders, 14*(4), 300-315. <https://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.4.300>
- Hansenne, M., Reggers, J., Pinto, E., Kjiri, K., Ajamier, A., & Ansseau, M. (1999). Temperament and character inventory (TCI) and depression. *Journal of Psychiatric Research, 33*(1), 31-36. [https://doi.org/10.1016/S0022-3956\(98\)00036-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3956(98)00036-3)
- Hills, P., & Argyle, M. (2002). The Oxford Happiness Questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences, 33*(7), 1073-1082. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00213-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00213-6)
- Henderson, M., & Tannock, C. (2004). Objective assessment of personality disorder in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research, 56*(2), 251-254. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00571-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00571-3)
- Hertler, S. C. (2014a). A review and critique of Obsessive-Compulsive Personality Disorder etiologies. *Europe's Journal of Psychology, 10*(1), 168-184. <https://doi.org/10.5964/ejop.v10i1.679>
- Hertler, S. C. (2014b). The continuum of conscientiousness: The antagonistic interests among obsessive and antisocial personalities. *Polish Psychological Bulletin, 45*(2), 167-178. <https://doi.org/10.2478/ppb-2014-0022>

- Hertler, S. C. (2015). The evolutionary logic of the obsessive trait complex: Obsessive Compulsive Personality Disorder as a complementary behavioral syndrome. *Psychological Thought*, 8(1), 17-34. <https://doi.org/10.5964/psyct.v8i1.125>
- Hollander, E., Braun, A., & Simeon, D. (2008). Should OCD leave the anxiety disorders in DSM-V? The case for obsessive compulsive-related disorders. *Depression and Anxiety*, 25(4), 317-329. <https://doi.org/10.1002/da.20500>
- Honicke, T., & Broadbent, J. (2016). The influence of academic self-efficacy on academic performance: a systematic review. *Educational Research Review*, 17, 63-84. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2015.11.002>
- Hunt, K., & Gable, K. N. (2013). Prevalence of depressive symptoms and obsessive–compulsive personality traits among pharmacy students. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 5(6), 541-545. <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2013.07.013>
- Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook, C. (2023). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research*, 47(3), 391-400. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015>
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasthénie*. Félix Alcan.
- Josefsson, K., Jokela, M., Cloninger, C. R., Hintsanen, M., Salo, J., Hintsanen, T., Pulkki-Råback, L., & Keltikangas-Järvinen, L. (2013). Maturity and change in personality: Developmental trends of temperament and character in adulthood. *Development and Psychopathology*, 25(3), 713–727. <https://doi.org/10.1017/S0954579413000126>
- Joyce, P. R., Rogers, G. R., Miller, A. L., Mulder, R. T., Luty, S. E., & Kennedy, M. A. (2003). Polymorphisms of DRD4 and DRD3 and risk of avoidant and obsessive personality traits and disorders. *Psychiatry Research*, 119(1-2), 1-10. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(03\)00124-0](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(03)00124-0)

- Kantor, M. (2016). *Obsessive-Compulsive Personality Disorder: Understanding the Overly Rigid, Controlling Person*. Praeger.
- Katsuragi, S., Kunugi, H., Sano, A., Tsutsumi, T., Isogawa, K., Nanko, S., & Akiyoshi, J. (1999). Association between serotonin transporter gene polymorphism and anxiety-related traits. *Biological Psychiatry*, 45(3), 368-370. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(98\)00090-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(98)00090-0)
- Kempke, S., Van Houdenhove, B., Luyten, P., Goossens, L., Bekaert, P., & Van Wambeke, P. (2011). Unravelling the role of perfectionism in chronic fatigue syndrome: Is there a distinction between adaptive and maladaptive perfectionism? *Psychiatry Research*, 186(2-3), 373-377. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.09.016>
- Kozak, M. L., & Foa, E. B. (1994). Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32(3), 343-353. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90132-5](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90132-5).
- Langan-Fox, J., Cooper, C. L., & Klimoski, R. J. (Eds.) (2009). *Research companion to the dysfunctional workplace: management challenges and symptoms*. Edward Elgar Publishing.
- Lee, S. R., & Wu, K. D. (2019). Feelings of incompleteness explain symptoms of OCD and OCPD beyond harm avoidance. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 21, 151-157. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.04.002>
- Lent, R. W., Singley, D., Sheu, H., Schmidt, J. A., & Schmidt, L. C. (2007). Relation of social-cognitive factors to academic satisfaction in engineering students. *Journal of Career Assessment*, 15(1), 87-97. <https://doi.org/10.1177/1069072706294518>
- Light, K. J., Joyce, P. R., Luty, S. E., Mulder, R. T., Frampton, C. M. A., Joyce, L. R. M., Miller, A. L., & Kennedy, M. A. (2006). Preliminary evidence for an association between a dopamine D3 receptor gene variant and obsessive-compulsive personality

- disorder in patients with major depression. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 141B(4), 409-413. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.30308>
- Lobbestael, J., Leurgans, M., & Arntz, A. (2011). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(1), 75-79. <https://doi.org/10.1002/cpp.693>
- Lynam, D. R., & Widiger, T. A. (2001). Using the five-factor model to represent the DSM-IV personality disorders: An expert consensus approach. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(3), 401-412. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.3.401>
- Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Grant, J. E., & Rasmussen, S. A. (2005). Obsessive compulsive personality disorder and obsessive compulsive disorder: clinical characteristics, diagnostic difficulties, and treatment. *Annals of Clinical Psychiatry*, 17(4), 197–204. <https://doi.org/10.1080/10401230500295305>
- Mancini, F., Gangemi, A., Perdighe, C., & Marini, C. (2008). Not just right experience: is it influenced by feelings of guilt? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(2), 162-176. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.02.002>
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2003). *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective*. Guilford Press.
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Ralevski, E., Morey, L. C., Gunderson, J. G., Skodol, A. E., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Bender, D., Stout, R. L., Yen, S., & Pagano, M. (2005). Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: toward a hybrid model of axis II disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 162(5), 883-889. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.883>

- Melli, G., Moulding, R., Puccetti, C., Pinto, A., Caccico, L., Drabik, M. J., & Sica, C. (2020). Assessing beliefs about the consequences of not just right experiences: Psychometric properties of the Not Just Right Experience-Sensitivity Scale (NJRE-SS). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(6), 847-857. <https://doi.org/10.1002/cpp.2468>
- Miettunen, J., Veijola, J., Lauronen, E., Kantojärvi, L., & Joukamaa, M. (2007). Sex differences in Cloninger's temperament dimensions—a meta-analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 48(2), 161-169. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.10.007>
- Miller, C. H., & Hedges, D. W. (2008). Scrupulosity disorder: An overview and introductory analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(6), 1042-1058. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.11.004>
- Miller, T. W., & Kraus, R. F. (2007). Modified dialectical behavior therapy and problem solving for Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 79–85. <https://doi.org/10.1007/s10879-006-9039-4>
- Mirhosseini, S., Bazghaleh, M., Basirinezhad, M. H., Abbasi, A. & Ebrahimi, H. (2021). The relationship between depression and academic satisfaction in medical science students, *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 16(2), 99-111. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-03-2020-0017>
- Newman, B. N., Strickler, J. G., O'Brien, C., Lui, T., & Lynch, M. (2019). Deconstructing perfectionism in college students: Patterns of behavior, emotion, and cognition. *Personality and Individual Differences*, 145, 106-111. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.03.030>
- Nordahl, H. M., & Stiles, T. C. (2001). Perceptions of parental bonding in patients with various personality disorders, lifetime depressive disorders, and healthy controls. *Journal of Personality Disorders*, 11(4), 391-402. <https://doi.org/10.1521/pedi.1997.11.4.391>

- Nyer, M., Mischoulon, D., Alpert, J. E., Holt, D. J., Brill, C. D., Yeung, A., Pedrelli, P., Baer, L., Dording, C., Huz, I., Fisher, L., Fava, M., & Farabaugh, A. (2015). College students with depressive symptoms with and without fatigue: differences in functioning, suicidality, anxiety, and depressive severity. *Annals of Clinical Psychiatry, 27*(2), 100-108.
- Perez, M., Brown, J. S., Vrshek-Schallhorn, S., Johnson, F., & Joiner Jr, T. E. (2006). Differentiation of obsessive-compulsive-, panic-, obsessive-compulsive personality-, and non-disordered individuals by variation in the promoter region of the serotonin transporter gene. *Journal of Anxiety Disorders, 20*(6), 794-806. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.09.001>
- Phillips, K. A., Stein, D. J., Rauch, S. L., Hollander, E., Fallon, B. A., Barsky, A., Fineberg, N., Mataix-Cols, D., Ferrão, Y. A., Saxena, S., Wilhelm, S., Kelly, M. M., Clark, L. A., Pinto, A., Bienvenu, O. J., Farrow, J., & Leckman, J. (2010). Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V? *Depression and Anxiety, 27*(6), 528-555. <https://doi.org/10.1002/da.20705>
- Pinto, A., Dargani, N., Wheaton, M. G., Cervoni, C., Rees, C. S., & Egan, S. J. (2017). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder and related disorders: What should treating clinicians know? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 12*, 102-108. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.01.001>
- Pinto, A., Steinglass, J. E., Greene, A. L., Weber, E. U., & Simpson, H. B. (2014). Capacity to delay reward differentiates Obsessive-Compulsive Disorder and Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *Biological Psychiatry, 75*(8), 653-659. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.09.007>

- Pollak, J. (1987). Obsessive-compulsive personality: theoretical and clinical perspectives and recent research findings. *Journal of Personality Disorders*, 1(3), 248-262. <https://doi.org/10.1521/pedi.1987.1.3.248>
- Porru, F., Robroek, S. J. W., Bültmann, U., Portoghese, I., Campagna, M., & Burdorf, A. (2021). Mental health among university students: the associations of effort-reward imbalance and overcommitment with psychological distress. *Journal of Affective Disorders*, 282, 953-961. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.183>
- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 40(6), 625-639. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00028-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00028-6)
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 15(4), 743-758. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(18\)30205-3](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(18)30205-3)
- Rassin, E., Muris, P., Schmidt, H., & Merckelbach, H. (2000). Relationships between thought–action fusion, thought suppression and obsessive–compulsive symptoms: a structural equation modeling approach. *Behaviour Research and Therapy*, 38(9), 889-897. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00104-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00104-7)
- Reichborn-Kjennerud, T., Czajkowski, N., Neale, M. C., Ørstavik, R. E., Torgersen, S., Tambs, K., Røysamb, E., Harris, J. R., & Kendler, K. (2006). Genetic and environmental influences on dimensional representations of DSM-IV cluster C personality disorders: A population-based multivariate twin study. *Psychological Medicine*, 37(5), 645-653. <https://doi.org/10.1017/S0033291706009548>
- Samuel, D. B., Riddell, A. D. B., Lynam, D. R., Miller, J. D. & Widiger, T. A. (2012). A five-factor measure of Obsessive–Compulsive Personality Traits. *Journal of Personality Assessment*, 94(5), 456-465. <https://doi.org/10.1080/00223891.2012.677885>



- Schiavone, P., Dorz, S., Conforti, D., Scarso, C., & Borgherini, G. (2004). Comorbidity of DSM–IV personality disorders in unipolar and bipolar affective disorders: a comparative study. *Psychological Reports*, 95(1), 121-128. <https://doi.org/10.2466/pr0.95.1.121-128>
- Skodol, A. E. (2012). Personality Disorders in DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 317-344. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143131>
- Starcevic, V., & Brakoulias, V. (2014). New diagnostic perspectives on obsessive-compulsive personality disorder and its links with other conditions. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(1), 62-67. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000030>
- Stein, D. J., Costa, D. L. C., Lochner, C., Miguel, E. C., Reddy, Y. C. J., Shavitt, R. G., van den Heuvel, O. A., & Simpson, H. B. (2019). Obsessive-compulsive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 52. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0102-3>
- Summerfeldt, L. J. (2007). Treating Incompleteness, Ordering, and Arranging Concerns. In M. M. Antony, C. Purdon, & L. J. Summerfeldt (Eds.), *Psychological treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: fundamentals and beyond*, pp. 187-207. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11543-008>
- Taghavizadeh, M., Akbari, B., Hosein Khanzadeh, A., & Moshkbid Haghghi, M. (2019). Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral and acceptance and commitment therapies on emotional regulation, and excessive responsibility of Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *Journal of Applied Psychological Research*, 10(2), 119-136. <https://doi.org/10.22059/JAPR.2019.275479.643173>
- Torgersen, S., Lygren, S., Øien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., Tambs, K., & Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41(6), 416-425. <https://doi.org/10.1053/comp.2000.16560>

- Torres, A. R., Moran, P., Bebbington, P., Brugha, T., Brugha, D., Coid, J. W., Farrel, M., Jenkins, R., Lewis, G., Meltzer, H., & Prince, M. (2006). Obsessive–compulsive disorder and personality disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *41*, 862-867. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0118-3>
- Tosevski, D. L., Milovancevic, M. P., & Gajic, S. D. (2010). Personality and psychopathology of university students. *Current Opinion in Psychiatry*, *23*(1), 48-52. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328333d625>
- Trógolo, M., & Medrano, L. A. (2012). Personality traits, difficulties in emotion regulation and academic satisfaction in a sample of Argentine college students. *International Journal of Psychological Research*, *5*(2), 30-39. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2011-20842012000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-20842012000200004&lng=en&nrm=iso)
- Uzun, K., & Karataş, Z. (2020). Predictors of academic self efficacy: intolerance of uncertainty, positive beliefs about worry and academic locus of control. *International Education Studies*, *13*(6). <https://doi.org/10.5539/ies.v13n6p104>
- Van Campen, E., Van Den Eede, F., Moorkens, G., Schotte, C., Schacht, R., Sabbe, B. G. C., Cosyns, P., & Claes, S. J. (2009). Use of the Temperament and Character Inventory (TCI) for assessment of personality in Chronic Fatigue Syndrome. *Psychosomatics*, *50*(2), 147-154. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.2.147>
- Vulink, N. C. C. (2009). *Feelings of Incompleteness: Studies on dopamine in obsessive-compulsive disorder*. Utrecht University.
- Zanarini, M. C., Skodol, A. E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E., Morey, L. C., Grilo, C. M., Shea, M. T., McGlashan, T. H., & Gunderson, J. G. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: reliability of Axis I and II

diagnoses. *Journal of Personality Disorders*, 14(4), 291-299.

<https://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.4.291>